

Intervenir de façon efficace auprès d'une clientèle suicidaire avec l'ACT et la thérapie dialectique comportementale (DBT)



Dre Marie-Eve Martel, D.Psy, psychologue
Dr Francis Lemay, Ph.D., psychologue
Congrès annuel de l'ACBS
27 juillet 2018





Besoin de crédits de formation continue?

SVP, rappelez-vous de vous inscrire à l'entrée afin de faire valider vos heures



Les « tootles »

- Un « tootle » est une note écrite de remerciement, exprimant de l'appréciation et la reconnaissance de succès à une autre personne
- Écrire et recevoir des tootles encourage le comportement pro-social et accroît le renforcement positif dans le cadre du congrès
- Pendant le congrès, **les Tootles seront disponibles dans toutes les pièces, sur la table où les feuilles de présence sont déposées**
- SVP, donnez directement à leurs récipiendaires les Tootles que vous souhaiteriez écrire
- La recherche démontre que, lorsque des étudiants reçoivent des notes de remerciements, d'appréciation et de reconnaissance de leurs réussites, ils associent les comportements positifs à l'acceptation et la reconnaissance de leur communauté
- Plus important encore, **les notes écrites de style Tootle renforcent les connexions entre pairs et les réseaux protégeant contre l'intimidation, l'agressivité, la violence et les problèmes émotionnels chez les étudiants**
- De telles améliorations dans les relations entre les pairs sont transposées quand les étudiants évoluent dans un groupe, et ceci réduit leurs risques d'initier l'usage de drogues illégales, de même que du tabac et de l'alcool et réduit le taux de risque à vie du développement de troubles mentaux – **incluant les comportements suicidaires**
- **Si aligné à nos valeurs**, contribuons ainsi à bâtir un environnement inclusif, positif et accueillant pour tous nos membres ici à l'ACBS

Plan de l'atelier

- Présentation des animateurs
- Le suicide, en chiffres
- Perspective DBT
- Évaluation du risque suicidaire
- Établissement du plan de sécurité
- Objectifs du traitement
- Validation, acceptation, défusion et valeurs
- Les réactions du clinicien

Qui sommes-nous?

- **Marie-Eve Martel** détient un doctorat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (2018)
- Membre de *l'Ordre des psychologues du Québec* et membre intérim de *l'Ordre des psychologues de l'Ontario*
- Travaille en pratique privée à Ottawa (ON)
- Expérience clinique avec des personnes souffrant du Trouble de Personnalité Borderline – (approche DBT)
- A reçu en 2013 la formation ASIST (*Applied Suicide Intervention Skills Training*) de l'Association canadienne pour la santé mentale
- **Francis Lemay** détient un doctorat en psychologie de l'Université Laval (2014)
- Membre de *l'Ordre des psychologues du Québec*
- Travaille en pratique privée à Québec (QC)
- Formé à l'ACT depuis 2012, offre de la formation pour l'IPC et l'IFTCC
- A reçu en 2013 la formation à l'intervention auprès des personnes suicidaires par Suicide Action Montréal et l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)



OTTAWA RIVER
Psychology Group



Psychologie
Déploiement

Dévoilement (soutien \$):

Marie-Eve Martel, D.Psy.

Relations financières pertinentes:

- Travailleur autonome en pratique privée
- Bourse d'aide à la diffusion de l'UQTR obtenue pour cette présentation (étudiante au Ph.D.)

Relations non-financières pertinentes :

- Secrétaire, C.A. d'ACBS-Ontario



Dévoilement (soutien \$):

Francis Lemay, Ph.D.

Relations financières pertinentes:

- Travailleur autonome en pratique privée
- Formateur ACT et conférencier pour
 - *L'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive, Québec*
 - *L'Institut de psychologie contextuelle, Montréal*

Relations non-financières pertinentes :

- Co-fondateur et ancien-président, C.A. d'ACBS-Québec



LE SUICIDE, EN CHIFFRES



Statistiques locales

■ Suicides annuels au Canada :

- *Approximativement 4000*
- *± 11 par jour*
- *11.5 pour 100 000 personnes (par an)*
- *Le suicide rend compte de 24% des morts chez les Canadiens de 15-24 ans et 16% des morts chez les Canadiens de 25-44 ans.*

Source : Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/eng/help/bb/info/suicide>

■ Approximativement 3 suicides par jour au Québec

- *1125 décès par suicide en 2014*
- *13.4 pour 100 000 personnes (par an)*

Source : AQPS, <http://www.aqps.info/comprendre/documents-statistiques.html>

■ Suicides annuels aux États-Unis :

- *Approximativement 44 200*
- *± 120 suicides par jour*
- *13.26 suicides pour 100 000 personnes (par an)*

Source : American Foundation for Suicide Prevention, <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>



Statistiques « internationales »

- Cause la plus fréquente de mort violente dans le monde :
Suicide: 49,1% (Homicide: 31,3%; Liée à la guerre : 18,6%)
Source: Kirby, M. & Keon, W. (2004).
- Taux de suicide mondial : selon l'OMS, approximativement **un million de suicides par année** sur la planète (un suicide toutes les 40 secondes)
 - *On prédit que le taux sera 1 par 20 secondes d'ici 2020*
Source: Fact Sheet, Suicide statistics. Disponible sur : www.ontario.cmha.ca
- 10,7 par 100 000 personnes en 2015, mondialement
Source: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/
- On estime que **48 millions à 500 millions de personnes dans le monde éprouvent à chaque année un deuil par suicide** (Pitman, Osborn, King, & Erlangsen, 2014)
- Ces individus sont 65% plus à risque de faire une tentative de suicide que les proches endeuillés suite à une mort qui n'est pas un suicide (Pitman, Osborn, Rantell, & King, 2016)
- Selon diverses études, entre 1% et 12% de la population adulte sondée admet avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie (Chiles & Strosahl, 2005)



Comportements suicidaires

« Le suicide est complexe, et il y a peu d'évidence que ce phénomène existe sur un continuum » (traduction libre)

- Éventail de cpts: idéation, tentatives, complétion
- Idéation suicidaire forme la plus commune
- Souvent désignés pour *résoudre un problème* dans la vie d'une personne plutôt que de mettre fin à sa vie
- Thérapie devrait être basée sur *modèle d'apprentissage* plutôt que *modèle de prévention*
- Ne pas assumer qu'une personne suicidaire a un trouble psychologique, mais toujours évaluer la présence d'un trouble psychologique chez la personne suicidaire
- Plusieurs patients suicidaires (possiblement jusqu'à 50%) ne rencontrent pas les critères d'un trouble psychologique

Idéations, plans et tentatives

- Dans la population générale sondée, 20% admet avoir vécu au moins un épisode d'idéation suicidaire modérée à sévère, à vie (pendant au moins 2 semaines, développer un plan de passage à l'acte et les moyens à utiliser)
- Un autre 20% admet un épisode d'idéation suicidaire problématique sans plan précis de passage à l'acte
- 4% de la population aux États-Unis admet avoir éprouvé des idéations suicidaires au cours de l'année précédente
- Moins de 0,3% des gens aux prises avec des idéations suicidaires s'enlèvent la vie
- Chez les individus sondés dans des urgences psychiatriques, 1% de ceux ayant tenté de se suicider meurent par suicide au cours de l'année suivante



Populations spécifiques plus à risque

Trouble de personnalité limite

- Affecte entre 1,8 à 5,9 % de la population, 3 fois plus de femmes
- Entre 14 à 20 % de la clientèle hospitalisée en psychiatrie et entre 8 à 11 % de la clientèle ambulatoire
- Utilisation jusqu'à 40 % des ressources en santé mentale
- Taux de décès par suicide jusqu'à 20 %
- Taux de comportements auto-dommageables et suicidaires entre 69 à 80 %

Suicides impulsifs, non prémédités (crises suicidaires)

Critères diagnostiques du TPL selon DSM 5

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée avec cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite auto-dommageable, boulimie)

Critères diagnostiques selon DSM 5 (suite)

5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur
7. Sentiments chroniques de vide
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères

Exemple de cas clinique

- Sophie est une jeune femme de 20 ans, étudiante à temps plein au B.A. en sciences.
- Difficulté scolaires. A du prendre un congé l'hiver dernier et cet hiver parce que ne réussissait pas bien ses cours et se sentait surchargée. Ne travaille pas (en recherche d'emploi).
- Vit avec ses colocos (deux autres filles). Relations avec ses colocos et amies sont teintées de drame interpersonnel.
- Parents et sœur cadette habitent dans une autre province (à plus de 2000km). Relation tendue avec mère et sœur. Père est meilleur soutien dans la famille, directif lorsqu'elle est en crise, mais aussi très invalidant. Attachement pour son animal de compagnie.
- Fréquente un homme de 20 ans, athlète professionnel. Relation de 6 mois. Début de relation conflictueux. Relation semble plus stable maintenant.
- Peu de loisirs et d'intérêts. Symptômes d'anxiété sociale, faible confiance en soi.
- Hypersensibilité à l'abandon et au rejet.
- Pensées suicidaires sont apparues à l'âge de 14 ans, alors qu'elle était victime de taxage à l'école. Pensées avec plan (surdose de médicaments). Quelques tentatives passées. Pauvre historienne à cet égard; a de la difficulté à identifier déclencheurs, nombre de tentatives.

****Nous allons y revenir plus tard****

PERSPECTIVE DBT



Un modèle de base du cpt suicidaire

- Le cpt suicidaire est une méthode de résolution de problème apprise qui implique fuir ou éviter des émotions négatives intenses
- Regarder au-delà du diagnostic et évaluer comment la personne gère la souffrance émotionnelle

- Le thème sous-jacent est simple:

« Les patients suicidaires font toujours l'expérience d'une souffrance émotionnelle significative, peu importe la source de cette souffrance »

- (traduction libre, p. 58)

- Forme extrême d'évitement expérientiel

Perspective DBT

- Le client veut *simultanément* mourir et vivre
- Dire à son thérapeute « je veux mourir » contient aussi la position opposée de vouloir vivre
- Le client voit le suicide comme la seule solution à une souffrance qui lui paraît insupportable
- Dans une approche dialectique, le thérapeute reconnaît que la vie du client est insupportable telle qu'elle est, et que quelque chose doit changer, en offrant d'autres solutions possibles et en utilisant la thérapie pour l'aider à **bâtir une vie qui vaut la peine d'être vécue**

Perspective DBT

- Selon l'expérience personnelle de Marsha Linehan, 80% des erreurs en thérapie seraient attribuables à des erreurs d'évaluation
- Pour des clients suicidaires, elle voit trop souvent des thérapeutes se précipiter dans la gestion de crise sans bien évaluer le problème central qui mène aux comportements suicidaires

Outils DBT utiles auprès d'une clientèle suicidaire

1) Agenda hebdomadaire

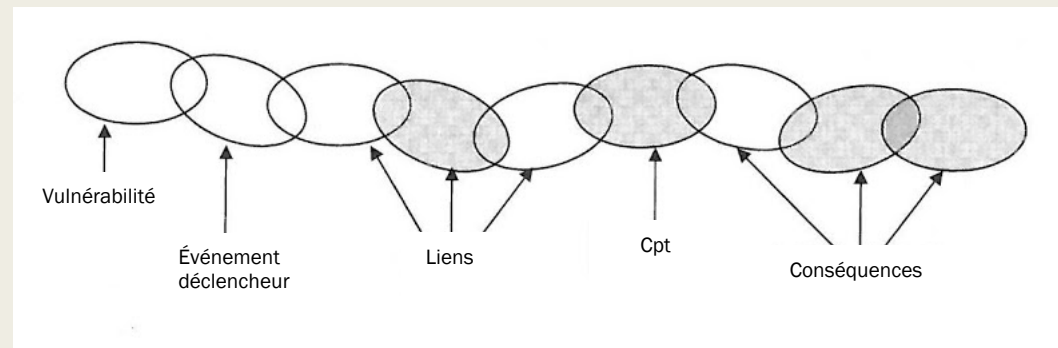
- Permet de monitorer le risque pendant le traitement
- Un des avantages est que le client peut facilement communiquer l'*idéation* suicidaire et les *comportements* suicidaires
- Conversation sur le suicide est abordée d'emblée si nécessaire

AGENDA TCD		Nom du client : Numéro du client :		Date du début d'agenda : Date fin d'agenda :		Thérapeute : Session # :													
		0 = Pas du tout		1 = Un peu		2 = Plutôt		3 = Assez fort		4 = Très fort		5 = Extrêmement fort							
		Émotions							Suicide/ Auto-destruction										
		Douleur (0-5)	Tristesse (0-5)	Honte (0-5)	Colère (0-5)	Peur (0-5)	Culp (0-5)	Anxiété (0-5)	Joie (0-5)	Envie (0-5)	Action (0-5)	Envie (0-5)	Action (0-5)	Envie (0-5)	Action (0-5)	Envie (0-5)	Action (0-5)	Envie (0-5)	Action (0-5)
MER																			
JEU																			
VEN																			
SAM																			
DIM																			
LUN																			
MAR																			
		Autre impulsivité/ Comportements à réduire		Comportements à augmenter		Activités structurées (deux meilleures)		Hrs	Satisfaction (0-5)	Usage d'habiletés									
										Intention (0-5)	Action (0-5)	Résultat désiré (0-5)							
MER																			
JEU																			
VEN																			
SAM																			
DIM																			
LUN																			
MAR																			
Ce qui s'est passé cette semaine qui influence comment j'ai réagi ci-haut?																			
MER																			
JEU																			
VEN																			
SAM																			
DIM																			
LUN																			
MAR																			

Outils DBT utiles auprès d'une clientèle suicidaire

2) Analyses en chaîne

- Utile *après* cpts suicidaires
- Permet d'analyser chaîne d'évènements qui ont mené au cpt
- ET permet de trouver des solutions



Linehan, 1993; 2014

Outils DBT utiles auprès d'une clientèle suicidaire

3) Habilidadés de tolérance à la détresse

- Aidant pour le client borderline à mieux tolérer les crises/envies suicidaires afin que l'envie passe, sans empirer la situation



ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE



Facteurs de risque

- Comorbidité et chronicité de la maladie (physique, mentale, ou les deux)
- Abus/Utilisation de substances
- Historique de cpts impulsifs ou dangereux dans différents domaines
- Historique de tentatives passées, surtout des tentatives sérieuses
- Historique de suicide et tentatives de suicide parmi la famille/les amis
- Pertes récentes, surtout reliées aux relations, santé, finances, et statut social
- Détresse aiguë et extrême, incluant la dépression, le découragement, l'humiliation, la culpabilité/honte, l'agitation, et l'insomnie

Facteurs de risque

- Désespoir, se sentir « piégé » ou sans valeur, ou que la vie n'a pas de sens
- Isolation et retrait des autres et/ou de la société
- Changements inexplicables dans l'humeur (surtout dramatiques)
- *Faire attention aussi aux changements positifs de l'affect qui seraient soudains et inexplicables
- Faire des « visites » inexplicables ou donner des objets importants
- Membres des forces armées (actuels ou dans le passé), surtout si exposés aux opérations de combat
- Considérer l'âge, le genre, l'ethnie, et autres facteurs

Facteurs de protection

Mettre l'accent sur ces facteurs lors de l'établissement du plan de sécurité

- Une bonne alliance thérapeutique
- Soutien social
- Religion/spiritualité
- Des enfants à la maison sont *habituellement* un facteur de protection, mais il faut évaluer si c'est bien le cas ou si au contraire les enfants pourraient faire partie du plan de suicide
- Un sentiment de responsabilité et de sens
- Hâbiletés de coping et de résolution de problèmes

Évaluation du risque

- Être direct et factuel
- L'objectif est d'évaluer le risque pour ensuite déterminer l'action appropriée, donc s'il manque des informations pour passer à l'action, l'évaluation est incomplète
- Avoir le modèle de l'analyse en chaîne DBT en tête (vulnérabilités, événement déclencheur pour pensées suicidaires, envies, cpts, autres antécédents et conséquences)
- En faisant l'évaluation, il se peut qu'il y ait des opportunités pour faire de la résolution de problème; il ne faut pas perdre de vue que l'objectif est l'évaluation (ces opportunités peuvent être revisitées lors de l'élaboration du plan de sécurité)

Évaluation du risque

Une évaluation complète du risque comprend:

- Pensées/envies/cpts suicidaires passés et actuels
- Incluant méthode, accès, intention concernant plan (s'il y a lieu)
- Événements déclencheurs pour envies suicidaires
- Présentation clinique, incluant degré de désespoir
- Impulsivité
- Facteurs de risque et de protection
- Poser des questions sur l'intensité, la fréquence et la durée
- Avec l'intensité, utile d'utiliser une échelle de 0 à 10 (10 = élevé)
- Tentatives passées (obtenir détails, événements déclencheurs, conséquences)
- Possible d'utiliser formats structurés comme SIMPLE STEPS (McGlothin, 2008) ou des outils tels que le Collaborative Assessment and Management of Suicidality (Jobes 2006)



Pederson, 2015

Mesures disponibles

Des instruments évaluant le risque suicidaire ont été créés par Marsha Linehan et son équipe et sont disponibles sur le site internet de l'Université de Washington (2016a).

Par exemple:

- Le « *Linehan Risk Assessment & Management Protocol* »

(LRAMP; Linehan, 2009; Linehan, Comtois, & Ward-Ciesielski, 2012)

- Le « *University of Washington Risk Assessment Protocol* »

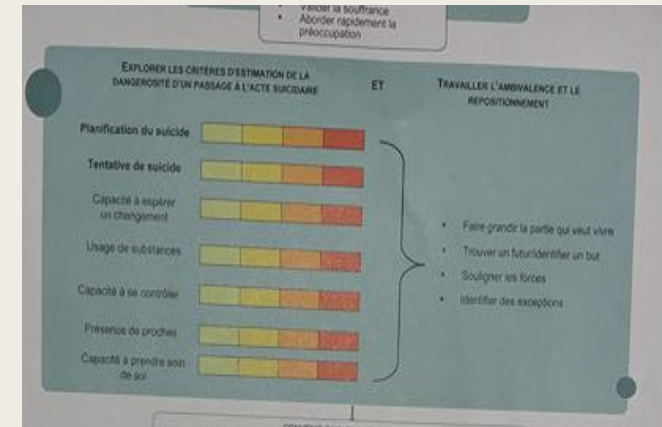
(UWRAP; Reynolds, Lindenboim, Comtois, Murray, & Linehan, 2006; Linehan et al., 2012)

- Le « *Reasons for Living Scale* » est un questionnaire auto-rapporté de 72 items (ou 48 items pour la version abrégée) qui évalue les attentes des clients envers les conséquences de vivre versus se suicider ainsi que l'importance de diverses raisons de rester en vie

(RFL; Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983)

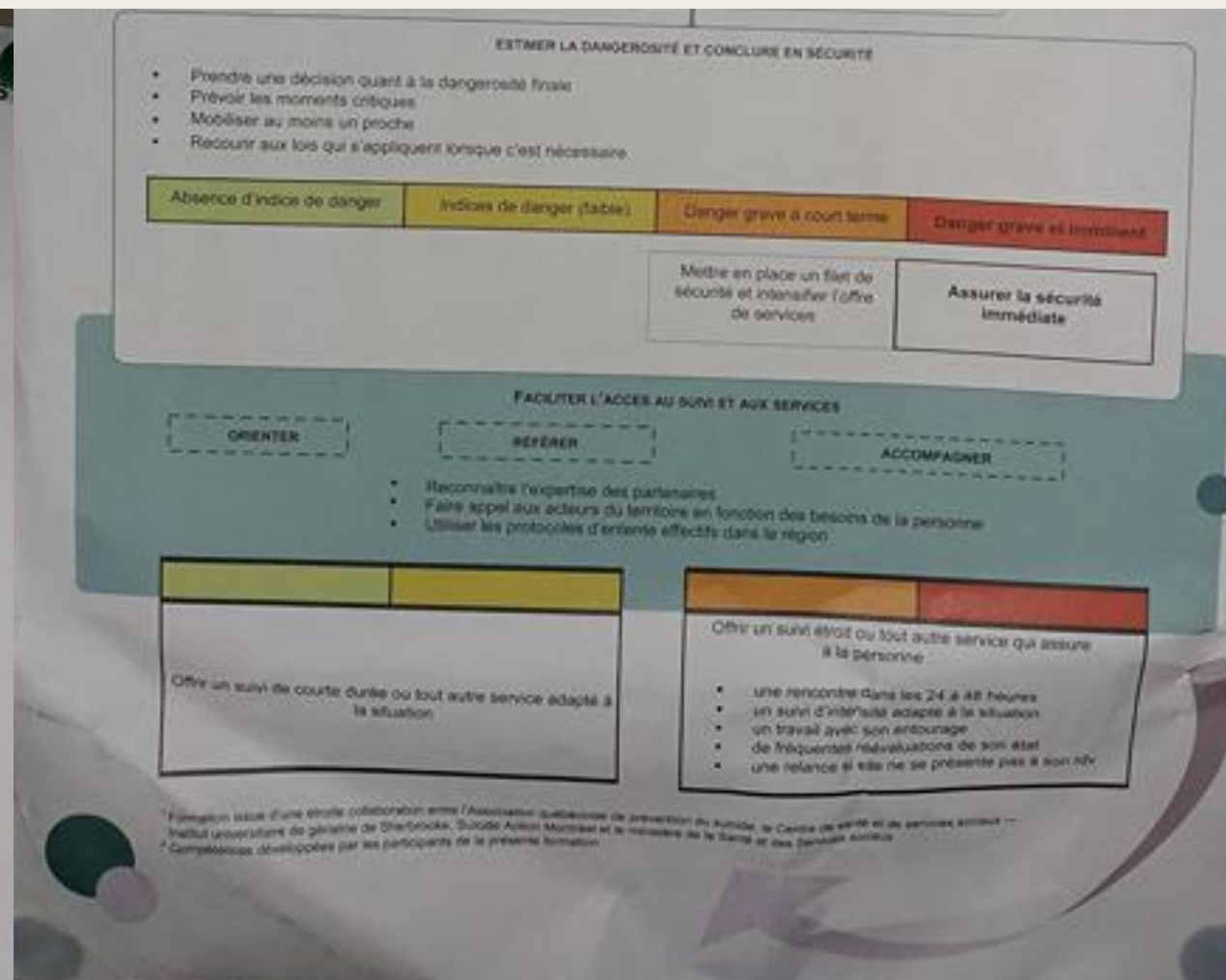
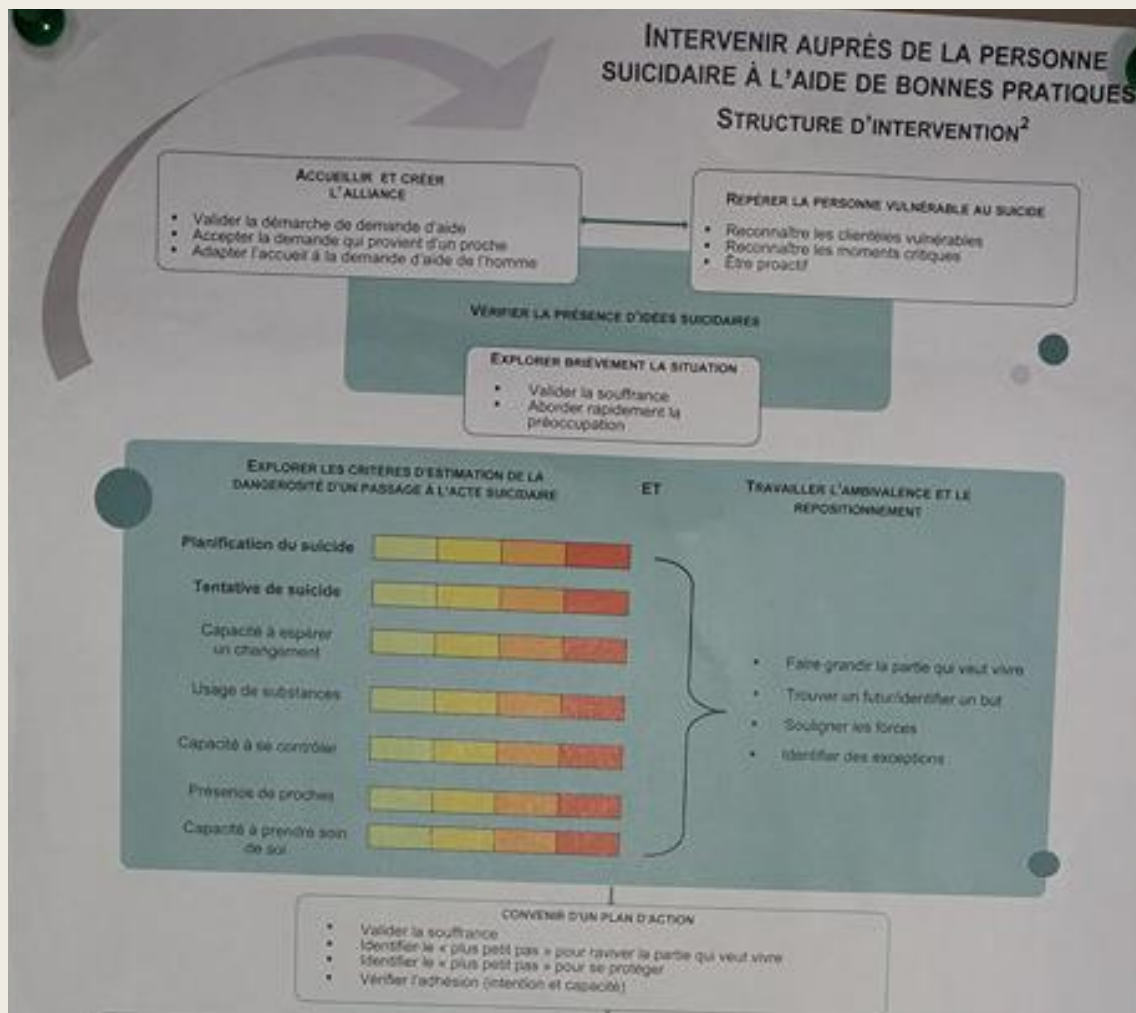
Évaluation du risque

- Critères à considérer + sévérité de chaque critère (au Québec, fiche vert-jaune-orange-rouge de formation AQPS, Suicide Action Montréal et Ministère Santé et Services Sociaux)
- Tentative de suicide passée (et nombre, et récence)
- Niveau de planification du suicide
- Espoir, capacité à envisager un changement de son état
- Usage de substances
- Capacité à se contrôler / impulsivité
- Présence de proches, proximité et leur connaissance de l'état du client
- Capacité à prendre soin de soi-même



Fiche d'évaluation du risque

(Permise seulement post-formation...)



Ceci étant dit...

- **Méta-analyse sur 40 ans** : 95% des patients « à haut risque » ne sont pas morts par suicide, 50% des suicides ont été faits par des gens « à faible risque » et les méthodes d'évaluation du risque ne se sont pas améliorées avec le temps (Large et al., 2016)
- **Méta-analyse sur 50 ans** : prédiction ne réussit qu'à légèrement excéder le hasard et ne s'est pas améliorée au fil des ans et les facteurs de risque les plus « populaires » (psychopathologie de type internalisée, psychopatho externalisée, groupe démographique, stressseurs psychosociaux) se sont avérés les moins bons prédicteurs, et les moins « populaires » (hospitalisation psychiatrique passée, tentative passée) se sont avérés les meilleurs prédicteurs (Franklin et al., 2017)

Ceci étant dit...

- Aucun modèle n'a montré d'utilité prédictive en pratique clinique (Bolton, Spiwak, & Sareen, 2012; Lester, McSwain, & Gunn, 2011)
- Pour plusieurs raisons, des chercheurs insistent que catégoriser le risque suicidaire comme élevé, moyen ou faible n'est pas aidant et parfois contre-indiqué (Konrad & Jobes, 2011; Large & Ryan, 2014)
- Une raison pratique pourquoi les facteurs de risque sont peu aidants est qu'**un seul facteur de risque peut augmenter le risque chez certains individus et réduire le risque chez d'autres.**
 - Par exemple, pour certains patients, l'automutilation a pour fonction la régulation émotionnelle. Se couper les aide à réduire leur détresse, donc éliminer l'auto-mutilation comme option de cpt pourrait augmenter le risque suicidaire chez ces personnes.
 - À l'inverse, pour d'autres, se couper progressivement peut les désensibiliser au suicide et par conséquent, augmenter leur risque suicidaire (Zahl & Hawton, 2004)

Ceci étant dit...

- Les facteurs de risque et de protection et les signes avant-coureur peuvent être utiles pour comprendre les facteurs uniques et contextuels du patient, mais la collaboration avec celui-ci est essentielle (Fowler, 2012)
- Au-delà de la présence ou l'absence de facteurs de risque/protection, **il est important de comprendre la relation de notre patient face au suicide**
- Poser des questions sur l'idéation suicidaire est essentiel, mais il est également important d'explorer l'expérience de la personne
 - Ex. « *Qu'est-ce qui te fait ressentir plus/moins suicidaire* »?
- Les questions sur le suicide peuvent solliciter des réactions défensives chez le client, c'est pourquoi l'évaluation et l'intervention suicidaire doivent d'abord et avant tout comprendre une bonne alliance thérapeutique (Ganzini et al., 2013)

ÉTABLISSEMENT DU PLAN DE SÉCURITÉ



Établissement du plan de sécurité

- Un plan de sécurité **écrit** clairement
- La structure et responsabilité avec un plan écrit sont importants pour assurer la sécurité du client
- Faire des copies du plan de sécurité
- Poser des questions pour solliciter les **forces** et **ressources** du client
 - « *Qu'est-ce qui vous a gardé en sécurité lors d'envies suicidaires dans le passé?* »
 - « *Que faites-vous pour vous aider à vous calmer lorsque vous êtes en détresse?* »
- Tenter de faire ressortir des habiletés/comportements efficaces que le client n'aurait pas nommé ou organisé dans un plan
- Savoir qu'il y a eu des moments où il a utilisé des habiletés aide à bâtir la confiance du client face et son engagement vis-à-vis l'utilisation d'un plan de sécurité

Établissement du plan de sécurité

- Identifier sources de soutien/personnes ressources en situation de crise (inclure à la fois des proches et ressources professionnelles avec info de contact)
- Identifier des obstacles possibles à l'exécution du plan
 - *Avec chaque obstacle, identifier des actions et habiletés pour les surmonter*
- Utiliser des stratégies ACT/TCD comme la validation, l'acceptation et des techniques d'engagement, de dialectique et de changement lors de l'établissement du plan de sécurité

**UN EXEMPLE EN
ACTION...**

OBJECTIFS DU TRAITEMENT



Les objectifs du traitement

Phase primaire

Objectif 1 : déstigmatiser le cpt suicidaire

Objectif 2 : traiter objectivement le cpt suicidaire

Objectif 3 : aborder la probabilité du cpt suicidaire récurrent

Phase intermédiaire

Objectif 4 : activer la résolution de problèmes

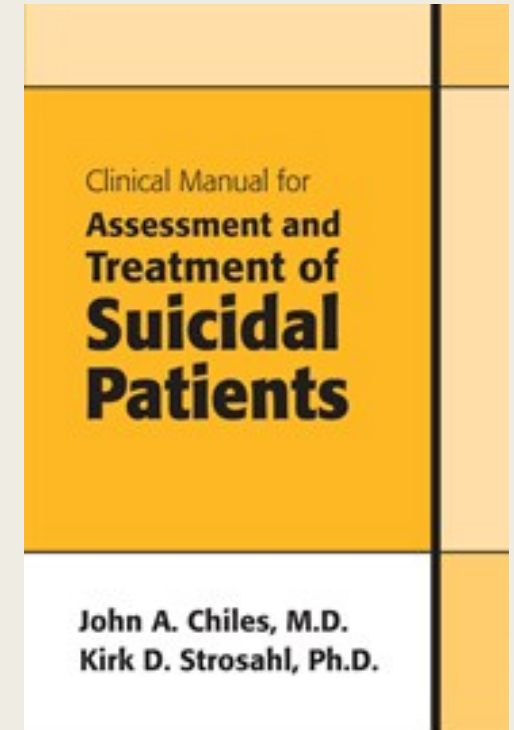
Objectif 5 : développer la tolérance à la souffrance émotionnelle

Objectif 6 : développer des habiletés interpersonnelles et de résolution de problèmes

Phase finale

Objectif 7 : développer une direction de vie à moyen terme

Objectif 8 : mettre fin au traitement avec les options de suivi de soutien appropriées



Les objectifs du traitement

Objectif 1, stratégies:

Validation bienveillante, approche curieuse et ouverte, contextualiser les pensées et le cpt suicidaires, exercices d'auto-observation fonctionnels (Événements, pensées/émotions, réactions, efficacité court/long terme)

Objectif 2, stratégies :

Recadrer l'attitude résolution de problèmes en une philosophie scientifique d'hypothèses à tester (au lieu de succès-échec des tentatives), continuer à valider le lien entre douleur émotionnelle et réflexes associés au suicide, éviter de centrer la totalité du travail sur le cpt suicidaire et discuter calmement (mais directement) de la probabilité actuelle et future du cpt suicidaire, ainsi que du passé de celui-ci chez le client

Les objectifs du traitement

Objectif 3, stratégies:

Plan de sécurité, plan de gestion de crise et ententes sur les contacts inter-séance et non-planifiés, s'assurer que le plan fonctionne aux yeux du client

Objectif 4, stratégies :

Résolution de problèmes : l'enseigner, l'appliquer et la renforcer (premières étapes, petits objectifs et PPPP) ; désespoir créatif ; efficacité interpersonnelle (habiletés de résolution de conflits, habiletés sociales générales et affirmation de soi appropriée)

Les objectifs du traitement

Objectif 5, stratégies:

Voir le suicide comme un cpt d'évitement émotionnel, établir la distinction entre ressentir et repousser les émotions, approche contextuelle envers les expériences intérieures, exercices d'acceptation et de défusion (p.ex. les deux thermostats ; certaines pensées suicidaires comme stratégies d'évitement émotionnel), accent prononcé sur la volonté de ressentir en opposition à la souffrance

Objectif 6, stratégies :

Développer, plus spécifiquement en lien avec les problèmes précis du client, des habiletés interpersonnelles et de résolution de problèmes (initiés à l'objectif 4)

Pièges possibles à la phase intermédiaire

- Perdre de vue son plan d'intervention
 - Manque de continuité de séance à séance
 - Débuter avec « et puis, cette semaine? », ou laisser le client gérer la séance
 - Important **que vous dirigiez**, afin que le client sorte de son mode « crise » et soit ouvert à développer sa flexibilité et ses habiletés de résolution de problèmes contextuelle
- Assumer qu'une absence de crise sous-tend la fin du cpt suicidaire chez le client
 - Phase sous-tend souvent des *idéations suicidaires chroniques de bas niveau*
 - Comme elles sont peu associées à la crise, on met moins souvent l'accent sur celles-ci
 - Elles sont pourtant la cible idéale du travail thérapeutique
 - Souffrance moins intense = plus facile d'auto-observer, d'expérimenter les exercices d'acceptation/tolérance à souffrance et d'effectuer des plans de résolution de problèmes

Pièges possibles à la phase intermédiaire (suite)

- Le contre-transfert négatif
 - Le client s'améliore, DONC votre besoin d'aider est assouvi
 - Risque, chez vous, de perte d'intérêt et de distractibilité
 - Cpts subtils de manque d'engagement de votre part
 - Votre attention est un puissant renforçateur; un désengagement (même subtil ou erronément perçu) peut réactiver l'escalade suicidaire chez le client

Les objectifs du traitement

Objectif 7, stratégies:

Exercice « comment voudriez-vous qu'on se souvienne de vous? », aborder l'engagement à vivre une vie avec des pensées et émotions désagréables, accent sur le processus d'aspirer à des objectifs plutôt que l'importance de les atteindre, se fixer des buts à moyen terme et se donner une vue d'ensemble des premiers pas positifs

Objectif 8, stratégies :

Développer un plan de prévention de la rechute (risques, premiers signaux et techniques à appliquer), s'entendre sur un horaire de « sevrage » des séances, recadrer les intervalles inter-séances plus longs comme étant des « essais sur le terrain », fixer des séances « de rappel » éloignées de façon régulière

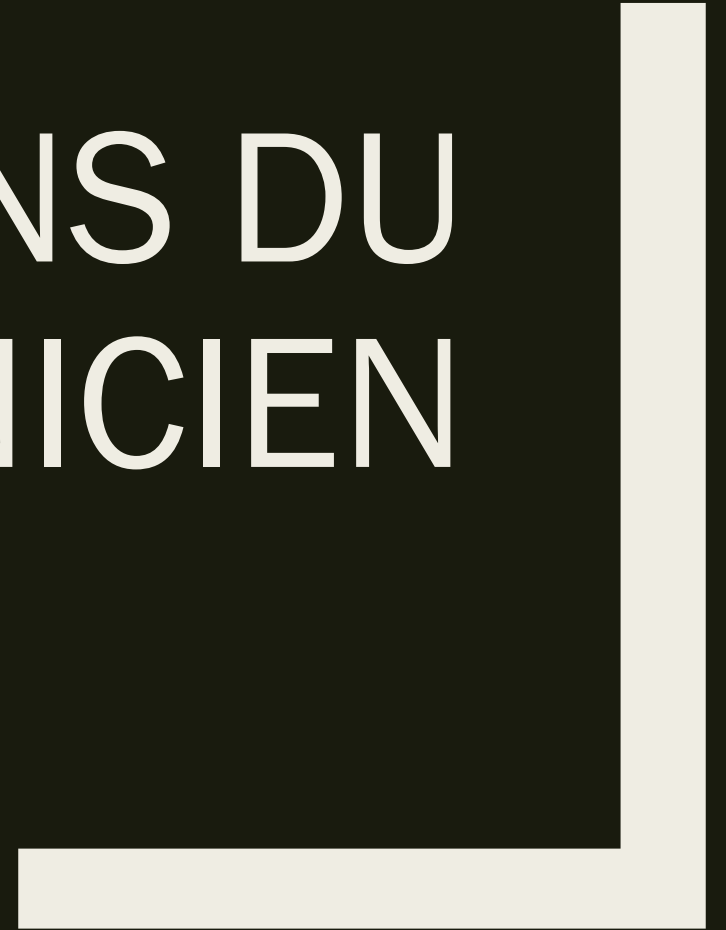
Exemple de plan de prévention du suicide

1. Premiers signes (pensées, cpts, émotions) que je ne vais pas bien? (p.ex., problèmes de sommeil, évitement social, déprime/angoisse)
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
2. Mon plan pour auto-observer ces signes? Quand, comment et où je planifie le faire?
3. Quels sont mes buts les plus importants de l'année à venir?
4. Quels stressseurs puis-je anticiper pour l'année à venir, tant soutenus (ex., problèmes au travail, parent malade) que nouveaux (ex., déménagement, recevoir la famille à Noël), et comment vais-je composer avec ceux-ci?
5. Quelles sont les leçons les plus importantes apprises en thérapie à date et comment je peux essayer de m'en rappeler?
6. Quelles sont les meilleures techniques apprises en thérapie et comment, quand, où sera-t-il bon pour moi de les appliquer?
7. Quels obstacles pourraient se mettre dans le chemin de leur utilisation and comment j'arriverais à les surmonter (p.ex., trop fatigué, me blâmer d'avoir encore ce même problème)?

Pièges possibles à la phase finale

- Terminer le suivi trop rapidement
 - Décider unilatéralement de mettre un terme au suivi
 - Ne pas préparer le client à la fin du suivi
 - Risque de générer un sentiment d'abandon chez le client
- Laisser sous-entendre que c'est votre talent qui a aidé le client
 - Tout au long du suivi, on renforce le client pour ses succès
 - 1h de thérapie par semaine à deux, en opposition à 167h de travail individuel sur le terrain!
 - Le client a tout intérêt à apprendre à s'attribuer ses succès et à intégrer les efforts consentis à sa vision de lui-même (soi contextuel)
 - Le rêve narcissique de plusieurs thérapeutes est d'être perçu comme un sauveur et remercié par le client le plus mal en point pour avoir su « complètement le redresser »; mais...le thérapeute ne cause pas le changement chez le client
 - Essayez de prendre la responsabilité des échecs et d'attribuer la responsabilité des réussites au client
 - C'est un point de vue qui cultive l'humilité, qui amincit l'égo, qui sera bénéfique pour vous et vos clients...et qui fonctionne ;)

LES RÉACTIONS DU CLINICIEN

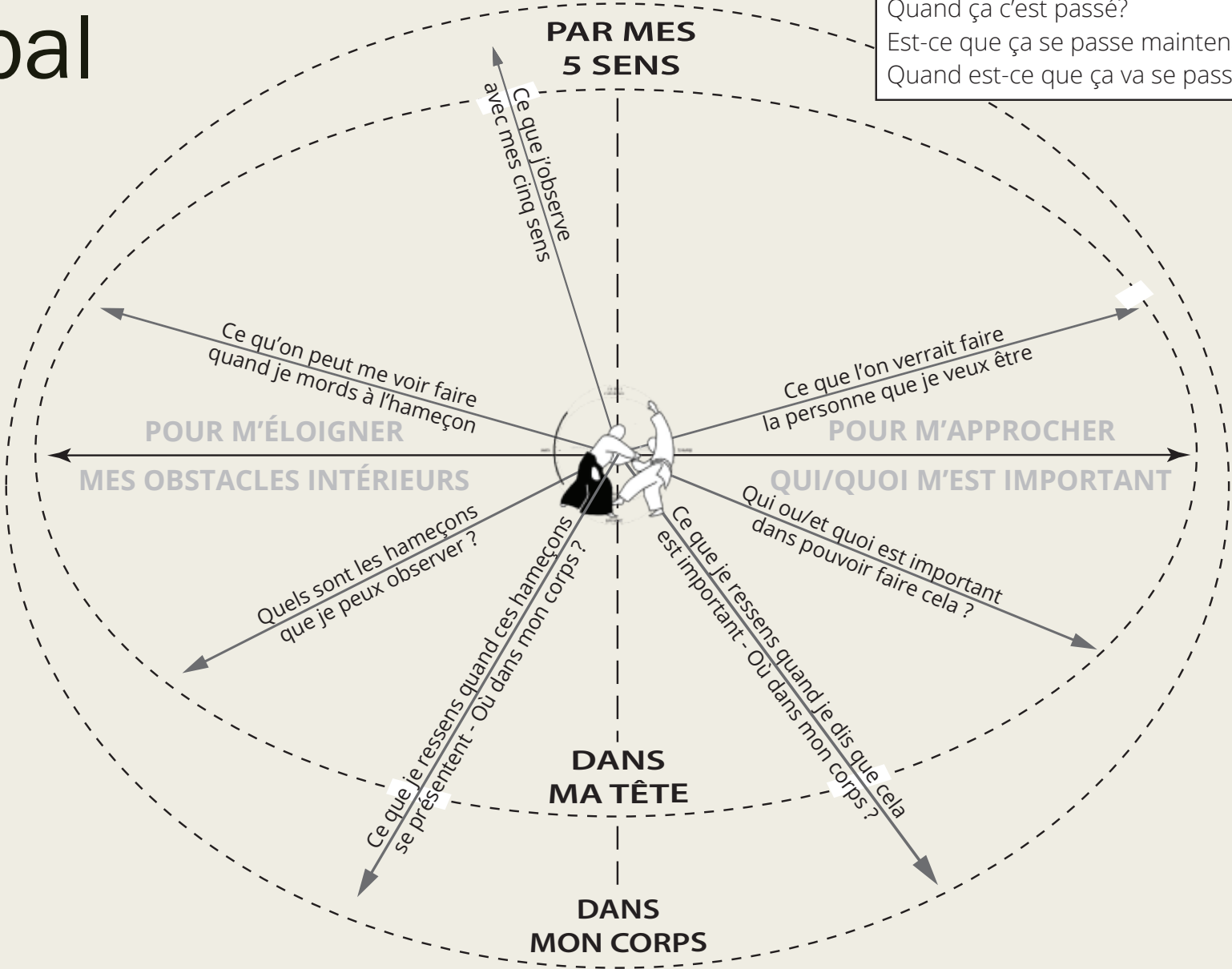


Formations sur le suicide

- Travailler avec des clients suicidaires est intrinsèquement stressant (Kleepsies & Dettmer, 2000)
- L'intervenant peut avoir des « points sensibles » (ex. croyances, expériences passées, etc.) qui interfèrent avec sa capacité d'intervenir efficacement auprès d'une clientèle suicidaire
- Nos « points sensibles » peuvent faire surface dans le moment, donc très important de bien travailler nos réponses émotionnelles à l'avance
- D'où l'importance de suivre une formation complète sur le suicide (p. ex. AQPS, ASIST...)
- Recommandations que le clinicien soit conscient et adresse ses propres réactions

Aikido verbal

CONTEXTE:
Quand ça c'est passé?
Est-ce que ça se passe maintenant?
Quand est-ce que ça va se passer?



VALIDATION, ACCEPTATION,
DÉFUSION ET VALEURS



Exemple d'une interaction clinique...

LE CAS DE SOPHIE

MERCI...

Avez-vous des questions?

Marie-Eve.Martel1@uqtr.ca
francis.lemay.psy@gmail.com



Références

- American Foundation for Suicide Prevention, <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- AQPS, <http://www.aqps.info/comprendre/documents-statistiques.html>
- Chiles, J. A. & Strosahl, K. D. (2005). *Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., . . . Nock, M. K. (2017). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta- Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*, *143*(2), 187-232. doi:10.1037/bul0000084
- Jobes, D. A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Kirby, M. & Keon, W. (2004). Report 1, Mental health, mental illness and addiction: Overview of policies and programs in Canada (Chapter 5). Interim report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.
- Klepsies, P. M., & Dettmer, E. L. (2000). The stress of patient emergencies for the clinician: incidence, impact, and means of coping. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(10), 1353-1369.
- Koerner, K. (2012). *Doing Dialectical Behavior Therapy : A Practical Guide*. New York : Guilford Press.
- Konrad, M., & Jobes, D. A. (2011). *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Large, M., Kanesson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta- Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time.(Report). *PLoS ONE*, *11*(6). doi:10.1371/journal.pone.0156322
- Large, M. M., & Ryan, C. J. (2014). Suicide risk categorisation of psychiatric inpatients: What it might mean and why it of no use. *Australian Psychiatry*, *22*(4), 390-392. doi: 10.1177/1039856214537128

Références

- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York : Guilford Press.
- Linehan, M. (2014). *DBT Skills Training Manual (second edition)*. New York : Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2016). Behavior Therapy: Where We Were, Where We Are and Where We Need to Be Going. *Cognitive and Behavioral Practice*. doi : 10.1016/j.cbpra.2015.12.002
- Linehan, M. M. (2009). University of Washington Risk Assessment Action Protocol : UWRAMP. University of WA, Unpublished Work.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., & Ward-Ciesielski, E. F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 218-232.
- Linehan M. M., Goodstein J. L., Nielsen S. L., & Chiles J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself : The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- McGothlin, J. M. (2008). *Developing clinical skills in suicide assessment, prevention, and treatment*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Pederson, L. M. (2015). *Doing Dialectical Behavior Therapy : A Contemporary Guide for Practitioners*. Oxford, UK : Wiley-Blackwell.
- Reynolds, S. K., Lindenboim, N., Comtois, K. A. Murray, A., Linehan, M. M. (2006). Risky Assessments : Participant Suicidality and Distress Associated with Research Assessments in a Treatment Study of Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior* (36)1, 19-33.
- Sommers-Flanagan, J. (2018). *Conversations About Suicide: Strategies for Detecting and Assessing Suicide Risk*. National Register of Health Service Psychologists. Repéré à <https://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-report-pub/journal-of-health-service-psychology-winter-2018/conversations-about-suicide-strategies-for-detecting-and-assessing-suicide-risk/>
- Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/eng/help/bb/info/suicide>
- University of Washington (2016a). Behavioral Research & Therapy Clinics. Repéré à : <http://blogs.uw.edu/btrc/publications-assessment-instruments/>

Besoin de crédits de formation continue?

SVP, rappelez-vous de signaler votre sortie en quittant, afin de faire valider vos heures

