

Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie
Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ;
Arbeitsgruppe für Kriminologie
Band: - (1986)

Artikel: Le suicide des enfants et des adolescents
Autor: Masson, Odette
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051037>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Le Suicide des Enfants et des Adolescents

Odette Masson

I. Définition et Dimensions du Problème

Les experts soulignent les difficultés théoriques, méthodologiques et pratiques, gênant l'appréhension qualitative et quantitative des comportements humains auto-destructeurs. A ces difficultés viennent s'ajouter des résistances psychologiques supplémentaires, lorsqu'il s'agit d'examiner les conduites auto-dommageables des jeunes. Celles-ci sont souvent jugées par les adultes comme particulièrement choquantes, pathologiques et contre-nature. Les réflexions qui vont suivre cherchent au contraire à démontrer que les conduites auto-agressives des jeunes, représentent une forme de symptômes parmi d'autres, dans l'éventail des signaux émis par les enfants et les adolescents pour essayer de communiquer qu'ils se trouvent dans une situation vécue comme insoutenable. Les évaluations contextuelles des situations des jeunes suicidaires montrent la fonction dynamique des symptômes auto-dommageables. Comportements réponses à des communications reçues dans le contexte significatif, ils sont en même temps facteurs d'activation et/ou de maintien de la dysfonctionnalité des échanges avec les proches. Par rapport aux suicides des personnes âgées, dont les motivations peuvent être individuelles, les comportements autodestructeurs des jeunes ont plus régulièrement une fonction communicationnelle.

Nous suivrons parmi les spécialistes, ceux qui examinent le problème du suicide des enfants et des adolescents dans un cadre large, incluant les projets de suicide, les tentatives réussies ou non et les para-suicides, sans préoccupation pour le type d'intentionnalité sous-jacente. S'il importe comme le dit *Haim*¹⁰, de distinguer du point de vue médico-légal, les sujets qui ont commis un acte de ceux qui le projettent, du point de vue clinique et thérapeutique la distinction est inutile et même défavorable.

La forme de la représentation de la mort est souvent discutée à propos des tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents. Comme le relève *G. Myrell*¹⁹, les épigénéticiens ne sont pas d'accord entre eux pour définir à quel stade évolutif, et à quel âge, la majorité des sujets parviennent à mûrir une représentation réaliste de la mort. D'autre part, les suicidants

de tous âges ont souvent des difficultés particulières à ce propos.

Si nous définissons les suicides d'enfants comme ceux de sujets âgés de moins de 15 ans, nous pouvons présumer que les formes de représentation de la mort sont chez eux inachevées. Et que les enfants suicidants cherchent dans l'auto-destruction plutôt la cessation de leurs difficultés, que l'absence de vie. Les adolescents âgés de 15 à 25 ans, ayant commis une tentative de suicide, disent le plus souvent avoir voulu faire une trêve, et avoir cherché à faire comprendre quelque chose à leur entourage. D'autres plus déconnectés de la réalité, pensent en attendant à leurs jours, trouver magiquement une autre forme de vie. Certains, désespérés, qui ne voient plus comment continuer à vivre dans des conditions intolérables et durables, veulent vraiment en finir avec l'existence.

Compte tenu de l'hétérogénéité des formes de représentation de la mort et des motivations des suicidants, nous définirons les phénomènes suicidaires en référence à l'existence de projets de conduites ou de conduites atteignant l'intégrité corporelle; en soulignant que les comportements auto-destructeurs représentent des communications cryptiques adressées à autrui.

Dans cette définition large nous considérons comme faisant partie du problème du suicide chez les enfants et les adolescents, un grand éventail d'attitudes et de méthodes auto-dommageables:

- les projets de suicides;
- les actes suicidaires aigus, tentatives réussies ou non, par intoxication, pendaison, écrasement, par armes à feu, par accidents camouflant la tentative;
- les suicides appelés chroniques, par toxicomanies, alcoolisme chronique, par expositions répétées à toutes sortes d'accidents en état d'intoxication ou d'ivresse ou encore par expositions délibérées et réitérées à des situations dangereuses. A ce sujet quelques indications sont fournies par le rapport annuel de l'Office fédéral de la Santé Publique pour 1985⁵. Ce rapport fait état d'un nombre d'héroïnomanes en Suisse, se situant entre 10.000 à 15.000, dont près de la moitié présentent des réactions sérologiques positives pour le SIDA. Selon la même source, la cocaïnomanie est en 1984 en progression de 22 % par rapport à 1983, avec une surreprésentation de sujets, filles comme garçons, âgés de 18 à 24 ans.

Aigues ou chroniques, les conduites d'auto-destruction des jeunes révèlent des phénomènes psychologiques de base assez semblables pour être considérées en un ensemble: un manque de confiance des jeunes en eux-mêmes et en autrui, un manque d'occasion ou d'entraînement à vivre des expériences gratifiantes, un isolement socio-affectif dramatique, de profonds sentiments d'auto-dévalorisation, des troubles d'identité et une tristesse envahissante. Qu'un jeune mette sa vie en danger dans une expé-

rience ordalique en gagnant la haute montagne en chaussures de gymnastique, qu'il conduise une voiture en état d'ivresse, ou qu'il soit plus précis dans son projet suicidaire en ingérant des médicaments, les problèmes de base concernant son insécurité existentielle personnelle se ressemblent, et les risques de mort ou d'invalidité encourus, sont toujours présents.

C'est dire que les statistiques concernant les suicides des enfants et des jeunes ne représentent que de maigres instruments pour apprécier la fréquence des phénomènes auto-dommageables dans cette population. Où en effet trouver dans les statistiques le jeune diabétique qui est mort par sabotage de son traitement, l'enfant qui s'est volontairement jeté sous une voiture, ou encore l'adolescent tué par balle après avoir provoqué un camarade armé réputé dangereux?

*K. Biener*², rapporte que les marges d'erreur concernant l'appréciation du nombre des suicides des jeunes, sont estimées varier de 25 % à 500 %, selon les présomptions des différents auteurs. Les statistiques apprécient donc de façon euphémisante le nombre des suicides accomplis chez les jeunes. Elles ne donnent pas de renseignements sur le nombre des tentatives qui n'ont pas abouti à la mort. Elles sont néanmoins intéressantes à consulter pour l'analyse comparative des taux d'une période à l'autre.

Suicides d'enfants, âgés de moins de 15 ans

Pour la Suisse, *K. Biener*² relève qu'il y aurait eu en 102 ans soit de 1876 à 1978, 368 suicides d'enfants âgés de 9 à 14 ans, dans la proportion de 4,4 garçons pour 1 fille. En analysant les taux que représentent ces 368 suicides, Biener pense pouvoir dire que ceux-ci ont augmenté de façon statistiquement significative depuis 1955. Biener a procédé à l'autopsie psychologique de 33 situations parmi ces 368 suicides d'enfants. Cette démarche s'est révélée peu productive, donnant en ceci une information majeure sur l'isolement dramatique de ces enfants par rapport à leur contexte existentiel, et sur l'impossibilité où ils se sont trouvés de communiquer ouvertement avec une quelconque personne de leur entourage. 25 de ces 33 enfants s'étaient pendus. Six enfants des 25 morts par pendaison avaient frappés l'entourage par des jeux avec des cordes; ils signalaient ainsi de façon non-verbale leur projet à des observateurs qui ont compris le message après-coup.

Aux USA, *Holinger*¹² indique que le taux de suicide a doublé pour les enfants âgés de 10 à 14 ans entre 1961 et 1975. Le nombre connu des enfants morts par suicide aux USA pour l'année 1975 s'élève à 170.

L'absence d'indication statistique concernant les suicides d'enfants de moins de 9 ans, ne signifie pas qu'ils n'existent pas. Les suicides d'enfants plus jeunes sont enregistrés comme accidents: l'on connaît en effet le cas

d'enfants qui font exprès de se jeter sous des voitures ou qui s'intoxiquent mortellement en sachant pertinemment que ce qu'ils ingèrent est poison.

Suicides d'adolescents

En Suisse, *Michaud* a comparé les taux de suicides des adolescents âgés de 15 à 24 ans en les analysant sur deux périodes péricensitaires, 1969–1971 et 1979–1981¹⁸. Cet auteur trouve un accroissement significatif des taux de décès par suicide pour les deux sexes (cf. fig. No 1)

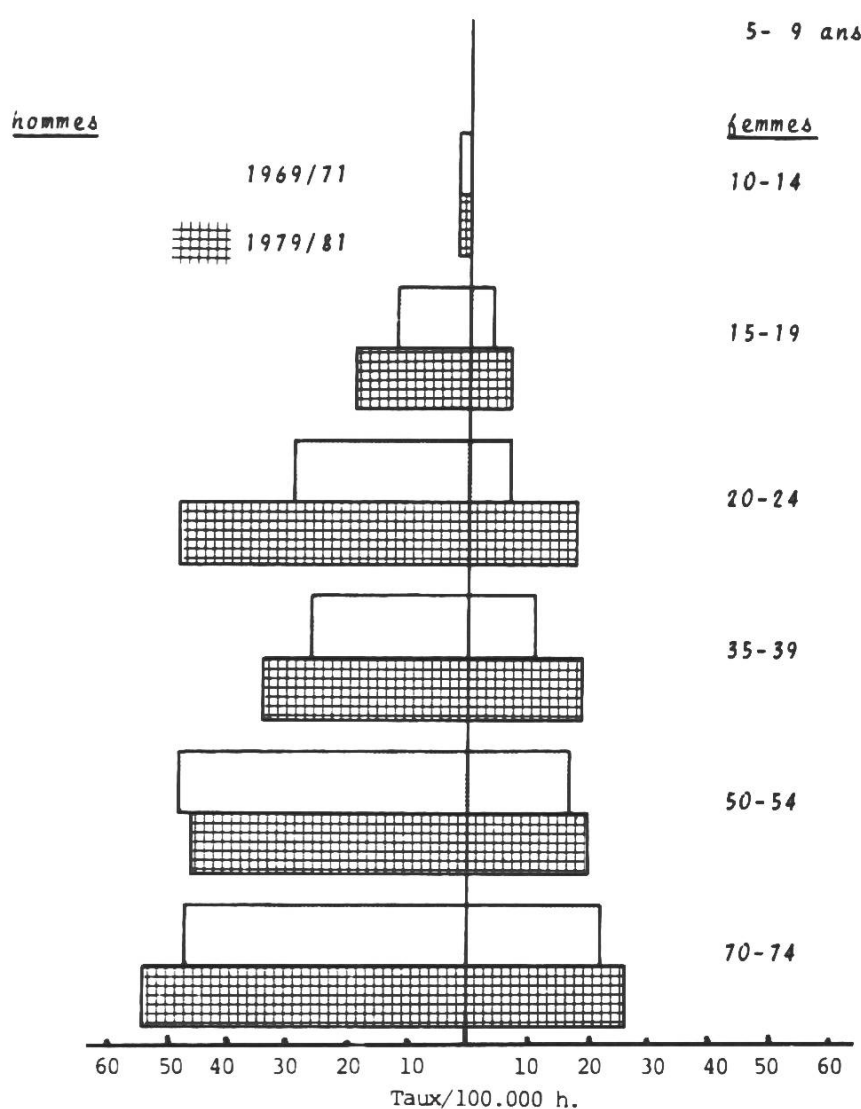


Figure 1. tirée de »L'épidémiologie des morts violentes en Suisse sur une période de 10 ans.« P.-A. Michaud, Schweiz, Med. Wschr. 114, no 5, 1984.

Aux USA, les taux de décès par suicide connus des adolescents âgés de 15 à 19 ans et 20 à 24 ans ont été analysés par *Holinger*¹². Ces taux ont plus que doublé entre 1961 et 1975, passant de 3,4 à 7,6/100.000 pour les adolescents de 15 à 19 ans, et de 7,1 à 16,5/100.000 pour les jeunes de 20 à 24 ans. *Holinger*¹³, montre en outre le parallélisme de l'accroissement du nombre de décès par morts violentes chez les jeunes par suicides, homicides et accidents, qui forment aux Etats-Unis, la première cause de mort des sujets âgés de 1 à 39 ans. *Michaud*¹⁸ rapporte qu'en Suisse aussi, les morts violentes représentent la première cause de mort pour les sujets âgés de 1 à 35 ans.

Dans plusieurs pays d'Europe, le suicide se classe au deuxième rang des causes de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Quant aux *méthodes* utilisées dans les suicides aigüs réussis, les enfants de 10 à 14 ans recourent plus souvent à la pendaison. Les intoxications existent, mais passent facilement à ces âges sous la rubrique accidents. Les adolescents de 15 à 24 ans utilisent aux USA les armes à feu, des explosifs et la pendaison. En Europe, ils recourent le plus fréquemment à des substances toxiques.

Les tentatives de suicides

Elles se font le plus souvent à l'aide de toxiques et de mélanges de toxiques. Aucune estimation de la fréquence des tentatives de suicides des enfants et des jeunes n'est possible. Elles sont très nombreuses, souvent tues par l'entourage. Qu'une tentative de suicide ne conduise pas à la mort, dépend de plusieurs facteurs, dont font partie l'ordre de gravité du geste opéré par le jeune, mais aussi la rapidité des réactions de l'entourage et la qualité des soins somatiques prodigués. On ne souligne jamais assez, l'impossibilité de faire un parallélisme entre la gravité ou la bénignité du danger physique encouru par le suicidant, et la sévérité de son désespoir. Il y a des jeunes qui perdent la vie sans du tout l'avoir voulu, par ignorance des doses léthales du produit ingéré. Ce même type d'ignorance sauve aussi parfois la vie de sujets beaucoup plus déterminés à mourir. Il en découle que toutes les communications de projet de suicide et toutes les tentatives de suicides même celles qualifiées péjorativement de démonstratives (comme l'égratignure des poignets), doivent immédiatement déclencher des soins compétents *et suivis* à l'endroit du jeune concerné²³.

II. Signification des phénomènes auto-dommageables chez les jeunes

Les modèles théoriques classiques d'analyse des phénomènes-suicide donnent des descriptions de variables et de mécanismes importants à connaître pour appréhender le sujet:

- *Le modèle sociologique* met par exemple en lumière des relations entre le taux de suicide des jeunes et les effets dépersonnalisants de l'urbanisation et du changement social, les phénomènes de migration, de mobilité sociale et de chômage⁶.
- *Les thérapeutes de famille*, mettent eux l'accent sur différentes perturbations du métabolisme familial. C. Pfeffer²⁰, décrit ses observations de familles dont un enfant suicidaire en âge de latence avait été hospitalisé en milieu psychiatrique. Elle note des troubles sévères de la relation conjugale, des carences en frontières intergénérationnelles, la projection pathologique de sentiments parentaux sur l'enfant, les caractères symbiotiques des relations entre un parent et l'enfant suicidaire, la rigidité du système familial. Ces caractéristiques, cependant, ne sont pas spécifiques des problèmes de suicide infantile.
- *Les études dénombrant certains facteurs dits de risques dans les populations de suicidants*, c'est-à-dire les recherches concernant par exemple le nombre de foyers désunis, l'étendue de la fratrie, le deuil d'un ou des deux parents, ont le désavantage de ne généralement pas présenter de groupes de contrôle. L'on ne peut ainsi pas savoir quelle est la proportion des jeunes sujets, qui, soumis à ces mêmes facteurs, ne sont pas suicidaires, ni analyser ce qui les protège de la dépression.
- *Certains travaux classent les suicidants en termes nosographiques*. Les avis divergent notablement quant aux proportions des tableaux psychopathologiques présentés par les jeunes suicidaires. Certains auteurs trouvent beaucoup de troubles mentaux dans les cohortes examinées, d'autres au contraire sont frappés par la constatation inverse. Davidson et Choquet⁸, en examinant 537 sujets de moins de 20 ans hospitalisés pour tentative de suicide, posent un diagnostic psychiatrique (psychoSES, caractéropathies et névroses) dans 64 % des cas de récives, contre 36 % chez les suicidants primaires.
- *Les théories individuelles* éclairent des mécanismes sous-tendants les conduites de certains suicidaires, le retournement de l'agression contre soi-même, le déni par le jeune de ses sentiments hostiles envers un ou les parents dont ils sont encore très dépendants, le rejet hors de la conscience des perceptions négatives du self^{4, 20}.
- Richman²¹, Ringel²², soutiennent des représentations globales, écosystémiques des dynamiques contextuelles dans lesquelles surviennent des comportements suicidaires. Cette compréhension des conduites auto-domma-

geables fait apparaître le jeune qui les adopte, non pas comme une victime du contexte, mais comme un acteur qui apporte sa contribution aux difficultés relationnelles momentanées ou chroniques de l'ensemble socio-familial. Ainsi les adolescents qui refusent de s'ouvrir à leur entourage, alors qu'ils sont en proie aux plus profondes angoisses existentielles et ne voient plus d'autre »solution« que le suicide, mettent-ils leurs proches dans une position inextricable. Les parents ont en effet peur d'aggraver la situation en s'immiscant dans la vie intime de l'adolescent, que celui-ci a souvent déclaré territoire inviolable, avant de passer à l'acte suicidaire.

Les dynamiques contextuelles dans lesquelles s'observent des tendances suicidaires chez les jeunes sont infiniment variées. Nous en citerons quelques-unes choisies parmi d'autres en fonction de leur fréquence observable dans la pratique psychothérapique en pédopsychiatrie.

L'on peut distinguer des contextes:

- A) *De crises aiguës* qui se rencontrent fréquemment à la phase de l'adolescence. Les symptômes suicidaires éclatent, comme peuvent aussi le faire d'autres comportements tels qu'anorexie, chute du rendement scolaire, fugue, phobie, scolaire, signalant les difficultés du groupe significatif à préparer les changements rendus nécessaires par la nouvelle phase du cycle vital.
- B) *De perturbations chroniques et parmi ceux-ci plus particulièrement:*
 - 1) Les contextes d'abus sexuels envers enfants ou adolescents.
 - 2) Les contextes de carence chronique d'apports affectif, social, éducatif, matériel.
 - 3) Les contextes de violence.
 - 4) Les contextes de familles vivant chroniquement isolées en régimes transactionnels pathologiques, fréquemment psychotiques.
- A. Menaces de suicide et tentative de suicide dans une crise familiale aiguë.

Une jeune fille de 15 ans de famille immigrée méridionale est surveillée à plein temps par son frère, qui est mandaté par le père; estimant le moment venu de jouir d'un peu de liberté, l'adolescente recourt, non sans avoir émis préalablement d'autres messages plus fonctionnels, aux grands moyens: à l'école, elle menace de se jeter sous une voiture et avale en public un tube d'analgésiques, ce qui provoque une hospitalisation en

milieu pédiatrique et l'intervention de psychothérapeutes. Le traitement montre la violence des résistances familiales à accepter la progressive émancipation de la jeune fille. Les thérapeutes devront élargir le cadre d'intervention en demandant un retrait provisoire du droit de garde, le placement momentané de l'adolescente, et conduire une thérapie familiale durant une année, jusqu'à ce que l'ensemble des membres du groupe nucléaire puissent adapter leurs attitudes et comportements aux besoins biologiques et psychologiques des deux adolescents, qui ont été élevés dans une culture différente de celle dont les parents sont originaires. Cet exemple montre la situation d'une famille immigrée, vivant un choc entre deux cultures, que l'adolescence des enfants vient révéler brutalement. Bien qu'aucun des membres de la famille ne soit porteur de troubles psychiques notables, le danger de mort pour l'adolescente est réel en l'absence d'une intervention immédiate décodant correctement le message symptomatique. Les enseignants et le médecin scolaire ont tout de suite compris, que la jeune fille appelait des tiers pour résoudre la crise familiale non-gérable dans le cadre interne.

B. Comportements auto-dommageables survenant dans des contextes relationnels familiaux ou institutionnels chroniquement perturbés.

1) *Les contextes d'abus sexuels intra-ou-extra-familiaux* (24, 27, 26, 15):

Que l'adolescente ait été abusée par un homme de la famille, avec ou sans la complicité des proches, ou que les adultes responsables d'elle ne soient pas intervenus pour la protéger dans une situation d'abus extra-familial, elle se trouve piégée avec des sentiments de honte, de profonde dévalorisation, de dégoût et de regret mêlés à des mouvements de rage à l'égard des adultes qui ne l'ont pas protégée des violences. Les adolescents ne peuvent imaginer les perturbations psychiques des parents ou des éducateurs, qui les conduisent à abuser les enfants, à ne pas les protéger des abus, ou à les prostituer. De leur point de vue les explications sont les suivantes: ils ne comptent pas pour leurs parents, leur personne n'existe pas pour les adultes responsables d'eux, ou encore les parents sont des personnes ignobles qui veulent les détruire. Pris entre des sentiments de haine, de honte, de culpabilité et de dévalorisation, les jeunes ayant subi des abus sexuels sont particulièrement menacés de passer à des conduites auto-destructrices car ils sont empêchés de recourir à des tiers par le dangereux tabou qui entoure le sujet. Tabou qui a aussi son influence sur les soignants, peu entraînés à conduire les anamnèses en pensant à l'éventualité d'expériences sexuelles traumatiques chez les enfants. *Rush*²⁴, pense

que près de 25 % des filles et 10 % des garçons vivent une expérience à caractère sexuel avec un adulte avant l'âge de 13 ans. *Lindberg et Distad*¹⁵, citent les symptômes de 17 femmes, qui avaient vécu des relations incestueuses pendant l'enfance ou l'adolescence. Ces femmes présentaient chroniquement les symptômes suivants: visions obsessionnelles de l'inceste, manque d'estime de soi, incapacité d'établir des relations de confiance, forts sentiments dépressifs et agressifs, tendances suicidaires, se marquant chez certaines par des tentatives de suicide répétées, des toxicomanies.

Les relations entre la fréquence des comportements suicidaires des jeunes filles, et le grand nombre d'abus sexuels dont elles font l'objet, méritent d'être soumises à plus d'attention scientifique. Les incidences du vécu d'abus sexuel sont en effet particulièrement dangereuses, car le jeune sauf rares exceptions, vit un interdit absolu de communiquer verbalement son expérience à l'intérieur comme à l'extérieur de la famille. Les tentatives de suicide, les fugues, le recours à la drogue, la rupture de carrière scolaire, sont en même temps l'expression de la profonde dévalorisation du sujet, de son isolement et un appel à l'aide comportemental remplaçant le discours interdit et témoignant d'un espoir de solution. Que pensent alors les jeunes ayant subi des traumatismes sexuels quand ils rencontrent des soignants qui ne leur posent aucune question à ce sujet, ou encore qui ne les croient pas quand ils abordent le thème?

2) Les contextes de carence chronique d'apports affectif, social, éducatif et matériel:

L'enfant ou l'adolescent peut disposer de capacités personnelles d'échanges plus ou moins développées et stables selon l'évolution plus ou moins sécurisante et enrichissante de ses relations précoces. Plus il est instrumenté cognitivement et affectivement dans le sens d'une sécurité personnelle quant à ses dons, son pouvoir relationnel et son attractivité pour autrui, plus il augmente ses possibilités de faire face aux imprévus et aux difficultés en rencontrant un monde qui en s'élargissant varie de plus par rapport au cercle familial. Inversement, plus stressantes et/ou carençantes ont été ses expériences relationnelles de base dans le cadre familial ou institutionnel, plus l'adolescent aura de difficultés à engager de nouvelles relations plus aussi il aura de peine à faire confiance à lui-même et à autrui. Sans sécurité personnelle, il aura tendance à s'illusionner sur le pouvoir d'autrui, et à attendre une assistance massive, magique, compensant celle qui lui a manqué. Différents travaux^{11,1}, montrent l'incidence sur l'évolution socioaffective, intellectuelle et professionnelle des enfants et des adolescents, des difficultés dans lesquelles vivent chroniquement une importante proportion des familles.

Wolock et Horowitz²⁸, rappellent l'importance des syndromes se développant chez les enfants à la suite de carences d'apports nutritionnels, physiques et psycho-affectifs, qui seraient encore plus nombreuses que les situations de mauvais traitements actifs. En observant des enfants qui ont vécus sérieusement déprivés sur le plan relationnel dès leur première enfance, nous les voyons arriver à l'adolescence avec des caractéristiques de personnalité qui risquent d'en faire des candidats à l'auto-agression. Chroniquement déprimés, ils ont plusieurs raisons de le rester: ils ont assez souvent dû quitter leurs parents qui n'arrivaient pas à les soigner, ils s'inquiètent de présenter des difficultés supputées héréditaires, identiques à celles de leurs parents. Ils n'ont pas toujours eu la chance de trouver un milieu substitutif stable et chaleureux. Certains ont vécu des changements successifs de placements avec tout ce que cela implique en manque de personne stable de référence, en difficultés dans la formation scolaire et en ruptures des relations avec les pairs. N'ayant pas toujours pu développer suffisamment leur potentiel cognitif¹, ils ont de la peine à organiser leur vie professionnelle, sont habités par des sentiments d'infériorité, d'insécurité, d'anxiété. Ils ne se sentent "pas comme les autres". Ils ne voient pas toujours l'intérêt de se protéger, de soigner leur présentation; ils ne pensent pas pouvoir être aimés ni intéresser autrui. Ils ne sont en général pas non plus passionnés par les activités qui leur sont proposées. Ces jeunes qui vivent une existence morne, éprouvée sans plaisir, sont prompts à penser à se suicider, lorsqu'ils rencontrent des obstacles. A quoi bon lutter, qui se souciera de leur disparition, nous disent-ils?

3) *Les contextes de violence:*

Les jeunes qui ont vécu dans des *milieux chroniquement violents*, ont reçu des coups, ont vu les adultes en échanger et en donnent eux-mêmes. L'apprentissage relationnel en milieu violent comporte différents dangers potentiels, dont l'absence d'entraînement à l'expression et à la prise en compte des sentiments et points de vue mutuels, l'absence de négociations équilibrant le respect des intérêts propres et ceux d'autrui. L'agir y précède la réflexion. Des adolescents élevés dans ce type de contextes peuvent évoluer vers des comportements délinquants et/ou auto-agressifs. Certains alternent entre comportements agressifs criminels et tentatives de suicide. D'autres développent en réaction à la violence des échanges, une personnalité du type soignant. Enfants, ils ont vécu confrontés aux violences, mais aussi souvent aux menaces et aux tentatives de suicide d'un ou des deux parents. Surchargés par la peur et la responsabilité qu'ils cherchent à assumer de garder leurs parents en vie, ils cachent l'arme du père, éloignent les toxiques de la mère, tremblent quand une absence d'un parent leur paraît intempestive. Hypermatures par certains traits de per-

sonnalité, ils manquent d'expérience dans le secteur des relations de réciprocité, ont de la peine à percevoir et donc à exprimer leurs propres besoins. Leur sortie dans le monde social et professionnel, les confrontent durement à ces lacunes. Ils ont de la peine à se faire entendre, à faire valoir leurs droits, accumulent des sentiments d'injustice en ayant l'impression de toujours être à l'écoute d'autrui sans recevoir leur dû. La transposition du modèle relationnel appris en famille dans le monde extérieur peut les amener à un découragement croissant, à une perte de leur énergie vitale et au suicide.

Parmi les jeunes qui ont dû être institutionnalisés tôt et qui n'ont pu trouver un milieu substitutif adapté à leurs besoins spécifiques, on en voit qui suivent des carrières pathologiques, avec rejets successifs de la part d'un milieu après l'autre. Leur trajectoire aboutit parfois en prison, ou plus que d'autres sujets de leur âge, ils sont menacés de s'ôter la vie. D'autres cherchent réconfort dans la drogue ou l'alcool et mettent de différentes façons en danger une existence qui, subjectivement, n'est que peu investie.

4) Les contextes de familles vivant chroniquement isolées, en régimes transactionnels pathologiques:

Dans les milieux familiaux vivant durablement en vase clos, les jeunes sont incités au suicide par la collusion des membres du groupe à ne pas affronter la séparation de la famille. Des enfants qui jusqu'à l'adolescence s'étaient normalement développés, se mettent à présenter différents symptômes dont l'échec scolaire. Ils entrent en thérapie et leur situation de malade constitue une raison de plus pour éviter l'autonomisation. Non confirmés par leur entourage dans leurs besoins et possibilités de devenir indépendants, ils se soumettent parfois malgré la thérapie, aux exigences et aux règles internes du groupe familial auxquels ils restent activement loyaux. La contradiction interne entre leurs besoins d'exister indépendamment et leur fidélité fondamentale à la cohésion indiscutable et anachronique de la famille peut aboutir à la répétition de tentatives de suicide ou à un suicide d'emblée réussi. L'exemple suivant illustre ces mécanismes.

Un adolescent vit depuis tout petit une intense proximité affective et physique avec sa mère, tandis que son frère cadet est fortement lié au père. Les relations parentales sont peu vivantes, chacun des conjoints situant l'essentiel de ses échanges dans son rapport à un enfant. L'instauration de nouvelles règles de vie que nécessite l'avènement de la famille à une nouvelle phase du cycle vital, est bloquée par la dysfonctionnalité chronique des échanges. Les parents liés chacun à un enfant, n'ont pas l'habitude d'examiner ensemble ce qui se passe dans la famille et disposent d'un pouvoir exécutif insuffisant. A l'âge de 12 ans le fils aîné com-

mence à présenter des troubles de comportement sous la forme de crises de violence à l'intérieur de la famille. Deux ans plus tard une thérapie familiale est instituée, dont les buts consistent à permettre aux parents de créer un espace pour leur couple, de trouver les moyens de gérer ensemble la vie du groupe, et à soutenir le jeune homme dans son besoin de se dégager de sa relation exclusive à sa mère. En début de traitement, surviennent chez le jeune patient des symptômes auto-agressifs. Il fait des menaces puis une tentative de suicide précisément au moment où les parents organisent les premiers changements positifs. Ainsi en même temps qu'il démontre souhaiter un changement, l'adolescent témoigne de son intolérance à son apparition, dans ce cas, sous la forme d'une première prise de distance de la part de la mère et de la réorganisation du couple. *Richman*²¹, décrit les mouvements paradoxaux des jeunes suicidaires, qui en même temps qu'ils signalent par leurs attitudes auto-destructrices leur intolérance au statu quo, tendent, en utilisant les mêmes symptômes dangereux, à empêcher le changement lorsqu'une première mobilisation se dessine. Les psychothérapeutes voient ainsi les dangers de suicide s'accroître dans les cures des jeunes déprimés, au moment où apparaissent les signes de réorganisation des relations.

Ce survol de quelques contextes dans lesquels s'observent des tentatives de suicide n'est pas exhaustif. Il vise à montrer la variété et la sévérité des situations signalées par les comportements auto-destructeurs des jeunes. Il cherche aussi à donner une représentation des différents messages que peuvent constituer les annonces de projets ou les tentatives de suicide, révélateurs de difficultés relationnelles vécues comme insurmontables par le jeune avec les moyens dont il pense disposer. Comme le dit *Ringel*²², le projet des jeunes suicidaires n'apparaît jamais dans un ciel serein. Plusieurs auteurs soulignent que la majorité des enfants et des adolescents habités par des idées de suicide, les communiquent verbalement ou analogiquement, par exemple en «jouant» avec des cordes, avant de passer à l'acte^{14, 2, 23}. La surdité, la sidération, ou l'incrédulité de l'entourage constitue une rétroaction dangereusement incitative pour le jeune suicidaire qui est en train de tester par son annonce la possibilité d'alternative à son projet. L'absence de réponse de la part de tiers conduit à l'escalade par le passage à l'acte. La phase où le jeune forme des projets de suicide ou ne donne plus aucune attention à la protection de sa vie, est souvent précédée d'une période symptomatique comportant d'autres signaux dont le décodage est essentiel. Les relations psychothérapiques avec les jeunes suicidants montrent en effet que tant que le jeune peut rencontrer une personne de référence significative et disponible, compréhensive aussi à l'endroit de son entourage familial, l'escalade symptomatique est inhibée. Les tentatives de suicide des enfants et des adolescents constituent des appels à la mobilisation de quelqu'un de connu ou de tiers nouveaux dans des

situations où les jeunes pensent ou réalisent qu'ils ne peuvent plus espérer un changement dans le contexte usuel.

Elle est aussi régulièrement l'expression d'un appel à la vie mais avec l'espoir d'un changement. Ne cherchent la mort qu'une très petite partie des adolescents suicidaires et non sans avoir épuisé toute une série de communications d'alarme. L'exemple présenté par *Stromberger* dans le film »*Tod eines Schülers*«²⁵, montre les fermetures progressives de la communication et de l'espoir pour l'étudiant qui finalement se jette sous un train: échec du projet de devenir médecin, fermeture de l'échange avec la famille, puis avec les enseignants, avec l'amie et enfin avec les pairs. Le jeune homme perd l'emprise dans tous les secteurs relationnels; plus personne ne sait ce qu'il vit dans son isolement. Il ne conçoit dès lors plus d'autres manières de se faire entendre et de se faire reconnaître qu'en se détruisant. Cette forme d'anéantissement représente encore pour le jeune une forme symbolique de présence au monde.

III. La prévention du suicide

Beaucoup d'auteurs, dont *H. Katschnig*¹⁴, insistent sur le fait qu'une véritable prévention du suicide doit s'exercer sur des populations beaucoup plus larges que les cohortes de jeunes exprimant des menaces de suicide ou ayant déjà fait une tentative. »Les activités doivent viser à aider les gens à éviter le dangereux appel au secours corporel en mettant à leur disposition et en portant à leur connaissance d'autres moyens de résoudre une crise personnelle«¹⁴.

La prévention primaire:

L'on peut définir la prévention primaire du suicide des jeunes, comme celle résultant de l'ensemble des mesures prises dans le corps social pour soutenir dès la grossesse les familles en difficultés, afin d'éviter à un plus grand nombre d'enfants de vivre dans des conditions incompatibles avec le développement harmonieux de leur personnalité affective, sociale et cognitive. Les travaux de *Heber*¹¹ et de *Darbellay*⁷ montrent que les activités préventives précoces à l'endroit des enfants nés dans des contextes à haut risque, donnent des résultats non négligeables. La détection et les soins des situations de mauvais traitements envers enfants devraient notablement s'amplifier dans le même souci de prévention primaire. Une attention scientifique commence à être dévolue aux risques suicidaires que courent les sujets maltraités durant leur enfance⁹.

Intéressante pour la réflexion préventive est l'étude de *Michaud* et *Martin*¹⁷, démontrant qu'un grand nombre de sujets âgés de 16 à 19 ans se

plaignent de difficultés psychologiques. De l'enquête faite auprès de 960 adolescents vaudois scolarisés, il ressort que 40 % d'entre eux demandent une aide personnelle pour un état de stress et de nervosité, 15 % pour des problèmes de fatigue et de sommeil et 20 % pour des sentiments dépressifs et de tristesse. Appelés dans le même questionnaire à se prononcer sur les formes d'appui souhaitées, ces jeunes demandent de l'information dans différents domaines, dont la contraception, la vie sentimentale, les phénomènes de stress et de tension psychologiques. Ils souhaitent »être mieux informés sur les possibilités de conseil et de traitement qui leurs sont offertes, par exemple par le truchement d'une »personne-ressource« (infirmière-scolaire, assistante sociale, etc...) qui serait disponible quelques heures par semaine dans chaque école»¹⁷.

L'instauration de telles antennes, disponibles aussi pour les adolescents non-scolarisés, qui cumulent autant si ce n'est plus de problèmes que les étudiants et apprentis, permettraient d'établir des relations avec les jeunes en difficultés avant qu'ils ne présentent des états dépressifs menaçants.

La prévention secondaire:

Elle s'exerce à l'endroit de sujets qui n'ont pas encore fait de tentatives de suicide, mais qui sont menacés de passer à l'acte. Elle ne s'adresse pas seulement aux enfants et aux adolescents qui communiquent leurs idées de se détruire, mais à tous ceux que l'on découvre déprimés et parfois surchargés par des événements ou situations inadaptées à leurs forces et à leurs statuts. La consultation révèle ainsi des situations de jeunes qui essaient de suivre l'école, tout en soignant seuls des vieillards malades, ou encore en travaillant pour gagner de l'argent manquant à leur famille. Ces jeunes, lorsqu'ils sont signalés par les infirmières scolaires, trouvent un premier soulagement par des mesures psycho-sociales adéquates, conjuguées à des entretiens psychothérapeutiques.

L'intervention auprès des sujets n'ayant pas encore commis de tentatives, suppose l'établissement d'une relation authentique et *suivie* entre le jeune et un tiers capable de soutenir en même temps des échanges positifs et déculpabilisants avec ses proches. Les thérapies familiales, assorties d'entretiens individuels et si nécessaire de mesures sociales, représentent une forme privilégiée d'intervention, pour autant qu'elles soient conduites par des soignants expérimentés. Les institutions de soins, rappelle *Richman*²¹, gagnent à confier ces cas aux thérapeutes entraînés et non pas à des débutants.

La prévention tertiaire:

Concerne les sujets qui ont déjà commis une tentative de suicide. Lorsqu'une tentative a été commise physiquement grave ou bénigne, l'intervention demande une collaboration interdisciplinaire et une cohérence dans la mise en route d'un programme de soins qui est parfois loin d'être réalisée. L'on voit encore actuellement des adolescents sortir des soins somatiques, après récurrence d'auto-intoxication médicamenteuse, sans qu'une thérapie ne s'institue, et sans même que la famille n'ait été rassemblée pour faire l'évaluation de la situation. La surcharge des services somatiques, les contre-attitudes ignorantes ou agressives de certains soignants, mais aussi le tabou entretenu autour du suicide, sont à l'origine de ces défaillances. Des sujets en danger de mort, sont ainsi rendus à leur vie quotidienne, sans que n'aient été abordés et traités avec eux et leurs proches les conflits sous-jacents.

Dans les cas où le réseau soignant l'organise fonctionnellement, les thérapies individuelles et contextuelles se mettent en route sans grandes difficultés. Les jeunes suicidants ne sont pas des sujets qui fuient les traitements. L'on observe au contraire qu'ils attendent l'intervention et y participent activement lorsqu'elle répond à leurs besoins. Les cures de jeunes suicidaires peuvent prendre différentes formes et demander assez de temps, nécessiter parfois des phases d'hospitalisation. Lorsque le jeune vit dans sa famille, une thérapie polymorphe conjointe et individuelle permet d'élaborer les processus d'autonomisation généralement perturbés, et de soutenir chez le sujet déprimé une transformation de la perception de lui-même, de ses potentialités et compétences.

Pour les sujets isolés de leur famille, élevés en institution, dont la protection cesse souvent trop tôt par rapport à leur état maturatif, des cures individuelles soutenues sont nécessaires, qui permettent aux jeunes de connaître et vivre une relation de confiance confirmant leurs possibilités de prendre efficacement contact avec le monde extérieur vécu comme inabordable ou hostile. Ce type d'accompagnement est exigeant pour le thérapeute, dont la disponibilité est parfois sérieusement mise à l'épreuve en début de cure.

L'on ne saurait parler de prévention sans évoquer le drame vécu par les proches d'un jeune qui est parvenu à se suicider. Les parents vivent un calvaire, torturés par des interrogations anxieuses, des sentiments de colère, d'abattement et de culpabilité (cf. *Le Monde de l'Education*, p. 47-49, novembre 1985). Ne pas les laisser seuls, eux et leurs autres enfants, signifie pour les tiers qui ont connu le jeune qui s'est suicidé, surmonter leurs

propres réactions de deuil et de culpabilité, avant de soutenir les mouvements de réorganisation de la famille. Les parents de certaines familles en deuil se réunissent en groupes d'auto-assistance* pour partager leur expérience et réfléchir aux possibilités de prévention du suicide des jeunes.

* Adresse pour la Suisse: Team Selbsthilfe Zürich
P. F. 107. 8032 Zürich.

Conclusions.

Les enfants et les adolescents, comme les adultes, fonctionnent aussi bien qu'ils peuvent avec les forces qu'ils se supposent dans les contextes qu'ils contribuent à modeler. Ils ne naissent pas suicidaires²². Leurs recours aux conduites auto-destructrices représentent des appels à la vie, des demandes de changement et succèdent en général à d'autres signaux et/ou symptômes difficiles à décoder par l'entourage. Ces escalades symptomatiques qui témoignent de souffrances cachées et de protestations déguisées surviennent en nombre croissant parmi les enfants et les adolescents. Elles posent problème à l'ensemble du groupe social et non seulement aux institutions de soins, qui multipliées au cours des deux dernières décennies ne parviennent pas seules à trouver les solutions.

Améliorer et multiplier les approches préventives primaires et secondaires représentent des buts essentiels. Dans cette optique, des recherches analysant les types de dysfonctionnement des écosystèmes dans lesquels surviennent des phénomènes suicidaires juvéniles permettraient d'enrichir la réflexion et l'action préventives. Ce type d'études centrent l'attention non plus sur des facteurs isolés de risques, mais sur les processus rétroactifs entre facteurs individuels, familiaux et sociaux. Cette compréhension des conduites suicidaires fait apparaître les jeunes qui les adoptent, non pas comme des victimes de leurs contextes, mais comme des acteurs qui jouent leur partie dans des ensembles socio-familiaux dont les jeux relationnels sont perturbés, souvent depuis fort longtemps. Dans cette direction vont des travaux récents qui mettent en évidence les relations existant entre les situations de mauvais traitements envers enfants⁹, d'abus sexuels¹⁵ et les conduites suicidaires juvéniles.

Il apparaît à la lumière de ces travaux que les psychothérapies des jeunes déprimés ne suffiront pas à elles seules à réduire l'incidence des phénomènes suicidaires chez les enfants et les adolescents. Permettre à plus d'enfants de vivre dès leur naissance dans des contextes soutenant l'épanouissement de leur potentiel physique, cognitif et socio-affectif constitue un programme réaliste. L'instituer suppose lever les tabous concernant les mauvais traitements envers enfants en général et les abus sexuels en particulier.

Quant aux jeunes qui présentent à partir de l'adolescence des décompensations aiguës et ne trouvent pas à négocier leurs problèmes d'autonomisation sans penser au suicide, ils se trouveraient mieux d'ouvrir l'échange avec des pairs et des adultes comprenant que chacun dispose du droit de penser à la mort¹⁹. En parler permet de reconnaître des désirs de vivre occultables dans la solitude, et d'accéder à de nouvelles libertés.

Bibliographie

1. *Beyeler-von Burg, H.*: Des Suisses sans nom. Ed. Sciences et Service. Paris 1984.
2. *Biener, K.*: Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Pro Juventute, 1984.
3. *Brooke, E. M.*: Suicide and attempted suicide. Public Health Papers, OMS, Genève, 1974.
4. *Bürgin, D.*: Suizid und Adoleszenz. Fortbildungskurs der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie. 1979.
5. *Calanca, A.*: Problèmes. in: La drogue en Suisse. Office Fédéral de la Santé Publique, 1985.
6. *Cazzullo, C.*: The dynamics of the human ecosystem. An ecological study of suicide attempts in juveniles. in: Proceedings of the Fifth World Psychiatric Congress. Mexico City, 1971.
7. *Darbellay, K.*: Catamnèses d'interventions préventives, sociales et psychiatriques: évaluation du développement de 15 enfants nés dans des situations à haut risque. Soc. Psychiatry, 20, p. 191-198. 1985.
8. *Davidson, F.*; *Choquet, M.*: Etude épidémiologique du suicide de l'adolescent. Comparaison entre suicidants primaires et suicidants récidivistes. Rev. Epidém. et Santé Publique, 24, p. 11-26, 1976.
9. *Deykin, E. Y.*; *Alpert, J. J.*; *Mc Namana, J. J.*: A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. Amer. Journ. of Psychiatry. Vol. 142. No. 11, p. 1299-1303, 1985.
10. *Haim, A.*: Les suicides d'adolescents. Payot, Paris, 1969.
11. *Heber, F. R.*: Recherche sur la prévention du retard socio-culturel par une prévention précoce. in: Les Cahiers de l'UIPE No 1, p. 26-43. Le Retard Mental, l'Enfant et son Milieu, 1977.
12. *Holinger, P. C.*: Adolescent suicide: an epidemiological study of recent trends. Am. J. Psychiatry, 135: 6. p. 754-756, 1978.
13. *Holinger, P. C.*: Violent deaths among the young: recent trends in suicide, homicide, and accidents. Am. J. Psychiatry 136: 9, p. 1144-1147, sept. 1979.
14. *Katschnig, H.*: Prévention, intervention et action ultérieure (postvention) dans le comportement suicidaire. in: Le suicide et les tentatives de suicide chez les jeunes. Bureau Régional d'Europe. OMS. p. 29-35. 1977.
15. *Lindberg, F. H.*; *Distad, L. J.*: Post-traumatic stress disorders in women who experienced childhood incest. Child Abuse and Neglect. Vol. 9: p. 329-334. 1985.
16. *Masson, O.*: Les mauvais traitements envers les enfants en Suisse. Enquête auprès des communes. ASPE Bulletin No 3, p. 2-3, 1985.
17. *Michaud, P. A.*; *Martin, J.*: La santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans: leurs perceptions, leurs pratiques, leurs souhaits. Schweiz. Rundschau Med. 72, no 49, p. 1545-1553, 1983.
18. *Michaud, P. A.*: L'épidémiologie des morts violentes en Suisse sur une période de 10 ans. Schweiz. med. Wschr. no 5, 114, 172-177, 1984.
19. *Myrell, G.*: Erklärung – Vorbeugung – Hilfe. In: Tod eines Schülers. Robert Stromberger, Wilhelm Goldmann Verlag. p. 133. 1981.

20. *Pfeffer, C. R.*: The family system of suicidal children. *Amer. J. Psychotherapy*. Vol. XXXV. no 3. p. 330-341, July 1981.
21. *Richman, J.*: The family therapy of attempted suicide. *Fam. Process*. Vol. 18, p. 313-342, 1979.
22. *Ringel, E.*: Über die Selbstmordtendenz bei Jugendlichen – Möglichkeiten zu ihrer Verhütung. In: Schuss. Bundesarbeitsgemeinschaft Aktion Jugendschutz, 1981.
23. *Robbins, D. R.; Alessi, N. E.*: Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *Am. J. Psychiatry* 142: 5. p. 588-592, May 1985.
24. *Rush, F.*: The best kept secret: sexual abuse of children. Prentice-Hall, Inc. London, 1980.
25. *Stromberger, R.*: Tod eines Schülers. Wilhelm Goldmann Verlag, 1981.
26. *Swanson, L.; Biaggio, M. K.*: Therapeutic Perspectives on father-daughter incest. *Amer. J. Psychiatry*, 142: 6, p. 667-674, 1985.
27. *Trube-Becker, E.*: Sexueller Missbrauch von Jugendlichen und Heranwachsenden und seine Folgen in Kindesmisshandlung. W. T. Haesler édit. Verlag Rüegger 1983.
28. *Wolock, I.; Horowitz, B.*: Child maltreatment as a social problem: The neglect of neglect. *Amer. J. Orthopsychiat.* 54, 4, p. 530-541, 1984.

Zusammenfassung

Die Autorin geht in diesem Artikel auf die epidemiologischen, äthiologischen, klinischen, therapeutischen und präventiven Aspekte des selbstbeeinträchtigenden Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen ein – und zwar unter Berücksichtigung der Literatur und eigener Erfahrung als Kinder- und Jugendpsychiaterin und Psychotherapeutin.

Die Definitionen des suizidalen Verhaltens unterscheiden sich je nach Autor und dessen Standpunkt. Faßt man diese im gerichtsmedizinischen Sinne eng auf, so erweitern sie sich in der Auffassung des klinischen Therapeuten beträchtlich, indem sie Suizidabsichten und -versuche, aber auch Parasuizid sowie dasjenige Verhalten von Jugendlichen einbeziehen, bei dem diese sich mangels eines inneren oder äußeren Haltes dadurch gefährden, daß sie die Sorge um sich selbst vernachlässigen. Von dieser erweiterten Definition aus wird das Thema mit dem Hauptaugenmerk auf Prävention und Therapie erörtert.

Aus den neueren schweizerischen und amerikanischen Statistiken geht hervor, daß die Selbstmordrate bei Kindern und Jugendlichen zunimmt. Sie geben keine Zahlen für die Rate der Selbstmordversuche, – Fachleute sind aber der Ansicht, daß diese ebenfalls im Ansteigen begriffen sind.

Die Interpretation der suizidalen Handlung, wie sie hier vorgeschlagen wird, basiert auf einer umfassenden Untersuchung des Kontextes und seiner Funktionsweise, innerhalb dessen sie auftritt. Diese Art der Beurteilung analysiert die Funktion des Symptoms im Kontext der Interaktionen, die durch individuelle, familiäre und/oder institutionelle und soziologische Faktoren bedingt sind. Werden suizidale Handlungen von Kindern und Jugendlichen auf diese Weise analysiert, so erweisen sie sich als eine bestimmte Art, um Hilfe zu rufen – daß nämlich sich etwas ändern soll –, genau gleich wie dies für andere psychische oder psychosomatische Symptome gilt, die sich bei denjenigen finden, die nicht direkt auf ihre Schwierigkeiten und Konflikte aufmerksam machen können. Die verschiedenen Konfliktsituationen, die zu suizidalen Handlungen führen können, umfassen akute familiäre Krisen, häufiger aber chronische Beziehungsprobleme im Kontext von Kindesmißhandlung, Vernachlässigung, sexuellem Mißbrauch und psychotischer Transaktion.

Wenn die Präventivmaßnahmen zur Selbstmordverhütung wirksam sein sollen, bedeutet dies, daß sie sich an weitere Bevölkerungskreise richten müssen als bloß an diejenigen, die unmittelbar mit der großen Anzahl von Kindern und Jugendlichen zu tun haben, die Selbstmordabsichten äußern oder schon einen Selbstmordversuch hinter sich haben. Eine solche Art der Verhütung würde verlangen, daß kollektiv umfassendere Bestrebungen in Gang gesetzt werden, statt die Verantwortung an entsprechend eingerichtete Einrichtungen abzuschieben. Sie würde fer-

ner Maßnahmen zur frühzeitigen und regelmäßigen Unterstützung von Familien, in denen Probleme sich abzuzeichnen beginnen, enthalten.

Suizidhandlungen von jungen Menschen, in welcher Form auch immer, sind das Symptom eines Leidens, das schon lange dauert und keinen anderen Ausweg gefunden hat, sich zu äußern. Sie sind immer als schwerwiegend zu beurteilen. Mangelndes Ernstnehmen seitens der Umgebung und der Verantwortlichen kann in der Tat eine gefährliche Rückwirkung auf den Jugendlichen zeitigen, indem er sich dadurch gedrängt fühlt, eine schwerwiegendere Wiederholung derselben zu unternehmen – dies, obwohl er sozusagen nie sterben möchte, sondern nur anders leben!

Dr. Odette Masson
Consultation César Roux du
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant
et de l'Adolescent
29, rue César Roux,
CH-1005 Lausanne

