

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
FRÉDÉRICK DIONNE

LE PSYMAL ET LES CONDUITES SUICIDAIRES : LA THÉORIE, LA
PRATIQUE ET LA RECHERCHE

JUILLET 2008

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'objectif principal de cette thèse est d'étudier l'approche des conduites suicidaires mise de l'avant par Edwin S. Shneidman portant sur le concept du psymal (ou souffrance psychologique). Le premier article vise à présenter sa théorie, sa psychothérapie et les recherches dans le domaine. Le second écrit s'applique à valider empiriquement une partie de son modèle théorique en comparant le pouvoir prédictif du psymal avec celui du désespoir. L'échantillon est constitué de 615 jeunes adultes universitaires. Les résultats démontrent, avec deux analyses de régression logistique de type séquentiel dont une faisant intervenir la dépression, la prédominance du psymal sur le désespoir dans l'explication des conduites suicidaires.

Remerciements

La réalisation d'une thèse doctorale est une épreuve intellectuelle, et surtout émotionnelle. Je tiens à remercier de tout cœur les personnes qui m'ont soutenu pendant cette longue aventure universitaire.

En premier lieu, à Monsieur Réal Labelle, d'abord directeur et ensuite co-directeur de thèse : ta passion pour la psychologie et l'étude du suicide est contagieuse. Tu m'as aussi transmis ton ambition et ton ardeur au travail. Ensuite, à Monsieur Jacques Baillargeon, directeur de thèse : ta présence rassurante et ta grande disponibilité m'ont énormément aidé dans les moments difficiles. Tu es un modèle au plan de la rigueur et du travail bien fait. Merci également à Monsieur Marc Daigle, membre de mon comité doctoral, pour tes judicieux conseils dans l'élaboration de cette étude.

Par ailleurs, je tiens à exprimer ma gratitude à mes amis (Alexandre, Olivier, Jean-Philippe, Jean-François R., Jean-François L., Éric, Dominic, Patrick, Simon I., Simon F., Nicolas P. et Nicolas B.) pour votre présence constante pendant ce parcours.

En outre, un immense merci à mes parents, Carol et Micheline, pour votre fierté, vos encouragements et votre amour inconditionnel durant mes études et ma vie. Un merci spécial à ma sœur Julie pour ton aide et ton appui certain, ainsi qu'à mon beau-frère Sébastien. Je dédie cette thèse à ma famille... Une pensée va également à Fernand et Anne-Marie, parrain et marraine, ainsi qu'à Marcel et Hélène, oncle et tante.

Enfin, Isabelle, tu m'as donné des ailes durant les dernières étapes de la thèse. Tes commentaires pertinents m'ont éclairé et tes bons mots m'ont fait persévérer. La fin de cette thèse marque le début de nos projets communs...

Table des matières

SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES APPENDICES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES.....	ix
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
Définition des conduites suicidaires.....	3
Cadre conceptuel de l'étude.....	4
Grands modèles théoriques contemporains des conduites suicidaires	5
Théories psychologiques des conduites suicidaires	9
Présentation de la thèse	12
Références... ..	14
CHAPITRE II	
PREMIER ARTICLE : À PROPOS DE LA SOUFFRANCE ET DU SUICIDE : LA	
THÉORIE D'EDWIN S. SHNEIDMAN.....	18
Résumé / Abstract.....	20
Introduction.....	21
L'homme.....	22

La théorie.....	23
Le psymal.....	24
La pression négative.....	26
La perturbation psychologique marquée.....	29
L'idée du suicide comme une solution.....	30
La psychothérapie.....	31
Établir un transfert positif.....	32
Impliquer une personne significative.....	33
Enlever les œillères perceptuelles.....	34
Désamorcer la situation.....	34
Redéfinir les limites du supportable.....	35
Favoriser l'acceptation de la souffrance.....	36
Dévoiler la fonction de l'idée suicidaire.....	36
Prendre conscience des tendances autodestructrices.....	37
La recherche.....	38
Conclusion.....	40
Références.....	44

CHAPITRE III

DEUXIÈME ARTICLE : PSYCHACHE OR HOPELESSNESS IN THE PREDICTION OF SUICIDAL BEHAVIOURS?.....	49
Résumé long.....	51

Abstract	56
Introduction.....	57
Method.....	62
Participants.....	62
Measures.....	62
Psychache Scale	62
Beck Hopelessness Scale	63
Beck Depression Inventory-II	63
Questions regarding suicidal behaviours.....	63
Procedure.....	64
Results.....	64
Discussion... ..	68
References.....	72
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	83
Rappel des grandes lignes des articles	84
Le premier article	84
Le deuxième article	85
Liens entre les deux auteurs.. ..	86
De nouvelles avenues en regard de l'approche d'Edwin S. Shneidman	91
Références.....	99

Liste des appendices

APPENDICE A	Normes de publication détaillées de la Revue Québécoise de Psychologie.....	103
APPENDICE B	Autorisation à la traduction du <i>Psychache Scale</i> en langue française.....	109
APPENDICE C	Les étapes méthodologiques de la traduction et de la validation transculturelle du <i>Psychache Scale</i> (Vallerand, 1989).....	111
APPENDICE D	L'Échelle du psymal.....	113
APPENDICE E	Instructions to authors: Suicide and Life-Threatening Behavior.....	115
APPENDICE F	L'Échelle de désespoir.....	119
APPENDICE G	L'Inventaire de dépression.....	121
APPENDICE H	Questions sur les conduites suicidaires.....	124
APPENDICE I	Questionnaire sur les renseignements personnels.....	126
APPENDICE J	Formulaire de consentement.....	128
APPENDICE K	Liste de ressources d'aide.....	130

Liste des tableaux

CHAPITRE III

Table I	Means and standard deviations for overall sample, suicidal group, and non-suicidal group	80
Table II	Sequential logistic regression analysis predicting membership in the suicidal group based on sex and age as control variables, hopelessness and psychache	81
Table III	Sequential logistic regression analysis predicting membership in the suicidal group based on age and sex as control variables, depression, hopelessness and psychache	82

Liste des figures

CHAPITRE II

Figure 1	Modèle tridimensionnel de Shneidman	48
----------	---	----

CHAPITRE 1
INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction générale

À l'échelle mondiale, les taux de suicide ont augmenté de 60 % dans les 45 dernières années (Bertolote & Fleischmann, 2002). On estime que près d'un million d'individus se suicident chaque année et qu'entre 10 à 20 millions font une tentative de suicide dans le monde (Organisation mondiale de la santé ; OMS, 2001). Selon des études internationales, les prévalences à vie des idées suicidaires rapportées varient entre 2,1 % et 18,6 %, alors que celles des tentatives de suicide à vie sont estimées entre 0,7 % et 6 % (Boyer et al., 2000). Au Québec, le taux de suicide est parmi le plus élevé dans le monde industrialisé et il est le plus haut comparativement aux autres provinces canadiennes (St-Laurent & Bouchard, 2004). Ce phénomène touche particulièrement les jeunes adultes les 15-24 ans. En fait, ceux-ci sont significativement plus nombreux comparativement aux autres groupes d'âge à présenter de la détresse psychologique élevée, des troubles dépressifs majeurs, des idées suicidaires et des tentatives de suicide (Boyer, Lesage, Kairouz, Nadeau & Perreault, 2007 ; Boyer et al., 2000 ; St-Laurent & Bouchard, 2004).

Ces données inquiétantes font de la prévention du suicide une des trois priorités en matière de santé auxquelles s'attachera l'OMS au cours des prochaines décennies (OMS, 2004). Dans la population générale, la réduction des facteurs de risque joue un rôle essentiel dans la diminution des conduites suicidaires (Stewart, 2002). De ce fait, cette thèse s'inscrit dans cette visée et cherche à mieux connaître et identifier les facteurs qui peuvent prédisposer ou précipiter à l'apparition de ces conduites. La présente section définit d'abord les conduites suicidaires et présente le cadre conceptuel de l'étude.

Ensuite, de grands modèles théoriques contemporains sur les conduites suicidaires sont présentés, en mettant l'accent sur les théories psychologiques. En dernier lieu, les objectifs de la thèse sont énoncés.

Définition des conduites suicidaires

Plusieurs définitions et classifications des conduites suicidaires ont été proposées dans le passé. Parmi celles-ci, on note celles de Stengel (1964), de Beck, Herman et Schuyler (1974), de Pokorny (1974), de Kreitman (1977), de Shneidman (1968 ; 1985), de Ellis (1988) et de Maris (1992). Devant cette diversité de classifications et l'impossibilité de s'arrêter sur une terminologie appropriée et standardisée, une équipe de travail commanditée par l'Institut national de santé mentale aux États-Unis et par l'Association américaine de suicidologie propose une première nomenclature des conduites suicidaires (O'Carroll et al., 1996). L'ensemble des termes suggérés pour départager le suicide des autres comportements connexes a été bonifié récemment par cette même équipe (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007). Cette nomenclature reste néanmoins à être opérationnalisée et il est trop tôt en ce moment pour affirmer qu'elle fait consensus dans la communauté scientifique. Cet état de fait ne favorise pas la comparabilité et la généralisation entre les recherches ainsi que l'utilisation d'un langage commun dans la pratique (Silverman et al., 2007).

D'ordre général, les termes « conduites suicidaires » sont employés pour désigner trois composantes : l'idée suicidaire, la tentative de suicide et le suicide. Mishara et Tousignant (2004) définissent le *suicide* (aussi appelé *suicide complété*) comme une mort causée par soi-même avec l'intention précise de mourir. Dans toute classification

du suicide, la notion d'intention de mourir est certainement un élément clé, car elle différencie un suicide d'un autre type de décès. L'expression *tentative de suicide* désigne quant à elle un acte intentionnel pouvant résulter en une blessure, fait par un individu dans le but de s'enlever la vie. Enfin, on parle de l'*idée suicidaire* lorsqu'un individu pense à se tuer. Cette pensée suicidaire apparaît plus ou moins intense et élaborée. On cherche à mesurer le caractère sérieux des idées suicidaires en pratique, afin d'obtenir un estimé plus représentatif du risque suicidaire. En soi, le fait de penser sérieusement au suicide n'implique pas nécessairement qu'un individu est à haut risque de s'enlever la vie. Néanmoins, il faut logiquement penser sérieusement au suicide pour être capable de faire intentionnellement un geste suicidaire (Mishara & Tousignant, 2004).

À cet effet, l'existence d'un continuum vers le suicide est généralement admise en prévention du suicide (e.g., OMS, Association Québécoise de prévention du suicide). Selon ce modèle, un individu ne peut présenter une tentative de suicide ou commettre un suicide s'il n'a pas, auparavant, entretenu l'idée de faire ce geste ou prévu un plan dans ce sens. Bien que les individus présentant des idées suicidaires ou des tentatives de suicide puissent être une population distincte de ceux qui feront un jour un suicide (Shneidman, 1985; Stengel, 1964), les conduites suicidaires se recouvrent et suivent donc un ordre logique. Même un suicide dit impulsif (e.g., Simon et al., 2001) ne saurait survenir sans être précédé d'une idée suicidaire et de l'élaboration d'un plan.

Cadre conceptuel de l'étude

Le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit la présente thèse abonde dans le sens de Breton (2004). Pour lui, les indicateurs en santé publique du XXI^e siècle devraient

reconnaître au « trouble suicidaire » un statut d'indicateur témoin en prévention du suicide. Dans cette conception, le trouble suicidaire est une entité clinique caractérisée principalement par des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Le suicide serait une complication de ce trouble. Cette conception admet un recouvrement entre les diverses composantes des conduites suicidaires et se démarque ainsi de la perspective linéaire en santé publique du XX^e siècle qui privilégiait l'indicateur de mortalité (ou celui de suicide complété) en matière de prévention du suicide.

De ces faits, si l'idée suicidaire constitue la porte d'entrée vers des conduites suicidaires plus sérieuses, identifier les facteurs de risque associés à ces idées (et tentatives de suicide) par le dépistage, peut aider à la prévention du suicide : « Pourtant, tout commence par des idées suicidaires, et une prévention du suicide "avant le fait" devrait plutôt privilégier les signes de risque et de protection de la première manifestation du problème du suicide » (Breton, 2004, p. 51). Dans cette perspective, les facteurs de risque sont vus comme des indicateurs causaux des idées suicidaires et des tentatives de suicide, eux-mêmes indicateurs témoins du problème du suicide. Afin de mieux comprendre et identifier ces facteurs de risque en amont qui font qu'un individu bascule dans un processus suicidaire, il faut se référer aux grandes théories déjà avancées dans le domaine.

Grands modèles théoriques contemporains des conduites suicidaires

Une théorie réfère à une affirmation exploratoire dont le but est d'expliquer et de comprendre la relation entre des variables. Elle permet, notamment, de faire des prédictions concernant ces relations et fournit des explications testables empiriquement à

un phénomène (Kazdin, 2001). Le suicide est maintenant décrit comme un malaise multidimensionnel résultant d'une interaction entre plusieurs facteurs (OMS, 2002). La *suicidologie*, c'est-à-dire l'étude du suicide et de sa prévention, regroupe ainsi des disciplines variées qui tentent de saisir la complexité de ce phénomène. Divers grands modèles théoriques contemporains, qui se recoupent parfois et dont l'ampleur est difficile à établir en quelques lignes, ont tenté d'amener des explications au suicide. Les modèles théologiques, philosophiques, sociologiques, biologiques et psychiatriques seront d'abord présentés, avant d'exposer les théories de nature psychologique.

Les grandes religions de l'histoire condamnent universellement la pratique du meurtre et du suicide. La position chrétienne, par exemple, est assez intransigeante à ce sujet en désapprouvant sans exception la mort volontaire. À la fin du Moyen-Âge, Saint Thomas clamait que le suicide est un crime contre la nature et l'instinct de vie, contre la société et surtout contre Dieu. Cette vision n'a pas véritablement changé, bien qu'elle se soit adoucie au fil du temps. Récemment, dans son encyclique *Evangelium vitae* publié en 1995, le Pape Jean-Paul II reprend les arguments théologiques traditionnels pour condamner le suicide ainsi que le suicide assisté dans leurs formes objectives, mais reconnaît toutefois que des forces psychologiques, sociales et culturelles peuvent pousser un individu à commettre cet acte (Mishara & Tousignant, 2004). Aujourd'hui, diverses études considèrent que la spiritualité, sans être liée nécessairement à l'appartenance à une religion, est un facteur de protection au suicide.

D'un point de vue philosophique, plusieurs penseurs depuis l'Antiquité grecque et romaine ont tenté d'expliquer le phénomène du suicide. Celui-ci était alors associé au

mépris de la vie, à la fuite des maux associés au grand âge, à la défense de la chasteté, à la perte d'un objet d'amour, à la dévotion à la patrie et à un acte de courage en temps de guerre. Les existentialistes du XX^e siècle tels que Camus, Kierkegaard, Sartre, Heidegger et Jaspers ont accordé une place importante au suicide dans leurs oeuvres. Dans *Le mythe de Sisyphe* paru en 1942, Camus considérait ce problème philosophique comme étant le plus sérieux et le rattachait à l'absurdité et au non sens de l'existence humaine. Ces philosophes, somme toute, ont été des fervents de la vie. En effet, comme le mentionne Nietzsche dans l'*amor fati*, même l'absence de signification ne justifie pas la solution du suicide (Mishara & Tousignant, 2004).

Ce n'est que récemment que le suicide a été étudié d'un point de vue scientifique. Le modèle sociologique des conduites suicidaires a été marqué par la pensée de Durkheim, précurseur d'une approche empirique. Dans son classique *Le suicide* paru en 1897, il affirme que le suicide est essentiellement déterminé par des causes sociales. Pour ce sociologue, il s'explique par une force collective nommée « courant suicidogène » qui est fonction de chaque société et peuple. À partir des concepts d'intégration et de réglementation, il classifie les suicides dans les sociétés selon quatre types : altruiste, égoïste, anémique et fataliste (Durkheim, 1897 ; 1990). Dans le sillon de Durkheim, Halbwachs publie en 1930 un volumineux ouvrage dénommé *Les causes du suicide*, à l'intérieur duquel il rattache le suicide à l'isolement moral du groupe d'appartenance et à l'aggravation des maladies mentales dans une civilisation complexe. En 1967, dans un courant plus phénoménologique, Douglas (1967) s'intéresse aux significations sociales du suicide. En continuité avec celui-ci, Baechler (1975) étudie le suicide à partir de 127

courtes histoires. Il définit le suicide comme « une réponse à un problème » et le subdivise, à l'instar de Durkheim, essentiellement en quatre types : escapiste, agressif, oblatif et ludique. En outre, la sociologie oriente ses recherches vers certains facteurs macrosociaux, telles les variations économiques et politiques, l'intégration dans la société, les contraintes du marché du travail, le faible revenu, l'âge, le sexe, etc. (Mishara & Tousignant, 2004).

Le modèle biologique soutient que les facteurs génétiques ou neurobiologiques jouent un rôle central pour expliquer le suicide. Ainsi, les individus d'une même famille avec une histoire de conduites suicidaires, auraient une plus grande prédisposition à ces conduites en raison de leur bagage génétique. Parmi d'importants travaux dans ce domaine, on note l'article de Roy nommé *Family History of Suicide* publié en 1983. Il trouve dans un échantillon de 243 patients ayant une histoire de suicide dans la famille, qu'un peu moins de la moitié (48,6 %) avaient fait une tentative de suicide. Une des découvertes majeures dans ce modèle est survenue suite à la parution de l'article intitulé *5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid : A Biochemical Predictor* de Asberg, Traskman et Thoren en 1976. Leur recherche démontre qu'avec des individus déprimés un abaissement significatif du 5-HIAA (5-hydroxyindolacétique, principal métabolite de la sérotonine) dans le liquide céphalorachidien (LCR) est corrélé avec des antécédents de conduites suicidaires. Cette découverte a donné lieu à plusieurs études qui ont mis en évidence ce bas niveau de 5-HIAA dans le LCR auprès de patients décédés par suicide, des patients avec des antécédents de suicide et dans la prédiction de conduites

suicidaires futures (Institut national de la santé et de la recherche médicale ; INSERM, 2005).

Dans le même ordre d'idées, le modèle médical et psychiatrique cherche à expliquer le suicide sur la base d'un trouble psychiatrique (American Psychiatric Association, 1994). En effet, les chercheurs s'entendent pour dire que dans 90 % des cas, les individus morts par suicide avaient un trouble psychiatrique inclus selon le *Diagnostic Statistical Manual, version IV*; les troubles de l'humeur étant ceux les plus souvent associés aux conduites suicidaires (Moscicki, 1999). En effet, près de 70 % des individus ayant fait une tentative de suicide dans les douze derniers mois présentent un épisode dépressif (Boyer et al, 2007). Parmi les autres troubles psychiatriques souvent associés au suicide, on retrouve la schizophrénie, l'alcoolisme et le trouble de la personnalité limite.

Les théories psychologiques des conduites suicidaires

Le modèle psychanalytique est le premier courant à avoir élaboré une théorie psychologique sur les conduites suicidaires. En 1910, plusieurs psychanalystes comme Stekel, Adler, Jung, Oppenheim et Freud se sont réunis pour la première fois à Vienne autour de cette question. Dans *Deuil et Mélancolie*, Freud (1917 ; 1968) conçoit le suicide comme une hostilité dirigée envers un objet aimé, mais qui est retournée contre soi-même. Sa vision psychanalytique du suicide découle d'une théorie appliquée aux individus mélancoliques ou dépressifs. Il revient aux psychanalystes tels Zilboorg et Menninger de compléter la théorie de Freud. Dans les années 1930, Zilboorg (1936) anticipe le courant médical en montrant que la théorie de Freud appliquée aux

mélancoliques ne s'applique pas nécessairement à d'autres diagnostics (il le rattache notamment à ce que l'on appelle aujourd'hui le trouble de la personnalité limite). Il s'intéressait à la personnalité ou aux types d'individus qui font des suicides. Pour sa part, Menninger (1938) démontre dans son livre *Man Against Himself* que trois motivations inconscientes et destructrices sont réunies dans le suicide : le désir de tuer, le désir d'être tué et le désir de mourir. Bien que d'autres auteurs aient marqué cette approche (e.g., Kohut, Hendin, Rader, Fenichel) et que diverses explications au suicide aient été formulées (e.g., un désir de renaître, un appel à l'aide, une fusion avec l'autre, un instinct de mort, une vengeance, une réunion avec l'être cher), l'hypothèse de l'agressivité retournée contre soi est néanmoins celle qui est la plus généralement admise dans le domaine de l'intervention (Ellis, 2001).

Shneidman est le père de la suicidologie moderne (Maris, 1993). Dans son livre *On The Nature of Suicide* publié en 1969, il soutient que le suicide n'est pas seulement un « meurtre à 180 degrés », mais que différents états affectifs, autres que l'agressivité, sont aussi présents dans le suicide comme le désespoir, l'impuissance, la dépendance, l'absence d'affects, etc. Le suicide ne semble pas seulement associé à une force inconsciente mais aussi à une erreur de logique (Shneidman, 1969). Dans *Definition of Suicide*, paru en 1985, Shneidman a proposé une vision nouvelle en s'intéressant aux caractéristiques psychologiques communes (ou facteurs de risque communs) des individus décédés par suicide. Il affirme que le stimulus présent dans tous les cas (ou du moins 95 % d'entre eux) est un état affectif appelé « psymal » (*psychache*), c'est-à-dire une *souffrance psychologique* ou mentale caractérisée par une prise de conscience

d'émotions douloureuses telles la honte, la colère, la culpabilité, la solitude et l'anxiété (Shneidman, 1985, 1999). Les autres variables associées au suicide convergeraient toutes vers le psymal pour mener aux conduites suicidaires (Shneidman, 1993). D'autres théories psychologiques ont aussi associé de près ou de loin le concept de souffrance psychologique aux conduites suicidaires comme celles de Murray (1938), de Frankl (1963), de Kral (1994) et de Leenaars (1996).

Parallèlement à ces avancées, la psychologie expérimentale commence vers les années 1960 à appliquer les théories de l'apprentissage pour expliquer les conduites humaines. Kelly, un pionnier de l'approche cognitive, élabore une théorie à partir de construits personnels. Son axiome fondamental : les expériences, les pensées, les sentiments et les comportements d'un individu sont canalisés par la façon dont il anticipe les événements. Ainsi, le suicide résulte de la signification qu'un individu se fait du monde extérieur et de ses attentes (ou anticipations) à propos d'événements survenant dans sa vie (Kelly, 1961, 1955 ; cité dans Leenaars, 1988).

À la même époque, le psychiatre Beck, un des principaux instigateurs de l'approche cognitive et comportementale, élabore son modèle cognitif dans le traitement de la dépression. Il propose une approche novatrice dans son livre classique *Cognitive Therapy of Depression* publié en 1979, et s'intéresse essentiellement aux pensées automatiques et aux distorsions cognitives caractéristiques de ce trouble. À partir de sa pratique avec des individus dépressifs et suicidaires, Beck avance que c'est le désespoir, c'est-à-dire un pessimisme à propos de l'avenir, qui mènerait au suicide (Beck, 1964). Il développe le *Beck Hopelessness Scale* (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) et

montre que le désespoir est un meilleur corrélat des idées suicidaires et des tentatives de suicide que la dépression (Beck, Kovacs & Weissman, 1975). L'investigation de l'hypothèse du suicide « par désespoir » a été une des avenues parmi les plus intéressantes et les plus potentiellement valables pour ce suicidologue (Beck, 2005).

Présentation de la thèse

Même si différents modèles théoriques actuels peuvent expliquer les conduites suicidaires, c'est l'approche psychologique qui rend le plus adéquatement compte du phénomène suicidaire selon Shneidman (1999). En effet, il nous faut d'abord saisir l'état d'esprit d'un individu, ses états psychologiques, pour mieux prévenir le suicide. Au sein des théories psychologiques, Shneidman a certainement offert une importante contribution. C'est pourquoi cette théorie est traitée dans cette thèse.

L'apport principal de ce chercheur et clinicien est d'avoir établi que le suicide est surtout associé au psymal. Cependant, bien qu'il soit un pionnier en prévention du suicide dans le monde et que son influence soit aussi palpable à l'intérieur des centres de prévention du suicide au Québec, il demeure méconnu, particulièrement dans la communauté francophone. Aussi, peu de recherches ont testé empiriquement le concept de psymal en relation avec d'autres construits déjà établis dans l'étude du suicide (Berlim et al., 2003). Parmi ces construits figure assurément le désespoir, qui représente un des meilleurs, sinon le meilleur prédicteur aux conduites suicidaires du XX^e siècle (Holden, 1994). Le désespoir est par surcroît à l'avant-scène d'une autre grande théorie psychologique contemporaine sur le suicide, soit celle de Beck.

Cette thèse cherche à répondre à deux grands objectifs. D'abord, approfondir, expliciter et rendre plus accessible à la communauté francophone la théorie, l'approche psychothérapeutique et l'ensemble des recherches reliées à la contribution de Shneidman. Ensuite, amener un soutien empirique au concept de psymal et confronter la valeur explicative de ce concept à celle du désespoir de la théorie d'Aaron T. Beck. Elle comprend deux articles. Un premier article intitulé « À propos de la souffrance et du suicide : La théorie d'Edwin S. Shneidman » vise à présenter l'apport théorique et pratique de ce suicidologue à un public francophone. Il recense aussi quelques recherches et fait une brève synthèse critique de sa conception des conduites suicidaires. Un deuxième article nommé « Psychache or hopelessness in the prediction of suicidal behaviours? » consiste à mettre à l'épreuve le concept de psymal de Shneidman, en comparaison à la théorie de Beck avec le désespoir et la dépression. L'échantillon est composé de 615 jeunes adultes universitaires âgés de 18 à 30 ans. À la toute fin, une discussion générale permettra de faire le lien entre les deux auteurs et de souligner l'apport et les limites de cette thèse.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Asberg, M., Traskman, L., & Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid : A biochemical predictor. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 1193-1197.
- Baechler, J. (1975). *Les suicides*. France : Calmann-Lévy.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression : Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, *10*, 561-571.
- Beck, A. T. (2005). La thérapie cognitive de la dépression : Histoire d'une découverte. Dans C. Mayer, M. Borch-Jacobsen, J. Cottraux, D. Pleux, & J. Van Rillaer. *Le livre noir de la psychanalyse : Vivre, penser et aller mieux sans Freud* (pp. 872-896). France : Collection fait et cause.
- Beck, A. T, Herman, I., & Schuyler, D. (1974). Development of Suicidal Intent Scales. Dans A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. Lettieri (Éds), *The Prediction of Suicide* (pp. 45-56). Maryland : Charles Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behaviour : An overview. *Journal of the American Medical Association*, *234*, 1146-1149.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New-York : Guilford.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L., (1974). The measurement of pessimism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 861-865.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, P. A., Wingate, L. R., & Joiner, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*, 8-17.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis : A worldwide perspective. *World Psychiatry*, *1*, 181-186.
- Boyer, R., Lesage, A., Kairouz, S., Nadeau, L., & Perreault, M. (2007, mai). *L'état de santé mentale des Québécois et leurs besoins de services : Des données essentielles à la mise en œuvre du PASM*. Communication présentée dans le cadre du 2^{ième} Journées bi-annuelles de santé mentale (JBASM). Montréal, Canada.

- Boyer, R., St-Laurent, D., Prévaille, M., Légaré, G., Massé, R., & Poulin, C. (2000). Idées suicidaires et parasuicides. Dans *Santé Québec : Et la santé ça va en 1998? Rapport de l'enquête sociale et de santé* (pp. 355-367). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec.
- Breton, J. J. (2004). Les indicateurs en prévention du suicide. Proposition d'un cadre conceptuel pour le XXI^e siècle. Dans F. Chagnon et B.L. Mishara (Éds), *Évaluation de programmes en prévention du suicide* (pp. 41-63). Ste-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe*. Paris : Gallimard.
- Douglas, J. D. (1967). *The social meaning of suicide*. New-Jersey : Princeton University Press.
- Durkheim, E. (1897; 1990). *Le suicide : Étude de sociologie* (5e éd.). Paris : Presses Universitaires de France (Texte original publié en 1897).
- Ellis, T. E. (1988). Classification of suicidal behavior : A review and step toward integration. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18, 358-371.
- Ellis, T. E. (2001). Psychotherapy with suicidal patients. Dans D. Lester (Éd.), *Suicide Prevention : Resources for the Millennium* (pp. 129-151). Series in death, dying, and bereavement. États-Unis : Taylor & Francis.
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning : An introduction to logotherapy*. New-York : Pocket Books.
- Freud, S. (1917; 1968). Deuil et mélancolie. Dans J. Laplanche et J.-B. Pontalis (Éds & Trad.), *Métapsychologie* (pp. 147-174). Paris : Gallimard (Texte original publié en 1917).
- Halbwachs, M. (1930; 2002). *Les causes du suicide*. Collection Le lien social : Presses Universitaires de France.
- Holden, R. R. (1994). Hopelessness. Dans R. Corsini (Éd.), *Encyclopedia of psychology, Vol. 3* (2e éd.; pp. 429-430). New-York : Wiley.
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2005). *Suicide-Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Synthèse*. Paris : Les éditions INSERM.
- Kazdin, A. E. (2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 59-66.

- Kral., M. J. (1994). Suicide as social logic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 245-255.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London : John Wiley.
- Leenaars, A. A. (1988). *Suicide notes : Predictive clues and patterns*. New-York : Human Sciences Press.
- Leenaars, A. A. (1996). Suicide : A multidimensional malaise. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 221-236.
- Maris, R. W. (1992). Introduction. Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yuffit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 1-17). New-York : Guilford.
- Maris, R. W. (1993). The evolution of suicidology. Dans A. A. Leenaars (Éd.), *Suicidology : Essays in honor of Edwin S. Shneidman* (pp. 2-21). Northvale, New Jersey, London : Jason Aronson, Inc.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New-York : Hartcourt, Brace and Com.
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Québec. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Moscicki, E. K. (1999). Epidemiology of Suicide. Dans D. G. Jacobs (Éd.), *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention* (pp. 40-51). San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New-York : Oxford University Press.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel : A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs : Résumé*. Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2004). *Rapport sur la santé dans le monde. Changer le cours de l'histoire*. Genève.

- Pokorny, A. D. (1974). A scheme for classifying suicidal behaviours. Dans A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. Lettieri (Éds), *The prediction of suicide* (pp. 29-44). Maryland : Charles Press.
- Roy, A. (1983). Family history of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 40, 971-974.
- Shneidman, E. S. (1968). Classification of suicidal phenomena. *Bulletin of Suicidology*, 2, 1-9.
- Shneidman, E. S. (1969). *On the nature of suicide*. San Francisco : Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New-York : Wiley.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.
- Shneidman, E. S. (1999). *Le tempérament suicidaire : Risques, souffrances et thérapies*. Bruxelles : De Boeck et Berlin.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. W. (2007). Rebuilding the Tower of Babel : A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviours Part 1 : Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 248-263.
- Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M.-J., & O'Carroll, P. W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (Suppl.), 49-59.
- Stengel, E. (1964). *Suicide and attempted suicide*. Baltimore, M.D. : Penguin Books.
- Stewart, P. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : Que savons-nous de la situation récente?* Québec : Institut national de santé publique au Québec.
- Zilboorg, G. (1936). Differential diagnostic types of suicide. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 35, 270-291.

CHAPITRE 2
À PROPOS DE LA SOUFFRANCE ET DU SUICIDE :
LA THÉORIE D'EDWIN S. SHNEIDMAN
(ARTICLE 1)

En tête : LE PSYMAL ET LA THÉORIE DE SHNEIDMAN

À propos de la souffrance et du suicide :

La théorie d'Edwin S. Shneidman

Frédéric Dionne

Université du Québec à Trois-Rivières

Réal Labelle

Université du Québec à Montréal

Manuscrit publié dans la

Revue Québécoise de Psychologie

(Voir normes en Appendice A)

À PROPOS DE LA SOUFFRANCE ET DU SUICIDE : LA THÉORIE D'EDWIN S. SHNEIDMAN

Résumé

Cet article traite du suicide dans sa relation avec la souffrance psychologique en l'abordant selon la perspective d'Edwin S. Shneidman, psychologue de renom qui a beaucoup apporté à ce domaine. L'article présente d'abord l'homme et sa théorie, pour ensuite résumer l'essentiel de sa psychothérapie, centrée sur l'apaisement de la souffrance psychologique des individus suicidaires.

Mots clés : souffrance, suicide, théorie, psychothérapie, recherche, Shneidman

ABOUT PSYCHOLOGICAL PAIN AND SUICIDE : THE THEORY OF EDWIN S. SHNEIDMAN

Abstract

This article deals with suicide and its relationship to psychological pain, with a focus on the viewpoint of Edwin S. Shneidman, a renowned psychologist who made a remarkable contribution in this field. This article first presents Shneidman and his theory. It then summarizes his psychotherapy with suicidal patients, which focuses on the relief of psychological pain (anodyne therapy).

Key words : pain, suicide, theory, psychotherapy, research, Shneidman

À PROPOS DE LA SOUFFRANCE ET DU SUICIDE :

LA THÉORIE D'EDWIN S. SHNEIDMAN¹

« L'ennemi de la vie est la douleur. »
(Shneidman, 1999a, p.124)

INTRODUCTION

Pourquoi présenter un article sur Edwin S. Shneidman, professeur émérite de thanatologie de l'Université de Californie à Los Angeles (*UCLA*)? Pour la simple et bonne raison que cet éminent psychologue offre une contribution d'une qualité exceptionnelle au savoir portant sur la souffrance psychologique. En effet, Shneidman propose une théorie sur le suicide dont la clef de voûte est la souffrance psychologique et il présente une méthode thérapeutique centrée sur l'apaisement de cette souffrance. Le présent texte expose une brève synthèse de la théorie de Shneidman dans le but d'aider le lecteur francophone à mieux comprendre, évaluer et appliquer cette théorie. En plus de l'introduction et de la conclusion, ce texte se divise en quatre parties : l'homme, la théorie, la psychothérapie et la recherche.

¹ Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C. P. 500, Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7 Courriel : frederick_dionne@uqtr.ca

L'HOMME

Edwin S. Shneidman (né en 1918) Ph.D., est considéré comme le père de la suicidologie moderne et représente une des personnes, sinon la personne, qui a le plus contribué à l'étude et à la prévention du suicide aux États-Unis au cours du dernier demi-siècle (Maris, 1993). Élève et ami du célèbre professeur Henry A. Murray², Shneidman ne cache pas l'influence que ce dernier exerça sur sa vie et sa théorie (Shneidman, 1991). Shneidman mène des études brillantes en psychologie à l'UCLA et obtient son doctorat en 1948 à l'Université de la Caroline du Sud. Une année plus tard, alors qu'il travaille comme psychologue à l'Hôpital des Anciens Combattants de Los Angeles, il découvre par hasard des centaines de notes de suicidés. Il photocopie ces notes et les compare plus tard « en aveugle » avec des notes de suicide rédigées par des personnes non suicidaires. Ce point tournant donnera par la suite naissance à une série de travaux novateurs dans le domaine du suicide, notamment son premier ouvrage intitulé *Clues to Suicide* (Shneidman et Farberow, 1957).

C'est à Chicago que naît en 1968 l'Association américaine de suicidologie dirigée par Shneidman et Farberow. Parallèlement, en 1969,

² Henry A. Murray (1893-1988) — M.D. et Ph.D. — est un psychanalyste américain reconnu pour avoir élaboré une théorie de la personnalité basée sur les besoins psychologiques et pour avoir développé le *Thematic Apperception Test* (TAT). Edwin S. Shneidman a travaillé avec lui à Harvard.

un Centre d'études sur le suicide est créé au sein du *National Institute of Mental Health*. Shneidman le dirigera plusieurs années. Il sera ensuite le fondateur et l'éditeur de plusieurs journaux scientifiques comme le *Bulletin of Suicidology* et *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Actuellement, on compte plus de 170 livres, chapitres et articles publiés par Shneidman traitant la question du suicide. Il existe un seul ouvrage en langue française de Shneidman (1999a), *Le tempérament suicidaire : Risques, souffrances et thérapies*.

LA THÉORIE

Shneidman (1999a) est d'avis que le suicide est essentiellement un phénomène psychologique. Bien que le suicide comporte de multiples facettes (sociologiques, philosophiques, sociales, théologiques, neurochimiques, biologiques, statistiques, etc.), c'est l'état d'esprit de l'individu suicidaire qui nous rapproche le plus de la compréhension de ce phénomène. En bref, l'apport central de Shneidman sera de dire que presque tous les suicides sont causés par une seule et même chose : une souffrance psychologique insupportable (1993a; 1999a). Devant cette souffrance intolérable, la recherche active de la mort devient la façon d'interrompre le flux incessant d'une expérience consciente trop douloureuse.

La souffrance psychologique, appelée le « psymal » (*psychache*), n'est pas le seul élément dans l'équation du suicide. Il faut aussi une *pression négative*, une *perturbation psychologique* marquée et l'*idée du suicide comme solution* à ses problèmes. Pour Shneidman, c'est à partir de ces quatre éléments que l'on peut comprendre la majorité des suicides. Le modèle cubique ou tridimensionnel qu'il propose (1987; 1989; 1992) est une synthèse théorique de sa conception du phénomène suicidaire. Essentiellement, c'est à l'aide d'études de cas, de tests projectifs, de notes de suicidés et d'autopsies psychologiques que Shneidman a développé sa vision de l'état d'esprit de l'individu suicidaire.

En se référant à la Figure 1, on peut voir que, selon Shneidman, le suicide se produit lorsque le psymal, la pression négative ainsi que la perturbation sont à leur niveau maximum (5-5-5) et lorsque le suicide devient une option disponible pour résoudre les problèmes d'un individu. Au cours des paragraphes qui suivent, chacun de ces quatre éléments sera expliqué.

Placer la Figure 1 environ ici

Le psymal

Le psymal (*psychache*) est le terme employé par Shneidman pour désigner la souffrance psychologique insupportable qui est présente dans

presque tous les cas de suicide. Ce concept est la pierre angulaire de sa théorie. Les gens ne se suicident jamais de joie ou d'exaltation. Ils se tuent plutôt parce qu'ils sont malheureux et qu'ils souffrent (Shneidman, 1999a).

Shneidman définit le psymal comme étant :

« [...] la douleur, l'angoisse, le regret, la souffrance, la misère qui torturent l'esprit. C'est la souffrance intensément ressentie de la honte, de la culpabilité, de l'humiliation, de la solitude, de la perte, de la tristesse, de la terreur de vieillir ou de mal mourir [...]. » (Shneidman, 1999a, p. 157).

Dit en d'autres mots, le psymal est l'expérience introspective d'affects déplaisants. C'est une « métadouleur » (*metapain*) (Shneidman, 1989), une douleur métapsychologique (Shneidman, 1991), une douleur sur une douleur, un mal d'avoir mal.

Mais comment opère cette souffrance? En fait, la souffrance psychologique qui amène un individu à vouloir s'enlever la vie naît de la prise de conscience de sa propre perturbation interne et de la perception selon laquelle cette souffrance est insoutenable, intolérable et inacceptable. Les deux premiers termes (insoutenable et intolérable) font référence à l'évaluation, par un individu, de son propre niveau de souffrance et de sa capacité à supporter cette souffrance (« je ne peux plus endurer cette souffrance »). Le seuil de tolérance à la souffrance d'un individu est donc d'une importance capitale pour comprendre et prévenir le suicide. Le troisième terme (inacceptable) se rapporte au fait qu'il y a une détermination individuelle à ne pas vouloir endurer la souffrance (« je ne

veux plus endurer cette souffrance »; « je n'ai pas à tolérer cette souffrance »). La souffrance ne cadre alors plus avec l'image et l'idéal de l'individu (Shneidman, 1999a). Les individus suicidaires auraient le sentiment d'une douleur unique, spéciale, différente voire même plus importante que les autres, ce qui la rendrait plus difficile à supporter (Shneidman, 1999a; 2004b).

Du point de vue de Shneidman (1993a; 1999a), tous les autres construits ou variables qui ont été jusqu'à maintenant étudiés et mis en relation avec le suicide (l'agressivité, l'absence d'affects, le désespoir, la dépression, la pauvreté, l'isolement social) ne sont pertinents que dans leur relation avec le psymal. Il en est de même pour la douleur physique, que Shneidman (1999a) distingue d'ailleurs de la douleur psychologique (ou souffrance psychologique), qui n'explique le suicide que si cette dernière est prédominante. Le psymal serait donc la variable la plus proche du suicide, sa cause ultime.

La pression négative

La pression (*press*) est le mot employé pour désigner les événements réels ou imaginés qui influencent l'individu dans sa vie (Shneidman, 1989). C'est l'effet que produit un stresseur interne ou externe sur l'individu et la façon dont ce dernier incorpore et interprète l'événement auquel il fait face (Shneidman, 1992). Shneidman a emprunté cette notion de pression à la terminologie de Murray (1938).

Pour Shneidman (1993b), la souffrance psychologique qui engendre le suicide est intrinsèquement reliée à la frustration de besoins psychologiques. Chaque individu cherche à satisfaire toute une gamme de besoins psychologiques (et physiques) pour se maintenir en vie et apaiser son organisme. La pression qu'engendre un objet pour une personne est en relation avec les besoins psychologiques de cette personne, besoins qui façonnent sa personnalité, déterminent son comportement et organisent sa perception. La pression ou le *stresseur* peut se situer sur un continuum allant de positif (ex : mariage, nouvel emploi) à négatif (ex : rupture amoureuse, perte d'emploi). Lorsque des besoins psychologiques sont frustrés à la suite d'un événement ou d'un traumatisme (pression négative), cela crée une souffrance psychologique pouvant parfois mener jusqu'au suicide. Pour Shneidman (1999a), la souffrance psychologique est donc amorcée, maintenue et alimentée par la frustration, la contrariété et la non-satisfaction de ces besoins.

De plus, ces besoins psychologiques doivent être perçus comme étant vitaux aux yeux de l'individu pour qu'ils puissent entraîner un suicide (Shneidman, 1998; 1999a). Chaque individu poursuit deux types de besoins : des besoins plus ordinaires (ou modaux) qui régissent le quotidien et des besoins jugés plus importants (ou vitaux), pour lesquels l'individu serait prêt à mourir dans un moment de détresse intense et de contrariété. Or, au moment d'une crise suicidaire, lorsque la souffrance et la perturbation sont à leur maximum, l'attention de l'individu demeure fixée

sur certains besoins vitaux qui sont alors évalués, à ce moment, comme étant essentiels et indispensables pour continuer à vivre. Ces besoins prennent une ampleur disproportionnée dans la vie de l'individu, s'accompagnant d'une douleur, d'une perception d'échec, d'emprisonnement et d'urgence (Shneidman, 1999a) que seul le suicide semble alors pouvoir apaiser.

Précisons que la souffrance psychologique qui amène l'individu à vouloir se suicider, découle d'événements qui produisent une pression négative dans le présent, mais provient aussi de l'histoire passée des besoins psychologiques insatisfaits de l'individu. Ainsi, chaque personne posséderait une certaine vulnérabilité par rapport à ses propres besoins en fonction de son histoire personnelle antérieure. Mentionnons également que le suicide est un phénomène interpersonnel, en ce sens qu'il implique au moins deux personnes (ex. parent-enfant, époux-épouse) (Shneidman, 1989). C'est dans ce contexte que Leenaars (1988; 1996) disait que le suicide était porteur d'une lourde « souffrance interpersonnelle » qui émane, la plupart du temps, d'un passé relationnel difficile relié à l'attachement.

Enfin, pour mieux comprendre le suicide, Shneidman (1980a) se sert de la classification des besoins psychologiques de Murray (1938). Celle-ci comprend une vingtaine de besoins psychologiques qui sous-tendent les comportements humains. Parmi eux, Shneidman (1998) en identifie huit

qui sont souvent impliqués dans le suicide : les besoins 1) d'affiliation, 2) de contre-attaque, 3) de défense, 4) d'intégrité, 5) d'évitement de la honte, 6) de réconfort (être aimé et compris), 7) d'ordre et, 8) de compréhension.

Une perturbation psychologique marquée

Le niveau de perturbation d'un individu constitue un autre élément indispensable dans le modèle de Shneidman. La perturbation se rapporte ici au fait d'être agité, tendu ou troublé. Shneidman (1993b) indique que ce concept peut contenir tous les aspects de la nomenclature psychiatrique des DSMs (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*). Il emploie le terme « perturbation », car ce dernier se retrouve dans le dictionnaire conventionnel et est donc accessible à tous. Dans son modèle tridimensionnel, Shneidman (1992) inclut deux sous-composantes à la perturbation : la *constriction perceptuelle* et le *penchant pour l'action précipitée*.

En ce qui concerne le phénomène de la constriction, il le définit comme la réduction de la qualité de la perception de l'individu autant sur le plan cognitif qu'affectif (Shneidman, 1999a). À un certain moment, lorsque la perturbation et la souffrance sont trop élevées, l'individu atteint ce mode de raisonnement inhabituel où il n'est plus en mesure d'aborder son problème et de générer de nouvelles solutions à celui-ci. Autrement dit, intoxiqué par ses émotions, il ne peut plus produire d'*insight* (Shneidman, 2004a). L'individu adopte alors une « vision en tunnel » de l'attention, un

mode de pensée dichotomique ou en tout ou rien (« Le suicide est *la seule* solution »). L'individu est alors exclusivement centré sur sa souffrance et sur son problème. Le passé n'existe plus et le futur est impossible. Les options diminuent jusqu'au point où l'individu ne voit plus que la mort pour solutionner son problème et mettre fin à son mal intérieur. Pour Shneidman, le suicide ne représente pas tant les contrecoups de forces inconscientes, mais plutôt le résultat d'une erreur de logique dans un moment où l'individu se trouve envahi par un trop plein d'émotions.

En ce qui a trait à la tendance à agir de manière précipitée face à une situation, Shneidman (1992) l'associe notamment à la notion d'impulsivité. Cette dernière reflète une tendance à vouloir en finir rapidement avec les choses, une faible tolérance à la frustration, à l'ambiguïté ou à la souffrance psychologique. Ce penchant pour l'action précipitée renferme aussi l'idée que l'individu suicidaire adopte une tendance hostile à son propre égard (*inimical tendencies*) (par l'abnégation de soi, les auto-accusations) et qu'il agit à l'encontre de ses propres intérêts (comportements de mise en échec). Ces tendances autodestructrices feraient partie du style de vie de l'individu suicidaire et se répéteraient dans le temps.

L'idée du suicide comme une solution

Enfin, le suicide n'est possible que si l'idée du suicide figure dans le répertoire des comportements d'un individu. Mais comment expliquer que

l'idée du suicide apparaisse dans la conscience d'un individu et que la mort puisse paraître préférable à la vie? D'abord, l'idée du suicide doit être préalablement propagée dans la société (Kral, 1994). Ensuite, pour Shneidman (1980b), l'option du suicide surgit essentiellement comme une stratégie de *coping*, comme « une réponse à un problème » (Baechler, 1975), comme un moyen de composer avec une situation intenable ou une souffrance psychologique extrême.

Pour Shneidman, l'acte suicidaire communique une intention aux autres. Dans la majorité des cas, l'individu suicidaire n'est pas certain à 100% de vouloir s'enlever la vie. En fait, il le veut et ne le veut pas en même temps. Il cherche plutôt à arrêter de souffrir. Il est ambivalent jusqu'à la toute dernière seconde et enverra des signaux verbaux et comportementaux aux gens de son entourage pour leur communiquer son intention (Shneidman, 1985; 1999a). Il a le désir profond d'être secouru. Cela milite en faveur de la psychothérapie.

LA PSYCHOTHÉRAPIE

Les implications du modèle cubique de Shneidman présenté à la Figure 1 sont assez évidentes en ce qui concerne sa manière d'intervenir avec des individus hautement suicidaires. Le but du thérapeute, selon lui, est de ramener d'un point vers le bas l'une des trois composantes (psymal, pression et perturbation) du modèle explicatif du suicide (ex : de 5-5-5 à 4-

5-5). Ces composantes sont toutes interreliées de sorte qu'agir sur une dimension aura un effet direct sur les autres. Étant donné que, pour Shneidman, la variable la plus centrale au suicide est le psymal, l'essentiel de sa psychothérapie repose sur l'apaisement de la souffrance psychologique du patient. À cet effet, Shneidman appelle son approche la « thérapie calmante » (*anodyne therapy*) pour illustrer le rôle du thérapeute qui agit comme un « calmant », pour soulager la douleur de son patient (1999a; 2004a).

Étant donné que le psymal est alimenté par la frustration de certains besoins psychologiques, la thérapie devra correspondre aux besoins saillants à l'origine de l'acte suicidaire. Le travail du thérapeute consiste alors, dès le départ, à évaluer quels besoins vitaux ont été frustrés ou non satisfaits chez l'individu. Voici, sous forme de stratégies d'intervention, un résumé des éléments centraux de la psychothérapie de Shneidman.

Établir un transfert positif

Les notions de transfert et de contre-transfert sont très importantes dans l'intervention auprès d'individus suicidaires. Établir une bonne relation thérapeutique peut littéralement sauver des vies humaines (Shneidman, 1980b). Dans ce genre de relation, il faut accueillir l'individu souffrant de manière inconditionnelle et aborder son sentiment de souffrance directement : « Où souffrez-vous? » ou « Parlez-moi de votre douleur ». En intervention de crise suicidaire, le but premier pour

Shneidman (1980b; 1999a) est de garder la personne en vie et non de remédier au trouble psychologique. Dans ce cas précis, la relation doit être adaptée en fonction des besoins psychologiques qui ont été frustrés. Ainsi, advenant le cas où un individu tente de se suicider à la suite de la frustration de son besoin d'affiliation (perte d'une relation significative) et que son réseau social est carencé, une attitude aimante et plus amicale de la part du thérapeute serait alors « prescrite » en thérapie, pour combler le besoin d'affiliation. Le transfert et le contre-transfert deviennent donc des agents « calmants », apaisants, et ils doivent être adaptés aux besoins de l'individu suicidaire. Par son attitude, le thérapeute doit transmettre de l'espoir à son patient.

Impliquer une personne significative

L'intervention avec des individus suicidaires ne peut reposer exclusivement sur la relation entre le thérapeute et le patient. Shneidman (1993b) conseille d'impliquer une personne significative dans le traitement, créant ainsi de l'activité et du soutien autour de l'individu suicidaire. Les actions dans l'environnement social impliquant la personne suicidaire doivent aussi se faire en fonction des besoins que laisse entendre le patient. En plus des parents, des proches et des amis, impliquer une combinaison de consultants et de ressources communautaires dans l'intervention est aussi une action envisageable et significative qui devrait être entreprise, toujours en relation avec les besoins et désirs de l'individu (Shneidman, 1980b).

Enlever les œillères perceptuelles

L'individu en souffrance se trouve dans un état de constriction de la perception; il n'est plus en mesure d'aborder et générer des alternatives à sa situation, et le suicide apparaît comme la meilleure solution. La première tâche avec un individu suicidaire est de l'aider à trouver des solutions réalistes de remplacement (Shneidman, 1999a). Une technique privilégiée par Shneidman (1993b; 1999a) est de dresser avec le patient une liste des différentes possibilités ou solutions pour remédier au problème qui engendre la souffrance psychologique. Ces solutions peuvent ensuite être ordonnées en fonction de leur viabilité. Le but est d'amener l'individu à avoir deux ou trois options réalistes autres que le suicide comme solution première. L'idée du suicide peut être abordée dans la liste et être traitée avec une attitude de non-jugement de la part du thérapeute. Le simple fait d'élaborer cette liste et d'exprimer de la compassion aura un effet apaisant sur la personne (Shneidman, 1999a). Cette technique de résolution de problèmes agira sur le désespoir de l'individu. Le thérapeute doit alors montrer à son patient qu'il peut être aidé, que sa souffrance est traitable et qu'il y a d'autres options à son problème que le suicide.

Désamorcer la situation

Dans le même ordre d'idées, pour amenuiser la souffrance psychologique, l'événement créant une pression négative chez l'individu peut être ciblé. Souvent, cet événement est exagéré ou mal perçu. Il est

possible que l'individu surestime le problème auquel il fait face et que les besoins frustrés qui contribuent à créer une pression négative chez lui occupent une importance disproportionnée à ses yeux. Il s'agit dès lors de modifier ou de relativiser la perception que l'individu se fait des circonstances pour ainsi désamorcer et adoucir la situation (Shneidman, 1999a).

Redéfinir les limites du supportable

Le seuil de tolérance de l'individu est très important pour mieux prévenir le suicide. En effet, l'idée du suicide est présente lorsque la souffrance apparaît intolérable aux yeux de l'individu : « J'ai trop mal pour vivre », « Je ne peux plus endurer cette souffrance ». Dans ces cas, la tâche du thérapeute est de redéfinir les limites du supportable (Shneidman, 1999a). Il est possible que l'individu suicidaire sous-estime ses ressources personnelles pour faire face à sa souffrance et à son problème. Encore une fois, le thérapeute doit proposer des alternatives, relativiser les choses, aider le patient à avoir une perception plus juste de la réalité et miser sur ses ressources personnelles. À plus long terme, sur le plan de la psychothérapie, Shneidman (1999a) explique que les besoins doivent être réévalués et repriorisés. Ainsi, ces besoins autrefois jugés vitaux par l'individu, besoins si cruciaux qu'il était prêt à mourir à cause d'eux, doivent progressivement occuper une moins grande place dans sa vie.

Favoriser l'acceptation de la souffrance

Par ailleurs, pour qu'il y ait suicide, Shneidman (1999a) affirme que la souffrance doit être perçue comme étant inacceptable. Il y a un refus d'endurer la douleur, la rendant ainsi plus difficile à tolérer car associée à quelque chose d'avérsif. Il se peut aussi que l'individu suicidaire considère sa souffrance comme étant plus importante que celle des autres. En intervention, il s'agit de favoriser l'acceptation de la souffrance en normalisant l'expérience du patient, en lui mentionnant, par exemple, que la souffrance qu'il ressent est légitime selon la situation, et de discuter plutôt du moyen qu'il a pris pour agir sur cette souffrance. Il faut tenter de changer la relation de l'individu suicidaire à sa souffrance, faire voir la souffrance, par exemple, comme une partie intégrante et inévitable de la condition humaine : « Je souffre, donc je suis » (Shneidman, 2001, p. 7).

Dévoiler la fonction de l'idée suicidaire

Le thérapeute peut agir sur l'idée du suicide. En fait, le suicide en tant que fuite est, pour Shneidman, un élément que le thérapeute se doit de garder constamment à l'esprit au cours de l'intervention. La tâche du thérapeute est d'amener le patient à percevoir le suicide comme une stratégie d'adaptation et de révéler la fonction du geste. Prenant conscience que le suicide est fait essentiellement dans le but de cesser de souffrir, par exemple, aide le thérapeute et le patient à trouver d'autres manières de composer avec les aspects moroses et douloureux de la vie. La signification du geste n'apparaît pas toujours clairement aux yeux de

l'individu. À plus long terme, il peut être bénéfique de montrer à ce dernier comment ce moyen (le suicide comme un moyen d'éviter la souffrance) est un comportement qui revient sans cesse dans diverses situations de son histoire personnelle. Dévoiler que la tendance à capituler, à fuir, à évacuer le problème et à y échapper se répète constamment face à des situations de détresse ou de souffrance passées est important (Shneidman, 1999a).

Prendre conscience des tendances autodestructrices

Le plus extrême des comportements autodestructeurs est le suicide. Le thérapeute doit amener la personne suicidaire à développer de l'*insight* par rapport à ses tendances à agir contre ses propres intérêts. Ces tendances n'apparaissent pas toujours consciemment dans l'esprit de l'individu. Amener l'individu suicidaire à voir ses tendances autodestructrices peut aussi vouloir dire retourner dans le passé pour déceler les occasions où il s'est attiré des ennuis, s'est créé des ennemis et s'est mis dans des situations pénibles. Le but de la thérapie est de bien évaluer les comportements en question et de rendre ces tendances plus acceptables, moins extrêmes (Shneidman, 2004a).

En somme, bien que la conception de Shneidman s'inspire d'une approche psychodynamique, son modèle d'intervention n'adhère pas à une approche de psychothérapie précise (Ellis, 2001). En fait, il adopte une attitude fondamentalement humaniste qui s'apparente à celle de Rogers (1957). Sa conception du besoin dans la thérapie ressemble à

celle d'un gestaltiste. L'implication d'une autre personne dans le traitement d'un individu suicidaire ressemble à ce qu'un psychologue d'orientation systémique pourrait faire. Shneidman utilise enfin des techniques aux allures cognitivo-comportementales en mettant la résolution de problèmes au centre de son mode d'intervention et en agissant sur la perception (de la situation, du seuil de tolérance, des besoins psychologiques) de l'individu. En outre, les caractéristiques sous-jacentes à son rationnel thérapeutique sont 1) *l'insight*, 2) la modification des pensées et des comportements, 3) les changements dans l'environnement social, 4) la catharsis, 5) la « correction » d'expériences émotionnelles perturbantes (notamment par la régression), 6) la relation transférentielle et le re-parentage (*reparenting*). En se basant sur son expérience personnelle, Shneidman mentionne que son approche psychothérapeutique centrée sur l'apaisement du psymal (*anodyne therapy*) est efficace pour intervenir auprès d'individus hautement suicidaires.

LA RECHERCHE

Une recherche dans les bases de données *PsycINFO*, *Medline* et *Current Contents*, permet de constater qu'il y a un courant d'études qui va dans le sens de la théorie du père de la suicidologie. Ce courant montre notamment que les raisons les plus souvent évoquées par des individus ayant commis une tentative de suicide sont d'obtenir un soulagement émotionnel face à un état d'esprit douloureux et d'échapper à une situation

difficile (Bancroft, Hawton, Simkin, Kingston, Cumming et Whitwell, 1979; Bancroft, Skrimshire et Simkin, 1976; Hawton, Bancroft et Simkin, 1978; Holden et Kroner, 2003; Holden, Kerr, Mendonca et Velamoor, 1998; Kovacs, Beck et Weissman, 1975; Parker, 1981; Varadaraj, Mendonca et Rauchenberg, 1986).

Quelques autres recherches ont également été répertoriées sur le concept de la souffrance psychologique en lien avec le suicide. Les résultats sont prometteurs lorsque l'on vérifie plus directement la théorie de Shneidman (Kropf, 1990; Leenaars, 1988; Lester, 1994; 1991) ou le construit du psymal (Berlim, Mattevi, Pavanello, Caldieraro, Fleck, Wingate et Joiner, 2003; Dionne, Labelle, et Baillargeon, 2005; Holden, Mehta, Cunningham et McCleod, 2001; Orbach, Mikulincer, Gilboa-Schechtman et Sirota, 2003; Orbach, Mikulincer, Sirota et Gilboa-Schechtman, 2003).

Enfin, d'autres études recensées portent sur la mesure de la souffrance psychologique. Orbach, Mikulincer, Sirota et Gilboa-Schechtman (2003) ont entrepris d'opérationnaliser la souffrance psychologique et ont proposé une définition beaucoup plus exhaustive du phénomène de la souffrance psychologique que celle de Shneidman (1993a). En ce qui concerne la mesure, Shneidman (1999a; 1999b) a tenté d'élaborer un questionnaire pour mesurer le niveau de souffrance psychologique chez un individu. Toutefois, les instruments de Shneidman sont davantage des outils cliniques que des objets de recherche (Orbach,

2003) et ils ont l'inconvénient d'avoir peu d'appuis empiriques (Lester, 2000). De là, Orbach, Mikulincer, Sirota et Gilboa-Schechtman (2003) ont élaboré et validé un questionnaire en 44 items (avec neuf sous-échelles) sur la souffrance psychologique et ils travaillent actuellement à la conception d'un instrument attestant le seuil de tolérance à la souffrance d'un individu (Orbach, Mikulincer, Gilboa-Schechtman et Sirota, 2003). En outre, Holden, Mehta, Cunningham et McCleod (2001) ont élaboré et validé une échelle unidimensionnelle de 13 items sur le psymal (*The Psychache Scale*). Ce questionnaire, appelé « L'échelle du psymal », a été traduit et validé (Appendice B ; Appendice C) auprès d'une population francophone (Dionne, Labelle, Daigle et Baillargeon, 2004) et est donc disponible en français (Appendice D).

CONCLUSION

Il aurait été présomptueux de vouloir rendre compte en quelques lignes de l'oeuvre de Shneidman. Il semble toutefois intéressant de conclure en tentant une synthèse critique de sa pensée, et ce, en quatre temps³.

D'abord, tout au long de sa carrière, Shneidman adopte deux positions (l'une générale et l'autre spécifique) pour expliquer le suicide : celle de

³ Cette section s'inspire du présent texte et de celui de Hanus (2004).

l'acte surdéterminé par plusieurs facteurs et celle de l'acte psychologique intentionnel associé à une souffrance extrême. Dans le premier cas, il affirme que le suicide est un événement à multiples facettes et que des aspects biologiques, culturels, sociologiques, interpersonnels, intrapsychiques, logiques, conscients et inconscients, philosophiques sont présents, à des degrés variables, dans chaque acte suicidaire. Dans le second cas, il adopte une vision mentaliste en disant que chaque acte suicidaire est essentiellement un acte psychologique intentionnel qui se déroule dans l'esprit d'un individu. Sans souffrance psychologique, il n'y a pas de suicide. Cette souffrance psychologique est la ligne directrice de l'œuvre de Shneidman. Pour lui, elle est présente dans presque tous les cas de suicide. Ainsi, chaque suicide serait unique comme serait unique la personne qui le commet, mais tous les suicides auraient des éléments en commun.

Deuxièmement, Shneidman juge impératif de sortir de la psychothérapie classique, sortir de la neutralité et agir. Il importe d'aider la personne suicidaire à reconceptualiser ses positions et ses possibilités en s'efforçant de gagner du temps car la crise suicidaire est momentanée. De plus, il conseille de s'efforcer de redéfinir ce qui est tolérable pour essayer d'en rétrécir le champ en montrant au suicidaire qu'il a encore des possibilités inexplorées. En fait, les deux variables que les cliniciens se doivent d'abord de comprendre, d'évaluer et de cibler en thérapie sont le niveau de souffrance psychologique et le seuil de tolérance de cette

souffrance. Ainsi, l'orientation thérapeutique de Shneidman avec les individus suicidaires, sans égard à l'approche théorique, est celle qui vise à agir sur la souffrance psychologique, et ce, en explorant les frustrations associées aux besoins psychologiques non satisfaits.

En troisième lieu, Shneidman cherche à expliquer les conduites suicidaires essentiellement par la frustration de besoins psychologiques liés à l'attachement. Cette autre hypothèse fort intéressante suppose que les individus suicidaires soient carencés affectivement. Mais ce qui est encore plus intéressant, Hanus (2004) avance que cette carence affective peut être cumulative. Ainsi, une rupture de lien amènerait une première souffrance psychologique et chaque rupture subséquente deviendrait plus difficile à supporter car la répétition des échecs conduirait la personne qui les vit à les ressentir comme inéluctables et à aggraver le constat de son incapacité.

Enfin, Shneidman ouvre la voie à un champ de recherche très prometteur dans le domaine du suicide, c'est-à-dire étudier le suicide comme une difficulté d'autorégulation de l'affect, des émotions ou de l'humeur (Catanzaro, 2000; Vohs et Baumeister, 2000). Au niveau théorique, il serait intéressant d'examiner dans l'avenir comment certains modèles explicatifs, qui intègrent la théorie de Shneidman ou s'y apparentent, peuvent être vérifiés empiriquement. On pense ici particulièrement au modèle de la psychologie du soi et de la personnalité

de Baumeister (1990) et à celui issu de la psychothérapie cognitive de Rudd (2004).

Bref, l'influence de l'approche de Shneidman s'observe dans plusieurs organismes œuvrant à prévenir le suicide au Québec et en Amérique du Nord. Cependant, dans l'avenir, des recherches devront porter sur la validation empirique de son modèle théorique et psychothérapeutique.

RÉFÉRENCES

- Baechler, J. (1975). *Les suicides*. Paris : Calmann-Lévy.
- Bancroft, J. H. J., Skrimshire, A. M. et Simkin, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry*, 128, 538-548.
- Bancroft, J., Hawton, K., Simkin, S., Kingston, B., Cumming, C. et Whitwell, D. (1979). The reasons people give for taking overdose : A further inquiry. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 353-365.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from the self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, P. A., Wingate, L. R. et Joiner, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adults mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 8-17.
- Catanzaro, S. J. (2000). Mood regulation and suicidal behavior. In T. Joiner et M. D. Rudd (Éds), *Suicide science : Expanding the boundaries* (p. 81-103). New York : Kluwer Academic Publishers.
- Dionne, F., Labelle, R., Daigle, M. et Baillargeon, J. (2004, Mai). *Un nouveau venu en suicidologie : l'échelle du psymal*. Communication présentée au Congrès international des pratiques novatrices pour la prévention du suicide, Montréal, Canada.
- Dionne, F., Labelle, R. et Baillargeon, J. (2005, Juin). *Hopelessness and psychache in the prediction of suicide*. Affiche présentée au International congress of cognitive psychotherapy, Göteborg, Suède.
- Ellis, T. E. (2001). Psychotherapy with suicidal patients. In D. Lester (Éd.), *Suicide prevention : Resources for the millennium* (p. 129-151). *Series in death, dying, and bereavement*. États-Unis : Taylor and Francis.
- Hanus, M. (2004). E. S. Shneidman et la suicidologie. In M. Hanus (Éd), *Le deuil après suicide* (p. 86-89). Paris : Éditions Maloine.
- Hawton, K., Bancroft, J. et Simkin, S. (1978). Attitudes of psychiatric patients to deliberate self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*, 132, 31-35.

- Holden, R. R., Kerr, P. S., Mendonca, J. D. et Velamoor, V. R. (1998). Are some motives more linked to suicide proneness than others? *Journal of Clinical Psychology, 54*(5), 569-576.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, J. et Mcleod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a Scale of Psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*(4), 224-232.
- Holden, R. R. et Kroner, D. G. (2003). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample. *Canadian Journal of Behavioural Science, 35*(1), 35-44.
- Kovacs, M., Beck, A. T. et Weissman, A. (1975). The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. *American Journal of Psychotherapy, 29*, 363-368.
- Kral, M. J. (1994). Suicide as social logic. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*, 245-255.
- Kropf, J. (1990). An empirical assessment of Murray's personological formulation of suicide. Unpublished doctoral dissertation. California School of Professional Psychology, Fresno, CA.
- Leenaars, A. A. (1988). *Suicide notes: Predictive clues and patterns*. New York : Human Sciences Press.
- Leenaars, A. A. (1996). Suicide : A multidimensional malaise. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 26*, 221-236.
- Lester, D. (1991). The study of suicidal lives. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 21*, 164-173.
- Lester, D. (1994). A comparison of 15 theories of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*(1), 80-88.
- Lester, D. (2000). Psychache, depression, and personality. *Psychological Reports, 87*, 940.
- Maris, R. W. (1993). The evolution of suicidology. In A. A. Leenaars (Éd.), *Suicidology: Essays in honor of Edwin S. Shneidman* (p. 2-21). Northvale, New Jersey, London : Jason Aronson, Inc.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York : Oxford University Press.
- Orbach, I. (2003). Mental pain and suicide. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 40*(3), 191-201.

- Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtma, E. et Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 231-241.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P. et Gilboa-Schechtma, E. (2003). Mental pain : A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 219-230.
- Parker, A. (1981). The meaning of attempted suicide to young parasuicides : A repertory grid study. *British Journal of Psychiatry*, 139, 306-312.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rudd, D. M. (2004). Cognitive therapy for suicidality : An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 59-72.
- Shneidman, E. S. et Farberow, N. (Éds). (1957). *Clues to suicide*. New York : McGraw-Hill.
- Shneidman, E. S. (1980a). A possible classification of suicidal acts based on Murray's need system. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 10(3), 175-181.
- Shneidman, E. S. (1980b). Psychotherapy with suicidal patients. In T. B. Karasu, et L. Bellak (Éds), *Specialized techniques in individual psychotherapy* (p. 305-313). New York : Brunner/Mazel.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York : Wiley.
- Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. VanderBos et B. K. Bryant (Éds), *Cataclysms, crises and catastrophes : Psychology in action* (p. 147-183). Washington : American Psychological Association.
- Shneidman, E. S. (1989). Overview : A multidimensional approach to suicide. In D. Jacobs et H. N. Brown (Éds), *Suicide : Understanding and responding* (p. 1-30). Madison : International University Press.
- Shneidman, E. S. (1991). A life in death : Notes of a committed suicidologist. An epistolary autobiography. In E. C. Walker (Éd.), *The history of clinical psychology in autobiography* (p. 225-291). Belmont, CA : Brooks/Cole Publishing Company.

- Shneidman, E. S. (1992). A conspectus of the suicidal scenario. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger et R. I Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (p. 50-64). New York : Guilford.
- Shneidman, E. S. (1993a). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.
- Shneidman, E. S. (1993b). *Suicide as psychache : A clinical approach to self-destructive behavior*. Northwale, NJ : Jason Aronson Inc.
- Shneidman, E. S. (1998). Further reflexions on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245-250.
- Shneidman, E. S. (1999a). *Le tempérament suicidaire : risques, souffrances et thérapies*. Bruxelles : De Boeck et Berlin.
- Shneidman, E. S. (1999b). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287-294.
- Shneidman, E. S. (2001). Suicidology and the University : A founder's reflections at 80. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 31(1), 1-8.
- Shneidman, E. S. (2004a). Some thoughts about psychotherapy with suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 5-6.
- Shneidman, E. S. (2004b). *Autopsy of a suicidal mind*. New York : Oxford University Press.
- Varadaraj, R., Mendonca, J. D. et Rauchenberg, P. M. (1986). Motives and intent : A comparison of views of overdose patients and their key relatives/friends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 621-624.
- Vohs, K. D. et Baumeister, R. Y. (2000). Escaping the self consumes regulatory resources : A self-regulatory model of suicide. In T. Joiner et M. D. Rudd (Éds.), *Suicide science : expanding the boundaries* (p. 33-41). New York : Kluwer Academic Publishers.

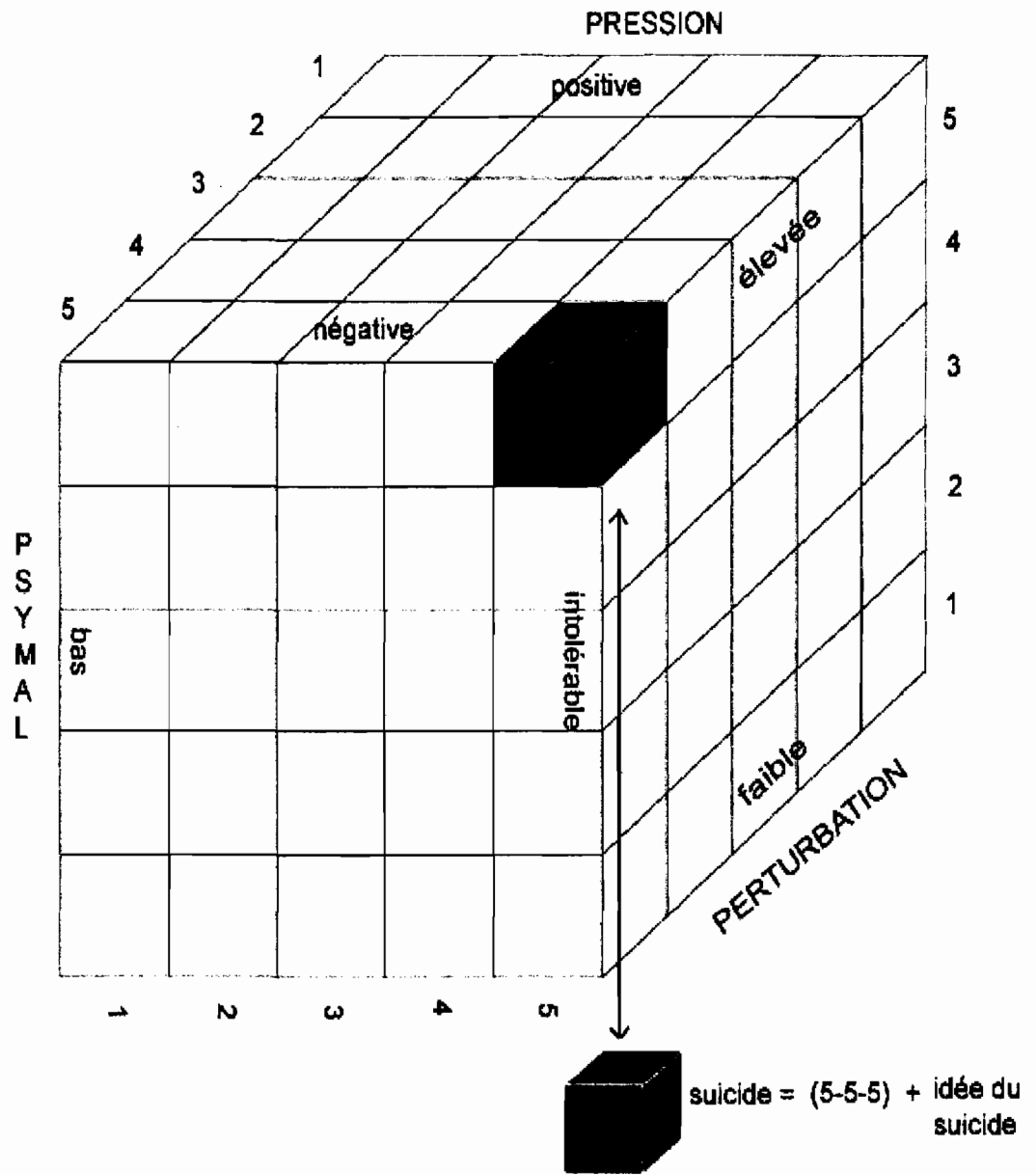


Figure 1. Modèle tridimensionnel de Shneidman

CHAPITRE III
PSYCHACHE OR HOPELESNESS
IN THE PREDICTION OF SUICIDAL BEHAVIOURS?
(ARTICLE 2)

Running head : PSYCHACHE, HOPELESSNESS AND SUICIDAL BEHAVIOURS

Psychache or Hopelessness in the Prediction of Suicidal Behaviours?

Frédéric Dionne

Université du Québec à Trois-Rivières

Réal Labelle

Université du Québec à Montréal

Jacques Baillargeon

Université du Québec à Trois-Rivières

Manuscrit soumis pour publication dans

Suicide and Life-Threatening Behavior

(Voir normes en Appendice E)

Résumé long

Le suicide constitue aujourd'hui un problème de santé publique. Ce constat incite à mieux comprendre le phénomène suicidaire afin de favoriser l'application d'actions préventives. Le suicide complété fait partie des trois composantes du spectre des conduites suicidaires avec l'idée suicidaire et la tentative de suicide. Ces dernières composantes font l'objet de la majorité des recherches en suicidologie. Sur le plan préventif, si on considère le suicide sur un continuum allant de l'idée suicidaire au suicide complété en passant par la tentative de suicide, identifier les facteurs de risque associés à l'apparition des idées suicidaires ou des tentatives de suicide en amont, permet d'intervenir plus tôt et d'empêcher ainsi qu'un individu se suicide. Afin de déterminer ces variables associées à la présence d'idée suicidaire ou de tentative chez un individu, les théories sont essentielles. Au cours des dernières décennies, deux théories psychologiques se sont particulièrement démarquées en suicidologie, soit celles de Beck et de Shneidman.

Le « père » de la psychothérapie cognitive et comportementale, Aaron T. Beck, a pour sa part soutenu que le désespoir est la variable la plus proche au suicide. Le désespoir se définit comme un schéma cognitif relativement stable ou potentiellement récurrent, caractérisé par des attentes négatives ou pessimistes à l'égard du futur. Lorsque la dépression est prise en compte, c'est-à-dire une altération de l'humeur constituée de symptômes cognitifs, affectifs, somatiques, comportementaux et motivationnels, le désespoir serait un meilleur prédicteur des conduites suicidaires. Ce constat est mis en évidence au sein de diverses populations (e.g., patients avec un diagnostic de dépression majeure, idéateurs suicidaires adultes, individus ayant fait une

tentative de suicide), faisant du désespoir une variable centrale dans l'étude du suicide. La supériorité du désespoir sur la dépression n'a cependant pas été établie dans des études portant sur des adolescents issus de populations cliniques et générales.

L'éminent suicidologue Edwin S. Shneidman a quant à lui mis l'emphase sur le rôle du psymal dans l'explication des conduites suicidaires. Le psymal désigne une souffrance psychologique ou mentale, qui se définit comme une prise de conscience d'émotions douloureuses telles la douleur, la honte, la solitude ou l'angoisse (Shneidman, 1999). Le psymal a été récemment opérationnalisé et quelques recherches obtiennent des résultats appuyant cette théorie (e.g., Holden, Mehta, Cunningham & Mcleod, 2001). Cependant, elles demeurent à un stade embryonnaire et peu d'études ont pu tester le potentiel du psymal en relation avec d'autres facteurs de risque déjà établis dans le domaine du suicide. La présente étude cherche ainsi à déterminer le pouvoir explicatif du psymal comparativement à celui du désespoir, confrontant ainsi la théorie de Shneidman à celle de Beck.

À la lumière des récentes études, nous prédisons que le psymal sera équivalent ou plus important que le désespoir dans la prédiction de l'appartenance au groupe suicidaire, et ce, avec ou sans la dépression dans l'équation. Les participants retenus pour l'étude sont âgés de 18 à 30 ans (moyenne de 21,81 et écart-type de 2,38) et comprennent 422 femmes (68,6 %) et 193 hommes (31,4 %). Les participants complètent l'Échelle du psymal, l'Échelle de désespoir de Beck et l'Inventaire de dépression de Beck II (variables indépendantes). Les conduites suicidaires sont mesurées par des questions issues de l'Enquête Santé Québec 1992-1993 pour déceler la présence ou l'absence de conduites suicidaires dans les 12 derniers mois (idées

sérieuses, idées sérieuses avec plan, tentatives de suicide; variables dépendantes). Les participants ont été répartis en deux groupes, le groupe « suicidaire » (comprenant 42 individus) ayant répondu « oui » à l'une des trois questions sur les conduites suicidaires, et le groupe non suicidaire (573 individus), ayant répondu « non » aux trois questions.

Les résultats démontrent d'abord que pour chacune des trois mesures considérées (dépression, désespoir, psymal), le groupe suicidaire obtient des scores plus élevés ($p < ,001$) que le groupe non suicidaire. Ces variables, utilisées comme prédicteurs, devraient donc avoir un pouvoir discriminatif entre les groupes. On observe également une prédominance du concept de psymal sur celui du désespoir dans la prédiction des conduites suicidaires. Cela est démontré à l'aide de deux équations de régression logistique de type séquentiel, une avec la dépression et l'autre sans. Dans les deux équations, un contrôle préalable est effectué pour l'âge et le sexe.

La première analyse de régression logistique, qui ne comprend pas la dépression, explique en tout 36,4 % de la variance des conduites suicidaires. Lorsque le psymal est ajouté à la quatrième et dernière étape, il ajoute une information unique qui n'est pas comprise dans le désespoir (R^2 augmenté = ,188; $p < ,01$). Aussi, les taux de signification des rapports de cotes indiquent que le psymal apporte une contribution significative aux conduites suicidaires et rend le désespoir non significatif. En s'appuyant sur ce rapport de cotes, il est permis d'affirmer que, dans cet échantillon de jeunes adultes, pour chaque augmentation de un point sur l'Échelle du psymal tout en tenant constantes les autres variables, le risque d'appartenir au groupe à conduites suicidaires augmente de 6,29 fois.

La deuxième analyse de régression logistique qui comprend la dépression explique 36,7 % de la variance des conduites suicidaires. En cinquième et dernière étape, l'ajout du psymal amène une augmentation significative de 10,6 % dans l'explication de la variance des conduites suicidaires (R^2 augmenté = ,106; $p < ,001$). Cependant, lorsqu'en troisième étape le désespoir est ajouté après la dépression, il n'apporte pas une contribution significative aux conduites suicidaires. Néanmoins, lorsque toutes les variables (sexe, âge, dépression, désespoir et psymal) sont présentes simultanément dans l'équation finale, les taux de signification des rapports de cotes montrent que le psymal amène une contribution significative et rend la dépression et le désespoir non significatifs. Selon cette deuxième équation, il s'avère que dans notre échantillon, une augmentation de un point sur l'Échelle du psymal fait en sorte que le risque de se retrouver dans le groupe à conduites suicidaires devient 5,40 fois plus élevé.

En somme, les résultats obtenus auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires indiquent que le concept de psymal offre un important pouvoir prédictif aux conduites suicidaires. Ils appuient la conception de Shneidman (1993) à l'effet que le psymal soit une variable prépondérante dans l'explication de ces conduites. Le psymal offre un pouvoir prédictif supérieur au désespoir. Le psymal devrait donc être considéré dans de futurs modèles prévisionnels pour identifier les individus présentant un risque suicidaire dans la population générale. Les résultats ont aussi des retombées en ce qui concerne les recherches impliquant spécifiquement les concepts de désespoir et dépression. Il importe toutefois de rappeler que le plan expérimental retenu ne permet pas d'établir de liens de causalité. De plus, d'autres types de mesures pourraient être envisagés pour éviter le biais de désirabilité sociale sous-jacent aux questionnaires auto-rapportés. Enfin, la

réalisation de recherches auprès de populations cliniques (e.g., individus avec diagnostic de troubles de l'humeur, individus ayant commis une tentative de suicide) sera essentielle afin de mieux apprécier le caractère prédictif du psymal.

Abstract

Edwin S. Shneidman stressed the role of psychache (psychological pain) in predicting suicidality. Aaron T. Beck, instead, demonstrated that hopelessness was the variable most proximal to suicide. As the concept of psychache has only recently been operationalized, few studies to date have tested it in relation to suicidal behaviour. The purpose of this study was to determine, by way of sequential logistic regression analysis, whether psychache is a variable equivalent or superior to hopelessness in predicting suicidal group membership within a sample of 615 young adult university students. Results confirm the importance of the concept of psychache and its superiority over hopelessness, whether depression is included in the equation or not. The results are meaningful for both the theoretical development of future predictive models of suicide risk and the application of these models in prevention efforts.

Psychache or hopelessness in the prediction of suicidal behaviours?

Suicide constitutes today a public health concern at the global level. According to a WHO report (2002), in 2000, a suicide death occurred every 40 seconds in the world (14.5 deaths per 100,000 inhabitants). In Canada, 3,699 individuals died from suicide in 1998, that is, 12.2 per 100,000 inhabitants (Stewart, 2002). The phenomenon takes on an even larger scale in Quebec where its prevalence is the highest among the Canadian provinces, reaching 19.1 per 100,000 inhabitants in 1999-2001 (St-Laurent & Bouchard, 2004). Young adults are particularly prey to suicidal behaviours. In fact, for the 15-29 age group, suicide is the leading cause of death in Quebec (St-Laurent & Bouchard, 2004). Moreover, in a vast Canada-wide epidemiological survey, 6.2% of 15- to 24-year-olds reported serious suicidal ideation in the past 12 months, a proportion significantly higher than in the other age groups (Boyer, Lesage, Kairouz, Nadeau & Perreault, 2007). Such statistics demand a better understanding of the phenomenon of suicidal behaviour, especially where risk factors are concerned, for the purpose of better suicide prevention.

Generally speaking, in the study of suicide, “suicidal behaviours” refer to three things : suicidal thoughts or ideation, suicide attempts or attempted suicide, and suicide or completed suicide. Given the difficulties that the subject poses for research (e.g., rarity of the phenomenon), suicide is often investigated through individuals who report serious suicidal ideation and suicide attempts in the past. Though these individuals can present different profiles, it is generally admitted that suicidal behaviours overlap across a continuum. Accordingly, suicidal thoughts and suicide planning necessarily precede a

suicide attempt and completed suicide (e.g., Beck, Herman & Schuyler, 1974a ; Maris, 1992 ; Shneidman, 1985).

According to this model, a better understanding of the risk factors associated with serious suicidal ideation can help prevent suicide (Breton, 2004). Indeed, identifying these risk factors upstream makes it possible to intervene earlier and to prevent an individual from becoming mired in a suicidal process leading to behaviours with a higher lethality risk. In this regard, service providers operating in the field of suicide prevention suggest taking the expression of suicidal thoughts seriously, as these indicate the possibility of follow through (Mishara & Tousignant, 2004).

A better understanding of the relationship between variables allows greater predictability in the statistical sense of the term. To predict means to evaluate the contribution of one or more independent variables (IV) to explaining a dependent variable (DV). In order to advance research on predictive models in the field of suicidology, beyond sociodemographic variables, it is necessary to extend testing to affective and cognitive variables (IV) associated with suicidal behaviours (DV). To this end, theories are essential. Without them, it is impossible to make predictions regarding the relationship between variables (Bolton, 1999). Over the past decades, in the study of suicide, two theories in particular have emerged above the rest, namely, those of Beck and Shneidman.

Psychiatrist and father of cognitive-behavioural psychotherapy, Beck developed an important theory of suicide around the notion of hopelessness. For him, this is the variable that best accounts for suicidal behaviours. Hopelessness is defined as a relatively stable or potentially recurring cognitive scheme characterized by negative or

pessimistic expectations about the future (Weishaar & Beck, 1992). When persons feel hopeless, they see no other solution than suicide to resolve their problems. Hopelessness is a component in the cognitive triad of depression, along with defeatist beliefs about oneself and the world (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Depression is a mood disorder characterized by cognitive, affective, somatic, behavioural and motivational symptoms (Beck, Steer & Brown, 1996). A sad or sullen mood and/or a lack of interest for most activities figure among the most important symptoms. Depression is the disorder most often associated with suicidal behaviours (Moscicki, 1999). In this regard, a Canada-wide epidemiological survey set the prevalence of depressive disorders among individuals who reported suicidal thoughts in the past 12 months at about 40% (compared with 4% among those who reported no depressive disorder). The rate leaped to nearly 70% among persons who attempted suicide in the past 12 months (Boyer et al., 2007). In short, depression is a variable that must be considered in the prediction of suicidal behaviours, whether as a predictor or as a control variable.

Several studies have demonstrated that when depression is controlled for statistically, hopelessness makes a unique contribution to explaining suicidal behaviours ; hopelessness appears, therefore, to be a correlate (or predictor) of suicidal behaviours equivalent if not superior to depression. This relationship emerged from longitudinal studies (Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer 1990 ; Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985 ; Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000) conducted on populations of adult suicide ideators (Beck, Kovacs & Weissman, 1979 ; Holden, Mendonca & Mazmanian, 1985 ; Wetzel, Margulies, Davis & Karam, 1980), suicide

attempters (Beck, Kovacs & Weissman., 1975 ; Beck, Weissman & Kovacs, 1976 ; Dyer & Kreitman, 1984) and patients diagnosed with major depression (Beck, Steer, Beck & Newman, 1993). However, the predominance of hopelessness over depression was not established in studies carried out on adolescents from clinical populations (Cole, 1989), non-clinical college students (Cole, 1988) and suicidal ideators college students (Rudd, 1990). In these studies, depression had the upper hand on hopelessness. Nonetheless, hopelessness was considered to be the predominant predictor of suicidal behaviours at the end of the 20th century.

For his part, Shneidman, psychologist, founder of modern suicidology and pioneer of suicide prevention around the world (Hanus, 2004), places the emphasis instead on an affective variable to explain suicidal behaviours. At the end of his career in suicidology, Shneidman (1993) summarized the kernel of his theory in a few words : “Suicide is caused by psychache” (p.147). This means that psychache was for him the variable most proximal to suicide. Accordingly, all the other variables associated to date with suicide (e.g., depression, hopelessness) must be understood in relation to psychache (Shneidman, 1993). Psychache designates a psychological or mental suffering defined as the pain of excessively felt emotions such as shame, guilt, loneliness, fear or anxiety. (Shneidman, 1993). When these emotions exceed a person’s own tolerance threshold, the individual considers suicide in the aim of ceasing the suffering.

According to Shneidman’s theory, psychache is engendered when psychological needs deemed vital to the individual are frustrated by external events. For example, these include the need for affiliation, humiliation, nurturance, defence and harmavoidance (Murray, 1938 ; Shneidman, 1980). Psychache is one of the three

components of Shneidman's cubic model, together with pressure from internal and external events and marked perturbation (Dionne & Labelle, 2005 ; Shneidman, 1992).

At the empirical level, certain studies have supported Shneidman's conception. First, these found that the reason most often given for their act by individuals who have attempted suicide by overdose is to obtain relief from a painful state of mind (Bancroft, Skrimshire & Simkin, 1976 ; Varadaraj, Mendonca & Rauchenberg, 1986). Similarly, studies on university students, male offenders and psychiatric patients in crisis have revealed that *internal-based reasons* (Holden & DeLisle, 2006), a construct much akin to psychache, were equivalent or superior to hopelessness or depression in predicting most of the components of suicidal behaviour (Holden, Kerr, Mendonca & Velamoor, 1998 ; Holden & Kroner, 2003 ; Holden & McLeod, 2000 ; Johns & Holden, 1997).

After operationalizing the *Psychache Scale*, Holden, Mehta, Cunningham and McLeod (2001) demonstrated that the concept of psychache was equivalent or superior to hopelessness or depression in predicting suicidal behaviour in a student population (Holden et al., 2001) and among suicide attempters (DeLisle & Holden, 2004 ; Flynn & Holden, 2007). However, other researchers have not found the *Psychache Scale* to be more strongly correlated to suicidal behaviour, compared with depression and hopelessness, in a sample of male offenders (Mills, Green & Reddon, 2005).

Though intuitively attractive to clinicians and despite the fact that philosophers, writers and theoreticians have been fascinated by the notion of psychological suffering, the empirical data on the concept are scant (Orbach, 2003). Few studies have tested this risk factor in relation to other constructs already established in suicide research.

Furthermore, the concept of psychache has not always been measured as defined by

Shneidman (e.g., Berlim et al., 2003). Against this backdrop, the purpose of our study was to determine the predictive power of psychache relative to hopelessness, thereby confronting the respective theories of Shneidman and Beck. In the light of recent studies, we hypothesized that psychache would be equivalent or superior to hopelessness in predicting suicidal group membership, with or without depression in the equation.

Method

Participants

The sample consisted of 615 young Canadian adult university undergraduate students and French-speaking. These were 18 to 30 years of age ($M = 21.81$, $SD = 2.38$) and comprised 422 women (68.6%) and 193 men (31.4%).

Measures

Psychache Scale (Holden et al., 2001; Appendix D). The *Psychache Scale* is a 13-item single-factor self-report instrument that serves to measure level of “intolerable psychological suffering” in an individual, as defined by Shneidman (1993). The items are rated on a 5-point Likert scale from 1 (never or strongly disagree) to 5 (always or strongly agree). The scale was adapted into French by Dionne, Labelle, Daigle and Baillargeon (2004) following the parallel inverted translation method (Vallerand, 1989; Appendixes B, C). The instrument had previously shown excellent internal consistency, with alpha coefficients ranging from .92 to .94 with a student population (Holden et al., 2001). In the present study, the alpha stood at .95 and the test-retest temporal stability reached .89 (21 days) with 78 students (Dionne et al., 2004). The construct validity, the predictive validity, and the convergent validity were demonstrated through constructs

related to suicide (e.g., depression, hopelessness ; Holden et al., 2001 ; Mills et al., 2005).

Beck Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974 ; Bouvard, Charles, Guérin, Aimard & Cottraux, 1992; Appendix F). The *Beck Hopelessness Scale* is a single-factor self-report instrument that serves to measure level of pessimism or negative expectations of the future in an individual. It consists of 20 true-or-false items, of which nine are rated inversely. According to studies, alpha coefficients range from .84 to .93 in a clinical population (Antony & Barlow, 2002) and reach about .81 in a general population (Greene, 1981). In our study, the alpha coefficient was considered acceptable at .70 (Cicchetti, 1994).

Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996; Appendix G). The *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) serves to evaluate severity of affective, cognitive, motivational and physiological symptoms related to depression in an individual (Beck et al., 1996). It is a 21-item single-factor scale on which individuals rate the severity of their depressive symptoms from 0 to 3. The BDI-II is one of the best self-report instruments for evaluating depression and one of the most widely used in research and clinical practice (Antony & Barlow, 2002). It is a revised version of the BDI-I and possesses excellent psychometric qualities. According to studies, the Cronbach internal consistency coefficient varies from .89 to .93 in a student population (Beck et al., 1996 ; Whisman, Perez & Ramel, 2000) and is considered good at .89 in the present study (Cicchetti, 1994).

Questions regarding suicidal behaviours (Appendix H). The following yes/no questions drawn from the Quebec Health Survey (Gouvernement du Québec, 1993)

were used to screen for presence or absence of suicidal behaviour in the past 12 months :

(Q1) In the past 12 months, have you ever seriously thought about attempting suicide?

(Q2) In the past 12 months, have you ever planned a suicide attempt? (Q3) In the past 12 months, how often have you attempted suicide? To fall into the suicidal group, a participant had to respond affirmatively to questions Q1, Q2 or Q3 and all others were included in the suicidal group.

Procedure

Participants were met in their classrooms. They were asked by an evaluator to complete a series of questionnaires, including a sociodemographic questionnaire (Appendix I), for a mental health study. These required about 30 minutes to complete. A letter of introduction provided participants with a description of the research and established their free and informed consent (Appendix J). A list of available help resources was distributed to each student (Appendix K). In order to arrive at a homogeneous and representative sample, only young adult Canadians aged 18 to 30 years were included in the study.

Results

As mentioned earlier, the 615 participants in the study were distributed into two groups (suicidal vs. non-suicidal) according to whether they met any of the three suicide risk conditions (serious ideation, planning or attempt). Accordingly, 42 respondents (6.8% of the overall sample) reported having had at least serious suicidal thoughts in the past 12 months. Of these, 36 were women (8.5% of all the women) and 6 were men (3.1% of all the men) ; the difference proved significant, $\chi^2(2, N = 615) = 6.12, p < .05$.

Moreover, the suicidal group ($M = 22.79$) was significantly older than the non-suicidal group ($M = 21.74$), $t(44.248) = 2.103$, $p < .05$.

Before proceeding with the formal test aimed at evaluating the respective viewpoints of Beck and Shneidman, we wished first to verify whether the two groups could indeed be distinguished from one another through the variables playing a key role in these theories, namely, psychache, hopelessness and depression. Table 1 gives descriptive statistics on the sample, the suicidal group always having higher scores than the non-suicidal groups. It should be noted that for all of these variables, non-suicidal group means were comparable to those reported in the literature for general populations (Beck et al., 1996 ; Bouvard et al., 1992 ; Greene, 1981 ; Holden et al., 2001 ; Whisman et al., 2000). Moreover, for each of the three measures considered, the suicidal group posted higher scores (i.e., greater general distress) than did the non-suicidal group ($p < .001$). Consequently, used as predictors, these variables should discriminate between the groups.

Insert Table 1 here

In order to assess the theoretical points of view of Beck and Shneidman, the hopelessness and psychache measures were used as variables predictive of suicidal or non-suicidal group membership. Given that what we wished to predict was a dichotomous variable, sequential logistic regression analyses were carried out. Based on

our theoretical model, psychache was entered last, after hopelessness and after a control was performed by first entering the sociodemographic variables of sex and age in the regression equation. Our hypothesis was tested by means of two analyses. In the first equation, hopelessness and psychache were compared within the same model, without taking depression into account. In the second equation, depression was entered along with hopelessness and psychache. Nagelkerke R Square (R^2), R^2 change, odds ratios (OR) and probability values for each step were examined.

Results of the first logistic regression analysis carried out in four steps demonstrated that the combined presence of the variables sex, age, hopelessness and psychache explained in all 36.4% of the variance in suicidal behaviour. Looking at Table 2, we see that being a woman yielded an R^2 of .029 corresponding to 2.9% of the explained variance. Adding *age* to the equation resulted in a 2.8 percentage-point increase for an aggregate R^2 of .057 ($p < .01$); at this point, the model explained 5.7% of the variance after the two sociodemographic variables had been entered. Entering *hopelessness* in the third step significantly improved the quality of the model, which then explained 17.5% ($p < .001$) of suicidal behaviours. Finally, when *psychache* was entered in the fourth step, the predictive power of the model once again improved significantly (R^2 change = .189; $p < .01$); this additional increase of 18.9 percentage points in the explained variance proved the most substantial of the four steps of this analysis.

The results indicated that psychache made a unique contribution, not included in the construct of hopelessness, to predicting suicidal behaviours. Furthermore, when all variables (sex, age, hopelessness, psychache) were kept constant in the final equation, the significance levels of the odds ratios showed that this variable made a significant

contribution to suicidal behaviours and rendered (combined with the influence of *age*) hopelessness and sex non-significant (see Table 2). This odds ratio implies that, in this sample of young adults, when all other variables are kept constant, every one-point increment on the Psychache Scale increased the risk of belonging to the suicidal group 6.29 times.

Insert Table 2 here

With the second logistic regression analysis, we sought to verify once again the relative importance of hopelessness and psychache, but this time after taking into account level of depression. This second model was developed in five steps and allowed explaining 36.7% of the variance in suicidal behaviours. The data presented in Table 3 show that the successive entry of the two sociodemographic variables allowed explaining a significant portion ($p < .01$) of the variance, namely, 2.9% for sex and 2.8% for age. The addition of depression at the third step boosted the predictive power of the model by 20.2 percentage points to 25.9% of the explained variance ($p < .001$). At the fourth step, hopelessness made no significant contribution and added nothing to the prediction of suicidal behaviours (R^2 change = .002 ; $p > .001$). Finally, in the fifth step, entering psychache produced a significant increase of 10.6 percentage points in the explained variance in suicidal behaviour (R^2 change = .106 ; $p < .001$).

In short, the variable *psychache* added to the explanation in this analysis after depression and hopelessness had already been entered in the equation. It should be noted that with depression already in the equation, hopelessness did not make a significant contribution to accounting for suicidal behaviours. However, when all the variables (sex, age, depression, hopelessness, psychache) were present simultaneously in the final equation, the significance rates for the odds ratios showed that psychache made a significant contribution and, together with the influence of age, rendered hopelessness, depression and sex non-significant (see Table 3). In this second equation, it turned out that, among the young adults, a one-point increment on the Psychache Scale increased the risk of falling in the suicidal group 5.40 times.

Insert Table 3 here

Discussion

The results of our study demonstrate the predominance of the concept of psychache over that of hopelessness in predicting suicidal behaviours. This was evidenced through two logistic regression equations, one including depression and the other not.

These results support the conception proposed by Shneidman (1993) to the effect that psychache is a leading variable in accounting for suicidality. This variable conserves its significance level when placed in relation to hopelessness and depression and renders these two other variables non-significant. Psychache, then, has greater

predictive power than do hopelessness and Beck's model. At the empirical level, results corroborate in part the model proposed by Holden and colleagues (2001), who found psychache to be more proximal to suicidal behaviours in a student population than were other variables such as depression and hopelessness. At present, these results are mostly found in the general population or at low risk of suicide.

Psychache, then, should be taken into account in future predictive models for identifying individuals at risk of suicide in the general population. To date, public health interventions have associated the variables *depression* and psychological *distress* with suicidal behaviours. As it turns out, however, the results of our study urge us to intervene on psychache as well in order to prevent these behaviours.

Our study may have an impact on psychological or counselling services regarding prevention of a more tertiary or clinical nature. In this regard, the Psychache Scale (Dionne et al., 2004 ; Holden et al., 2001) and the Depression Inventory (Beck et al., 1996) should be favoured for the purpose of screening for suicidality in young adult university students. In the presence of the psychache and depression measures, the Hopelessness Scale proved less efficacious here. Where treatment is concerned, it is indicated to seek first to attenuate psychache and then to intervene on depressive symptoms.

The results also have spin-off benefits for research on hopelessness and depression. In our study, hopelessness contributed nothing extra towards explaining the suicidal behaviours of young adult university students. Hopelessness proved non-significant when entered into the equation after depression. This finding lends credence to other studies that reported the same phenomenon in a clinical adolescent population (Cole,

1989) and in non-clinical college student populations (e.g., Cole, 1988). Similarly, Rudd (1990) found in a sample of 737 university students that depression was a better predictor of suicidal ideation than was hopelessness. Consequently, it is increasingly clear from research on these populations that depression is more strongly associated with suicidality than is hopelessness.

In sum, our results derived from a sample of university students indicate that the concept of psychache is highly predictive of suicidality. It needs to be reminded, however, that our experimental design allowed us to predict the probability of falling into a given group (suicidal or non-suicidal) but not whether an individual would present suicidal behaviour in future. In order to establish such a cause-and-effect relationship, it would be necessary to conduct a longitudinal study including the construct of psychache. Moreover, other types of measures might be considered in order to avoid social desirability bias inherent in self-report questionnaires (e.g., clinician assessment of level of suffering). Regarding indicators of suicidal behaviours, the questions used in our study had the advantage of being drawn from population surveys and thereby measuring a known construct that could be compared across studies. In order to develop a common language in the field of suicidology, we would stand to gain in future from measuring and operationalizing suicidal behaviours based on the nomenclature proposed by Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll and Joiner (2007).

Lastly, given that the study of theoretical frameworks related to psychache is still at an embryonic stage, it is probably better to focus on the general population. However, it will be essential to conduct research on clinical populations (e.g., mood-disordered individuals, suicide attempters) in order to gain a finer appreciation of psychache's

predictive power. In addition, utilizing a sample drawn from a general population reduces the score range and limits the statistical potential of the measure scales. This was observed particularly with the *Beck Hopelessness Scale* (Young, Halper, Clark, Scheftner & Fawcett, 1992), whose results should be interpreted with caution, all the more so that this measure obtained no more than an “acceptable” alpha in our study. Finally, research is required to confirm the statistical power of psychache in relation to other suicide-related constructs. Among other things, it will be necessary to test the latest cubic model proposed by Shneidman (1992), taking into account, together with psychache, *pressure* from life events and level of internal *perturbation*. In this connection, as Flaumenbaum and Holden (2007) have already undertaken to do, it would be useful to investigate the notion of frustration of major psychological needs in relation to suicidal behaviours.

References

- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (2002). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York : Guilford.
- Bancroft, J. H. J., Skrimshire, A. M., & Simkin, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry*, *128*, 538-548.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide : A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 190-195.
- Beck, A. T., Herman, I., & Schuyler, D. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide* (pp. 45-56). Maryland : Charles Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behaviour : An overview. *Journal of the American Medical Association*, *234*, 1146-1149.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention : The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 343-352.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *23*, 139-145.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide : A ten-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 559-563.
- Beck, A. T., Weissman, A., & Kovacs, M. (1976). Alcoholism, hopelessness and suicidal behaviour. *Journal of Studies on Alcohol*, *37*, 66-77.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 861-865.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, P. A., Wingate, L. R., & Joiner, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood-disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*, 8-17.
- Bolton, D. (1999). Postempiricism and psychological theory. *Journal of Clinical Child Psychology*, *28*, 550-552.
- Bouvard, M., Charles, S., Guérin, J., Aimard, G., & Cottraux, J. (1992). Étude de l'Échelle de désespoir de Beck. Validation et analyse factorielle (A study of the Beck Hopelessness Scale : Validation and factor analysis). *L'Encéphale*, *XVIII*, 237-240.
- Boyer, R., Lesage, A., Kairouz, S., Nadeau, L., & Perreault, M. (2007, May). *L'état de santé mentale des Québécois et leurs besoins de services : Des données essentielles à la mise en œuvre du PASM*. 2^{ième} Journées bi-annuelles de santé mentale (JBASM) (Quebec mental health status and needs in terms of services : Essential data on

implementation of the mental health action plan. 2nd biannual meeting on mental health). Montreal, Canada.

- Breton, J. J. (2004). Les indicateurs en prévention du suicide. Proposition d'un cadre conceptuel pour le XXI^e siècle (Suicide prevention indicators : A proposed conceptual framework for the 21st century). In F. Chagnon & B. L. Mishara (Eds.), *Évaluation de programmes en prévention du suicide* (Evaluating of suicide prevention programs ; pp. 41-63). Ste-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients : A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 371-377.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment, 4*, 284-290.
- Cole, D. A. (1988). Hopelessness, social desirability, depression, and parasuicide in two college student samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 131-136.
- Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide : Hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 248-255.
- Delisle, M. M., & Holden, R. R. (2004). Depression, hopelessness, and psychache as increasingly specific predictors of suicidal manifestations. *Canadian Clinical Psychologist, 15*, 7-9.
- Dionne, F., & Labelle, R. (2005). À propos de la souffrance et du suicide : La théorie

- d'Edwin S. Shneidman (On psychological pain and suicide : The theory of Edwin S. Shneidman). *Revue Québécoise de Psychologie*, 26, 95-110.
- Dionne, F., Labelle, R., Daigle M., & Baillargeon, J. (2004, May). *Un nouveau venu en suicidologie : L'Échelle du psymal* (A new kid on the block in suicidology : The psychache scale). Paper presented at the International Congress on Innovative Practices for Suicide Prevention, Montreal, Canada.
- Dyer, J. A. T., & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 144, 127-133.
- Flaumenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Consulting Psychology*, 54, 51-61.
- Flynn, J., & Holden, R. R. (2007, June). *Predictors of suicidality in a sample of suicide attempters*. Paper presented at the 68th Annual Convention of the Canadian Psychological Association, Ottawa, Canada.
- Gouvernement du Québec (1993). *Santé Québec. Rapport de l'enquête sociale et de santé : 1992-1993*, Volume 1 (Quebec Health. Report from the social and health survey : 1992-1993). Québec : Les Publications du Québec.
- Greene, S. M. (1981). Levels of measured hopelessness in the general population. *British Journal of Psychiatry*, 20, 11-14.
- Hanus, M. (2004). E. S. Shneidman et la suicidologie (E. S. Shneidman and suicidology). In M. Hanus (Ed.), *Le deuil après suicide* (Grieving after suicide ; pp. 97-109). Paris : Éditions Maloine.

- Holden, R. R., Kerr, P. S., Mendonca, J. D., & Velamoor, V. R. (1998). Are some motives more linked to suicide proneness than others? *Journal of Clinical Psychology, 54*, 569-576.
- Holden, R. R., & DeLisle, M. M. (2006). Factor structure of the Reasons for Attempting Suicide Questionnaire (RASQ) with suicide attempters. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 28*, 1-8.
- Holden, R. R., & Kroner, D. G. (2003). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample. *Canadian Journal of Behavioural Science, 35*, 35-44.
- Holden R. R., & McLeod, D. G. (2000). The structure of the Reasons for Attempting Suicide Questionnaire (RASQ) in a nonclinical adult population. *Personality and Individual Differences, 29*, 621-628.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, J., & Mcleod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*, 224-232.
- Holden, R. R., Mendonca, J. D., & Mazmanian, D. (1985). Relation of response set to observed suicide intent. *Canadian Journal of Behavioural Science, 17*, 359-368.
- Johns, D., & Holden, R. R. (1997). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population. *Canadian Journal of Behavioral Science, 29*, 266-274.
- Maris, R. W. (1992). Introduction. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberber, & R. I. Yuffit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 1-17). New York : Guilford.

- Mills, J. F., Green, K., & Reddon, J. R. (2005). An evaluation of the psychache scale on an offender population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*, 570-580.
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide* (Understanding suicide). Quebec, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Moscicki, E. K. (1999). Epidemiology of suicide. In D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention* (pp. 40-51). San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York : Oxford University Press.
- Orbach, I. (2003). Mental pain and suicide. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *40*, 191-201.
- Rudd, D. M. (1990). An integrative model of suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *20*, 16-30.
- Shneidman, E. S. (1980). A possible classification of suicidal acts based on Murray's need system. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *10*, 175-181.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York : Wiley.
- Shneidman, E. S. (1992). A conspectus of the suicidal scenario. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 50-64). New York : Guilford.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*, 147-149.
- Shneidman, E. S. (1999). *Le tempérament suicidaire : Risques, souffrances et thérapies*. (The suicidal mind : Risk, psychological pain and therapies). Brussels : De Boeck et Berlin.

- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. W. (2007). Rebuilding the Tower of Babel : A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviours Part 1 : Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 248-263.
- Stewart, P. (2002). *A report on mental illness in Canada*. Ottawa : Health Canada.
- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec. Que savons-nous de la situation récente?* (Epidemiology of suicide in Quebec : What do we know about the recent situation?). Québec : Institut national de santé publique au Québec.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française (Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires : Implications for research conducted in the French language). *Canadian Psychology, 30*, 662-680.
- Varadaraj, R., Mendonca, J. D., & Rauchenberg, P. M. (1986). Motives and intent : A comparison of views of overdose patients and their key relatives/friends. *Canadian Journal of Psychiatry, 31*, 621-624.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva : World Health Organization.
- Young, A. Y., Halper, I. S., Clark, D. C., Scheftner, W., & Fawcett, J. (1992). An item-response theory evaluation of the Beck Hopelessness Scale. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 579-587.

- Wetzel, R. D., Margulies, T., Davis, R., & Karam, E. (1980). Hopelessness, depression, and suicide intent. *Journal of Clinical Psychology, 41*, 159-160.
- Weishaar, M. E., & Beck, A. T. (1992). Clinical and cognitive predictors of suicide. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 467-483). New York : Guilford.
- Whisman, M. A., Perez, J. E., & Ramel, W. (2000). Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) in a student sample. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 545-555.

Table 1

Means and standard deviations for overall sample, suicidal group, and non-suicidal group

Predictor	Overall sample (n = 615)		Suicidal group (n = 42)		Non-suicidal group (n = 573)		<i>t</i> test
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Psychache	20.6	8.6	35.0	12.4	19.6	7.2	12.620*
Hopeless- ness	3.2	2.8	5.9	4.6	3.0	2.6	6.439*
Depression	8.5	7.3	18.6	11.1	7.8	6.4	9.943*

* $p < .001$.

Table 2

Sequential logistic regression analysis predicting membership in the suicidal group based on sex and age as control variables and hopelessness and psychache as predictors

Variables	R ² change	R ²	OR
Step 1			2.52
Sex	.029**	.029**	
Step 2			1.18*
Age	.028**	.057**	
Step 3			0.767
Hopelessness	.118***	.175***	
Step 4			6.29***
Psychache	.189**	.364***	

Note. R² = Nagelkerke R Square, OR = odds ratio.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Table 3

Sequential logistic regression analysis predicting membership in the suicidal group based on age and sex as control variables and depression, hopelessness and psychache as predictors

Variables	R ² change	R ²	OR
Step 1			2.324
Sex	.029**	.029**	
Step 2			1.159*
Age	.028**	.057**	
Step 3			1.858
Depression	.202**	.259***	
Step 4			0.406
Hopelessness	.002	.261***	
Step 5			5.40***
Psychache	.106***	.367***	

Note. R² = Nagelkerke R Square, OR = odds ratio.

p* < .05, *p* < .01, ****p* < .001.

CHAPITRE IV
DISCUSSION GÉNÉRALE

Discussion générale

Edwin S. Shneidman a certes joué un rôle crucial dans l'avancement des connaissances en suicidologie. Il nous lègue une théorie fort attrayante voulant que le psymal soit un facteur central dans l'explication du suicide. Bien que ses idées soient empruntées dans divers centres de prévention du suicide dans le monde, la théorie sous-jacente à son modèle d'intervention reste méconnue. De plus, les recherches sur son modèle en sont à leur balbutiement. C'est dans cette perspective que s'inscrivait cette thèse doctorale. Le premier article cherchait principalement à approfondir la conception du suicide cet auteur. Le deuxième s'appliquait à valider cette théorie en évaluant la qualité prédictive du psymal en comparaison avec le désespoir. Cette discussion générale débutera par un rappel des grandes lignes des principaux objectifs et conclusions des deux articles. Afin d'approfondir la réflexion sur les théories de Beck et de Shneidman, des liens entre ces auteurs seront par la suite effectués. De nouvelles avenues en ce qui concernent la théorie, la psychothérapie et la recherche seront aussi développées concernant l'approche de Shneidman. En dernier lieu, les apports et les limites de la thèse seront abordés afin de mieux apprécier ce travail.

Rappel des grandes lignes des articles

Le premier article. Ce texte était un écrit théorique et clinique portant sur la souffrance psychologique, basée sur la conception de Shneidman. L'article traitait brièvement des événements et des ouvrages de la vie de ce suicidologue. Principalement, il expliquait la théorie de l'auteur à l'aide de son plus récent modèle théorique incluant les concepts de psymal, de pression, de perturbation et d'idée suicidaire. En lien avec le modèle, la

psychothérapie de Shneidman était présentée sous forme de cibles d'intervention. L'article faisait par ailleurs une courte revue des recherches et des mesures portant sur le psymal et les conduites suicidaires. Il est apparu effectivement qu'il existe quelques recherches qui tentent d'évaluer empiriquement le concept du psymal ou la théorie de Shneidman. De plus, un instrument de mesure pour évaluer le niveau de souffrance psychologique, l'Échelle du psymal, a été présenté pour le clinicien et le chercheur.

Enfin, une synthèse critique de la pensée de l'auteur a été effectuée. La contradiction entre une vision nomothétique (multidéterminée) et une vision individuelle (idiosyncrasique) du suicide y a été relevée. Cette section soulignait également l'apport psychothérapeutique de l'intervenant et proposait l'hypothèse d'une carence affective cumulative pour expliquer la souffrance menant au suicide. Elle mettait enfin en relief une contribution importante de ce théoricien, soit celle d'avoir défini le suicide comme une stratégie d'autorégulation émotionnelle.

Le deuxième article. Cet écrit reprenait le concept du psymal, qui est central dans l'approche de Shneidman, et le testait en relation à une autre proposition théorique importante, soit celle du suicide « par désespoir » d'Aaron T. Beck. L'hypothèse principale soutenait que le psymal avait un pouvoir prédictif équivalent ou prédominant comparativement au désespoir, dans l'explication des conduites suicidaires. Cette hypothèse a été testée à l'aide de deux équations, dont l'une tenait compte de la dépression, variable reconnue comme étant fortement associée aux conduites suicidaires.

Les résultats ont démontré la prédominance du concept de psymal sur celui du désespoir dans la prédiction des conduites suicidaires. D'une part, lorsque le désespoir et

le psymal ont été comparés dans une première équation de régression logistique, le psymal a amené une contribution significative aux conduites suicidaires et a rendu le désespoir (avec l'âge) non significatif. D'autre part, lorsque la dépression a été prise en considération dans un deuxième modèle d'équation, le psymal a obtenu un apport significatif aux conduites suicidaires et a conduit (avec le sexe) la dépression et le désespoir à être non significatifs.

Ces résultats mettent en valeur la théorie de Shneidman et l'importance du psymal dans l'explication des conduites suicidaires. Ils encouragent à poursuivre les travaux mettant en relation cette variable avec d'autres construits déjà établis en suicidologie. Ils incitent à tenir compte dorénavant de la souffrance psychologique (ou psymal) dans les futurs modèles théoriques et programmes de prévention en matière de santé publique.

Liens entre les deux auteurs

Plusieurs similarités apparaissent entre les théories de Shneidman et Beck. La nuance entre ces deux théoriciens se trouve presque exclusivement au niveau de la primauté de la variable explicative au suicide. Pour Beck, la variable qui est plus proche du suicide est le désespoir (Beck, Kovacs & Weissman, 1975). Les autres construits, comme la dépression, convergent vers le désespoir pour rendre compte de l'intention suicidaire. De son côté, Shneidman utilise le psymal pour expliquer les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides complétés. Il nous parle aussi de désespoir (*hopelessness-helplessness*), mais ne lui accorde pas un rôle prépondérant (Shneidman, 1999). Afin de rendre compte des conduites suicidaires, Shneidman met en lumière une variable affective, alors que Beck mise sur une variable foncièrement cognitive.

Néanmoins, pour les deux théoriciens, la cognition est primordiale à l'explication des conduites suicidaires. En effet, selon Beck et les cognitivistes, c'est essentiellement la cognition qui mène au suicide (Rudd, 2004). Les divers troubles psychologiques (e.g., troubles anxieux, troubles de l'humeur) ou les conduites suicidaires apparaissent et se maintiennent en raison d'erreurs de la pensée logique, de distorsions cognitives ou de schémas cognitifs inadaptés. Les conduites suicidaires sont donc considérées comme un comportement provenant d'une distorsion de la réalité. L'individu suicidaire conçoit sa situation comme étant exagérément désespérée et son problème comme étant insoluble. Le suicide apparaît ainsi comme la *seule solution* (Beck, 1964).

La contribution de Shneidman en ce qui a trait à l'explication des aspects cognitifs reliés aux conduites suicidaires n'a toutefois pas été soulignée à sa juste valeur, peut-être en raison de son orientation psychodynamique (Jobes & Nelson, 2006). Pourtant, l'importance qu'il accorde aux cognitions est semblable à celle des cognitivistes. Il est d'avis que le geste suicidaire est essentiellement relié à la conceptualisation d'une situation. Il a d'ailleurs prôné ardemment une approche mentaliste du suicide tout au long de ses travaux (Shneidman, 2001). Dans *La logique du suicide*, Shneidman (1959) étudie déjà les troubles de la pensée logique. Il explique que le geste suicidaire est créé par des confusions ou erreurs sémantiques. À ce moment, l'individu ne désire pas volontairement mourir. Il cherche plutôt, dans son esprit, à interrompre le flot incessant de ses pensées et de la douleur engendrée par ses émotions. En d'autres mots, c'est une erreur de logique ou un acte irrationnel, dans un moment de perturbation, qui l'amène à commettre l'acte ultime.

C'est dans un état de constriction perceptuelle que le suicide se présente à la conscience comme la *seule solution* possible pour remédier à la souffrance. La constriction perceptuelle de Shneidman, à l'avant-plan de sa théorie, englobe la notion de désespoir de Beck et s'apparente à des variables telles la pensée rigide ou dichotomique (le tout-ou-rien ; Shneidman, 1999 ; Weishaar & Beck, 1992). Ces nuances théoriques n'ont toutefois pas beaucoup d'impact sur la pratique. En effet, lorsqu'il s'agit de sauver des vies humaines, les techniques utilisées par Shneidman sont sensiblement les mêmes que celles utilisés par les psychothérapeutes d'orientation cognitive et comportementale. Ces techniques visent cependant des cibles d'intervention différentes (psymal ou désespoir).

C'est la résolution de problèmes qui est prioritairement utilisée par les deux cliniciens dans leurs interventions avec des individus en crise suicidaire (Shneidman, 1999 ; Weishaar & Beck, 2003). Elle est d'ailleurs un ingrédient commun à toute forme d'intervention dans ces situations de crise (Ellis, 2001). Cette technique a pour but d'amener l'individu à re-conceptualiser la situation, à envisager d'autres alternatives (ou options) au suicide, ce qui a comme effet de faire diminuer les niveaux de désespoir et de souffrance.

Bien que moins explicite dans ses techniques d'intervention, Shneidman propose plusieurs cibles thérapeutiques dont l'objectif est d'agir sur la perception de l'individu. Il suggère notamment de redéfinir les limites du supportable, de revoir l'interprétation de la situation liée aux conduites suicidaires et de favoriser une meilleure acceptation de la souffrance. Or, ces visées thérapeutiques sont les mêmes que celles privilégiées dans un

cadre cognitif et comportemental, avec des moyens tels la dédramatisation, l'auto-observation des pensées, la restructuration cognitive et l'acceptation inconditionnelle de la souffrance (Chiles & Strosahl, 1995 ; Ellis & Ellis, 2006 ; Freeman & Renicke, 1993).

Récemment, Beck (1996) a revitalisé sa théorie cognitive en fin de carrière afin de l'adapter aux plus récentes avancées théoriques et empiriques sur les troubles psychologiques et les émotions. Il propose une psychothérapie centrée sur les « modes », c'est-à-dire des systèmes organisés et constitués de schémas cognitifs, physiologiques, comportementaux et motivationnels. Ces schémas sont interreliés, d'une manière qui n'est pas linéaire, de sorte lorsqu'un mode est activé à la suite d'un évènement (par exemple le mode « danger »), le système est entièrement enclenché. La théorie sur les modes fut reprise par Rudd (2004), ancien élève de Beck ayant été président de l'Association américaine de suicidologie, afin d'être appliquée aux conduites suicidaires. Le « mode suicidaire » revisite la notion de désespoir au sein de la théorie beckienne des conduites suicidaires (Brown, Jeglic, Henriques & Beck, 2006).

Il est fort intéressant de remarquer que le modèle de Rudd (2004) s'apparente à plusieurs égards à celui de Shneidman (1992). Ils offrent tous deux un modèle diathèse-stress aux conduites suicidaires. En effet, le mode qui est activé par des stressseurs pour Rudd (2004) est semblable à la notion de pression dans la terminologie de Shneidman (1992). Aussi, une vulnérabilité à un certain type d'évènements stressants (ou besoins psychologiques spécifiques) est présente dans leurs théories. L'équivalent du seuil de tolérance à la souffrance de Shneidman est repris par l'approche des modes avec les

concepts de « seuil d'activation » du mode suicidaire et de « faible tolérance à la détresse ».

Au plan de la recherche, des divergences existent entre les deux scientifiques. D'un côté, dans ses études, Beck a étayé ses hypothèses auprès d'individus présentant un trouble dépressif, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide. Par contre, Shneidman s'attarde majoritairement à une population ayant complété un suicide. Conséquemment, leurs méthodes d'investigation diffèrent. En effet, Shneidman a innové dans l'étude du suicide en comparant des notes de suicidés rédigées en aveugle par des participants normaux avec des notes laissées par des individus décédés par suicide. Il est aussi un précurseur en investiguant le suicide à l'aide d'« autopsies psychologiques », étudiant ainsi rétrospectivement les causes d'un suicide à partir de différentes sources d'informations tels des documents, des entretiens avec des proches ou des tests projectifs. L'approche de Shneidman est donc majoritairement qualitative. De son côté, Beck a réalisé des recherches prospectives (e.g., Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985) et a adopté une approche davantage quantitative. Il cherche en effet à prédire les conduites suicidaires à l'aide d'instruments auto-rapportés sur de grands échantillons d'individus.

Les deux auteurs situent les conduites suicidaires sur un continuum. En effet, Beck a développé la notion d'intention suicidaire, où le suicide complété se situe à la dernière étape d'une séquence, précédé par des idées suicidaires et tentatives de suicide (Beck, Herman & Schuyler, 1974). Pour Shneidman (1985), le suicide suit aussi une séquence précise. Bien qu'il différencie les individus ayant complété ou non un suicide

(Shneidman, 1985), c'est l'intensité, par exemple le niveau de psymal, qui différencie ces deux groupes. Influencé par Menninger (1938) et Murray (1967), Shneidman (1985) a élargi le continuum des conduites suicidaires en développant le concept de « mort subintentionnelle » caractérisée par des comportements autodestructeurs, ayant aussi comme objectif d'interrompre une conscience douloureuse, conduisant ainsi vers une mort graduelle et indirecte (e.g., alcoolisme, toxicomanies, conduites automobiles dangereuses, automutilation, ascétisme).

En somme, les deux auteurs investiguent le suicide à partir de méthodes et de populations distinctes en recherche. Ils ont aussi une orientation psychothérapeutique différente. Néanmoins, ils en sont venus pratiquement aux mêmes conclusions théoriques et pratiques en ce qui concerne la question du suicide. Pour eux, le suicide est surtout créé par un mode de la pensée inhabituel et une manière particulière de ressentir et d'appréhender ses émotions. De ce fait, la psychothérapie avec des individus suicidaires doit orienter ses interventions sur ces composantes.

De nouvelles avenues en regard de l'approche d'Edwin S. Shneidman

La « théorie de la fuite » (*escape theory*) de Baumeister (1990) est inventive en ce qui concerne l'explication du phénomène suicidaire. Ce modèle, intégrant des variables issues de la psychologie de la personnalité et de la psychologie du soi, s'appuie sur une revue de plus de 200 études empiriques sur les suicides complétés. En plus d'expliquer les conduites suicidaires, il s'applique aussi à une vaste gamme de comportements autodestructeurs comme la boulimie, l'alcoolisme et les comportements d'automutilation.

Pour Baumeister (1990), le cousin du *psymal* engendrant une détresse émotionnelle (i.e., culpabilité, colère, tristesse, dépression) est le concept de « conscience de soi aversive ». Cet état survient lorsqu'un évènement est en deçà des attentes ou standards d'un individu. L'écart ainsi créé entre le « soi actuel » et le « soi idéal » (Higgins, 1987) peut amener l'individu à se blâmer et se critiquer pour l'évènement (attribution interne), ce qui engendre à l'extrême un état cognitif appelé le « rétrécissement mental ». Il y a alors un rétrécissement de l'horizon temporel (rejet du passé et du futur) de même que qu'une pensée concrète, rigide et banale. Ce rétrécissement crée, en toute dernière étape, un état de passivité, une suppression d'émotions, un mode de pensée irrationnel et une levée des inhibitions (impulsivité). C'est ainsi que dans l'objectif d'échapper à toute forme de pensée significative à propos de lui-même (de son soi) et pour gérer le trop plein émotionnel qu'il occasionne, l'individu s'adonne à des comportements de fuite tels le suicide et divers comportements autodestructeurs. Le rétrécissement mental caractéristique de l'individu est une notion équivalente à la constriction perceptuelle de Shneidman (1999), mais Baumeister (1990, 1994) approfondit davantage cette notion et lui confère un rôle plus important. Les recherches sur le modèle de Baumeister se font de plus en plus nombreuses, mais aucune n'a pu tester son modèle en entier (Cornette, Abramson & Bardone, 2000).

Shneidman a offert une définition au phénomène de la souffrance psychologique au sein de sa théorie sur le suicide, mais il n'a jamais opérationnalisé empiriquement ce concept, et ses efforts pour le mesurer n'ont pas été fructueux jusqu'à maintenant (Orbach, 2003). De ces faits, à l'aide d'une approche narrative utilisant l'analyse de

contenu et la *Grounded Theory* inspirée des travaux sur la « douleur émotionnelle » de Bolger (1999), Orbach, Mikulincer, Sirota et Gilboa-Schechtma (2003) ont opérationnalisé le concept de souffrance psychologique auprès d'un échantillon comprenant 120 individus normaux et cliniques. Ces chercheurs trouvent une définition plus englobante que celle de Shneidman à la souffrance psychologique. Pour eux, la « souffrance mentale » se définit comme une prise de conscience de changements au sein du soi (*self*) et de ses fonctions, accompagnées par des sentiments négatifs. Ils ont par la suite développé, auprès de 513 adultes (18-59 ans), un questionnaire de « souffrance mentale » (*OMMP ; Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale*) comprenant 44 items et incluant les neuf facteurs suivants : sentiment d'irréversibilité, perte de contrôle, blessure narcissique, débordement émotionnel, sentiment d'être paralysé, séparation, confusion, distance sociale et sentiment de vide.

Il serait utile dans le futur de mettre en relation l'Échelle du psymal (Holden, Mehta, Cunningham & Mcleod, 2001) avec le OMMP (Orbach et al., 2003), et peut-être même le Questionnaire de souffrance psychologique développé par Shneidman (1999), afin de mieux comparer ces instruments au plan psychométrique. Il apparaît aussi bénéfique de bien établir la distinction par le biais d'analyses factorielles entre la souffrance psychologique et d'autres états tels la détresse psychologique, la dépression, l'anxiété, le désespoir et les conduites suicidaires. Ces recherches impliquant les questionnaires portant sur la souffrance doivent aussi confirmer les données existantes sur des populations cliniques.

Dans un autre ordre d'idées, il sera intéressant de suivre comment de « nouveaux » modèles d'intervention, parfois rattachés aux idées de Shneidman et traitant de la souffrance humaine, sauront répondre à la question du suicide. Avec une orientation originalement psychodynamique, des influences humanistes/existentielles et cognitivo-comportementales, Firestone (1997) développe une approche pour le traitement d'individus suicidaires en intégrant le concept de souffrance psychologique. Pour lui, la souffrance psychologique provient de deux sources qui affectent la personnalité de l'individu : les « traumatismes interpersonnels » et les « traumatismes existentiels ». C'est par ces deux types d'expériences que l'individu développe « la voix » (*the voice*), c'est-à-dire un système intégré d'attitudes et de pensées négatives qui sont à l'antithèse de soi et cyniques envers les autres (e.g., critiques, accusations, attaques), à la source des comportements autodestructeurs et des perturbations émotionnelles. Cette psychothérapie vise principalement la prise de conscience de ces « voix » hostiles et autodestructrices et la compréhension de leur origine. Généralement, les voix ont été introjectées à l'intérieur de relations conflictuelles ou ambivalentes à l'enfance. Firestone (2006) mentionne que des recherches cliniques seront nécessaires afin d'appuyer ce modèle.

La psychothérapie cognitive et comportementale dite « dialectique » développée par Linehan (1993) a démontré empiriquement son efficacité dans le traitement d'individus avec un trouble de la personnalité limite de même qu'avec des individus suicidaires (Brown, 2006). Ce modèle appuie la conception du suicide en tant que fuite (*escape theory*) telle que formulée par Shneidman (1985) et Baumeister (1990). En effet, pour la

psychothérapie dialectique, le suicide et les comportements automutilatoires sont occasionnés par une difficulté d'autorégulation des émotions. Ce sont des comportements appris, ayant pour objectif d'alléger la souffrance et les émotions fortes. Ainsi, dans l'intervention auprès d'individus suicidaires, une des stratégies privilégiées est d'offrir des outils pour développer une tolérance à la détresse (*distress tolerance*), notamment avec des techniques d'inspiration orientale telles la *mindfulness*, afin de favoriser l'autorégulation des émotions (Linehan, 1993).

L'approche novatrice nommée *Acceptance and commitment therapy* (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) est concordante avec la psychothérapie dialectique (Linehan, 1993) et l'*escape theory* (Hayes & Strosahl, 2005). Cette psychothérapie a démontré son efficacité dans le traitement de divers troubles psychologiques tels que le stress, la dépression, les troubles alimentaires, l'abus de substance et les symptômes psychotiques (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004). Par contre, elle ne compte pas à ce jour d'articles publiés sur le traitement avec des individus suicidaires. Cette psychothérapie conçoit néanmoins le suicide comme la manifestation ultime de l'évitement expérientiel, stratégie cognitive utilisée pour gérer les pensées et les émotions difficiles, noyau primordial dans le développement et le maintien des troubles psychologiques. Essentiellement, l'intervention avec un individu suicidaire consiste à favoriser l'acceptation et la distanciation face aux pensées, sensations et émotions afin d'aider l'individu dans la poursuite de ses valeurs personnelles (Hayes & Strosahl, 2005 ; Hayes et al., 1999).

D'autres approches attrayantes, moins près de celle de Shneidman, démontrent leur efficacité dans le traitement de la dépression. Parmi celles-ci, on compte par exemple la psychothérapie interpersonnelle (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984) pour le traitement de la dépression majeure, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*mindfulness*) pour la prévention des rechutes en dépression (Segal, Williams & Teasdale, 2002) et la *Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy* (McCullough, 2000) pour le traitement de la dépression chronique (e.g., dysthymie). Ces derniers modèles d'intervention, bien qu'appliqués majoritairement au traitement de la dépression, ont pour l'instant peu développé leurs interventions avec des individus suicidaires.

En bref, Shneidman a eu une influence sur les théories et psychothérapies dans le domaine du suicide. Son concept de *psymal* a généré des efforts d'opérationnalisation et de mesure dans les recherches. Il s'avérera fort intéressant pour le futur de suivre les avancées des modèles théoriques et psychothérapeutiques du XXI^e siècle.

Pour conclure, résumer la théorie d'un éminent suicidologue comme Shneidman n'est pas une mince tâche. On voudrait relater le plus fidèlement possible une théorie aussi importante. Or, parce que Shneidman est parfois peu explicite sur certains concepts (e.g., la perturbation, manœuvres psychothérapeutiques) et en raison de sa manière d'écrire en prose et « par accumulation » au fil de ses ouvrages, il est complexe de rendre compte de son œuvre de manière exhaustive et authentique. Certains éléments ont d'ailleurs pu être mis en relief dans la thèse, alors que d'autres ont été mis en réserve. À titre d'exemple, par souci pédagogique, les articles ont peu développé directement la notion de létalité,

un aspect pourtant pertinent à la théorie de Shneidman. Par ailleurs, la thèse a peu abordé la période pourtant féconde de Shneidman allant de 1968 à 1984, choisissant de mettre davantage l'accent sur son plus récent modèle théorique. Néanmoins, elle a le mérite d'avoir rendu accessibles les travaux de Shneidman à un public francophone. Elle a procuré une meilleure connaissance théorique et pratique de l'approche de ce psychologue en lien avec les conduites suicidaires.

La thèse permet en plus d'amener un appui empirique supplémentaire à la théorie de Shneidman voulant que le psymal soit un construit central dans l'étude du suicide. Elle est originale en ce sens où elle compare le psymal avec un autre construit important dans le domaine du suicide, soit celui du désespoir, confrontant ainsi la théorie de Shneidman à celle de Beck. Elle apporte également une perspective nouvelle au sein des études portant sur la dépression en lien avec le désespoir et le psymal. En termes de prévention, cette étude souligne la nécessité de tenir compte du psymal (ou souffrance psychologique) dans l'identification des individus à risque suicidaire dans la population générale afin de favoriser des interventions précoces en santé publique.

Diverses limites sont identifiées. Sur le plan expérimental, cette recherche ne permet pas de conclure à un lien de cause à effet entre les variables. Aussi, la nature des instruments employés a pu amener un biais de désirabilité sociale chez les participants. Enfin, les indicateurs des conduites suicidaires, la population étudiée et l'utilisation de l'Échelle du désespoir avec une population non clinique réduisent le potentiel de généralisation de cette étude. Un travail semblable se doit donc d'être poursuivi, particulièrement avec des populations cliniques.

En somme, le psymal s'est avéré être une variable prépondérante aux conduites suicidaires dans notre échantillon. Cette souffrance demeure toutefois une infime parcelle explicative du problème complexe qu'est le suicide. Ce problème de santé individuel et collectif, même avec l'intervention d'une approche multidisciplinaire, demeure un mystère bien ardu à élucider...

Références

- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from the self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Baumeister, R. F. (1994). *S'aimer sans se fuir : Comprendre notre insoutenable besoin d'évasion*. Canada : Le jour.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression : Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief : A theory of modes, personality and psychopathology. Dans P. M. Salkovaskis (Éd.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New-York : Guilford.
- Beck, A. T., Herman, I., & Schuyler, D. (1974). Development of Suicidal Intent Scales. Dans A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. Lettieri (Éds), *The prediction of suicide* (pp. 45-56). Maryland : Charles Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behaviour : An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide : A ten-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Bolger, E. A. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 9, 342-362.
- Brown, M. Z. (2006). Linehan's theory of suicidal behavior : Theory, research, and dialectical behavior therapy. Dans T. E. Ellis (Éd.), *Cognition and suicide : Theory, research, and therapy* (pp. 29-49). Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Brown, G. K., Jeglic, E., Henriques, G. K., & Beck, A. T. (2006). Cognitive therapy, cognition, and suicidal behavior. Dans T. E. Ellis (Éd.), *Cognition and suicide : Theory, research, and therapy* (pp. 53-74). Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Chiles, J., & Strosahl, K. (1995). *The suicidal patient : Principles of assessments and treatment and case management*. Washington, D.C. : American Psychiatric Press.
- Cornette, M. M., Abramson, L. Y., & Bardone, A. M. (2000). Toward an integrated theory of suicidal behaviors : Merging the hopelessness, self-discrepancy, and

- escape theory. Dans T. Joiner et M. D. Rudd (Éds), *Suicide science : Expanding the boundaries* (pp. 43-66). New-York : Kluwer Academic Publishers.
- Ellis, T. E. (2001). Psychotherapy with suicidal patients. Dans D. Lester (Éd.), *Suicide Prevention : Resources for the Millennium* (pp. 129-151). Series in death, dying, and bereavement. États-Unis : Taylor & Francis.
- Ellis, A., & Ellis, T. E. (2006). Suicide from the perspective of rational emotive behaviour therapy. Dans T. E. Ellis (Éd.), *Cognition and suicide : Theory, research, and therapy* (pp. 75-90). Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Firestone, L. (2006). Suicide and the inner voice. Dans T. E. Ellis (Éd.), *Cognition and suicide : Theory, research, and therapy* (pp. 119-147). Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Firestone, R. (1997). *Suicide and the Inner Voice*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Freeman, A., & Reinecke, M. A. (1993). *Cognitive therapy of suicidal behaviour : A manual for treatment*. New-York : Springer Publishing Company.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT : How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to Acceptance and commitment therapy*. New-York : Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy : An experiential approach to behavior change*. New-York : Guilford Press.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, J., & Mcleod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a Scale of Psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 224-232.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy : A theory relating to self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Jobes, D. A., & Nelson, K. N. (2006). Shneidman's contributions of the understanding of suicidal thinking. Dans T. E. Ellis (Éd.), *Cognition and suicide : Theory, research, and therapy* (pp. 29-49). Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New-York : Basic Books.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality*. New-York : Guilford Press.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression : Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New-York : The Guilford Press.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New-York : Hartcourt, Brace and Com.
- Murray, H. A. (1967). Death to the world : The passions of Herman Melville. Dans E. Shneidman (Éd.), *Essays in self-destruction* (pp. 3-29). New-York : Harper and Row.
- Orbach, I. (2003). Mental pain and suicide. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40, 191-201.
- Orbach, I., Mikuliner, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtma, E. (2003). Mental pain : A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 219-230.
- Rudd, D. M. (2004). Cognitive therapy for suicidality : An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 59-72.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression : A new approach to preventing relapse*. New-York : Guilford Press.
- Shneidman, E. S. (1959). The logic of suicide. Dans E. S. Shneidman & N. Farberow (Éds), *Clues to suicide*. New-York : McGraw-Hill.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New-York : Wiley.
- Shneidman, E. S. (1992). A conspectus of the suicidal scenario. Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 50-64). New-York : Guilford.
- Shneidman, E. S. (1999). *Le tempérament suicidaire : Risques, souffrances et thérapies*. Bruxelles : De Boeck et Berlin.
- Shneidman, E. S. (2001). Suicidology and the university : A founder's reflections at 80. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 1-8.

Weishaar, M. E., & Beck, A. T., (1992). Clinical and cognitive predictors of suicide. Dans R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 467-483). New-York : Guilford.

Weishaar, M., & Beck, A. (2003). En présence d'un individu suicidaire, comment le thérapeute peut-il intervenir? *Revue Québécoise de Psychologie*, 24, 109-123.

APPENDICE A
NORMES DE PUBLICATION DÉTAILLÉES DE LA
REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE

NORMES DE PUBLICATION DÉTAILLÉES
REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE
(révision effectuée en octobre 2002)

Informations générales

1. Les manuscrits sont soumis à l'adresse suivante : Revue québécoise de psychologie, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7.
2. Les textes doivent être soumis en quatre exemplaires et respecter les normes habituelles de présentation des rapports scientifiques. Ils comptent un *maximum de 25 pages* dactylographiées à double interligne sur papier format lettre et sont accompagnés d'un résumé rédigé en *français* et en *anglais*, des mots clés en *français* et en *anglais* ainsi que du titre en *français* et en *anglais*.
3. Le texte final en traitement de texte microsoft word (Mac ou IBM) doit être accompagné d'une disquette (haute densité) ainsi que des informations nécessaires relatives à cette disquette.
4. La page couverture indique le titre (en français et en anglais), le nom de l'auteur (ou des auteurs), l'endroit où il(s) travaille(nt) ainsi que leurs coordonnées détaillées (numéros de téléphone, de télécopieur, courriel). La page qui suit donne uniquement le titre, les résumés et mots clés (en français et en anglais).
5. Une seule adresse de correspondance sera imprimée (p. ex., Adresse de correspondance : Nom, fonction, service, organisme, adresse postale. Téléphone. Télécopieur. Courriel). Néanmoins, les adresses des autres auteurs sont essentielles pour les éventuels contacts lors de la mise en page de l'article.

La qualité du français

Les articles doivent être rédigés dans une langue correcte et accessible à la majorité des lecteurs et lectrices (professionnelles et professionnels qui ont régulièrement recours à la psychologie dans l'exercice de leur profession). Les citations provenant d'auteurs de langue anglaise doivent être traduites en français. Si la traduction d'un terme technique pose problème, il est alors indiqué d'écrire le terme original entre parenthèses, à côté de la traduction qu'on en fait. Tout terme provenant d'une langue étrangère doit être en italiques. Les titres d'ouvrage ou de test doivent être mis en italiques.

Marges	en pouces	en cm
Haut :	1,60	4,06
Bas :	1,76	4,47
Gauche :	1,94	4,93
Droite :	1,94	4,93
Pied de page :	1,44	3,66

Caractères: Arial 10

Titre de l'article en français: 11 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Titre de l'article en anglais: 8 points, majuscules, gras

Le nom de l'auteur ou des auteurs et appartenance

Ex. : Colette JOURDAN-IONESCU (en 11 pts)
Université du Québec à Trois-Rivières (8 pts)

Début des paragraphes par un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm)

Niveaux de titre : Les titres ne doivent pas être des phrases (donc ne comportent pas de verbe)

1^{er} niveau de titre : Caractères : 10 pts, majuscules + gras + 2 lignes avant le titre

2^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + gras + 1 ligne avant le titre

3^e niveau de titre : Caractères : 9 pts, minuscules + gras + italique + 1 ligne avant le titre

4^e niveau de titre : Caractères : 9 pts, minuscules + gras + italique + début du paragraphe en retrait

Citations : Les citations doivent être traduites en français. Il faut les présenter entre guillemets, en retrait de 0,4 pouces (0,63 cm) à gauche et à droite et inclure la référence (auteur, année et page).

Résumés (français et anglais) comportant au maximum 100 mots

Ceux-ci sont en Arial (8 pts) et commencent aussi avec un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm). Ils sont en italiques.

Mots clés (français et anglais) comportant au maximum 6 mots

Ceux-ci sont en Arial (8 pts).

Exemples :

Résumé

L'objet de cet article est de présenter le concept d'intervention appelé « Famille soutien » pour des familles dont un des enfants présente des difficultés d'adaptation. Créée initialement dans le cadre d'un programme d'intervention auprès de familles négligentes et/ou violentes (Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu et Lacharité, 1991), l'intervention famille soutien doit toujours s'insérer à l'intérieur d'un plan d'intervention, car on demande à une famille non professionnelle,...

Mots clés : maltraitance, intervention non professionnelle, famille, soutien, supervision

ICI SERA INCLUS LE TITRE EN ANGLAIS DE L'ARTICLE

Abstract

The object of this article is to present the intervention concept of « Support family » which aims to help families with a child presenting adaptation problems. Initially created within the context of an intervention program for negligent and/or abusive families (Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu et Lacharité, 1991), support family intervention should always be incorporate into an intervention plan because a non professional, but trained and supervised family is asked to accompany a...

Key words : child abuse and neglect, non professional, supervision, support family

Signes de ponctuation

Un espace avant et après le « : »

Un espace avant et après le « % »

Un espace avant et après le « = »

Un espace après le point

Un espace après le point-virgule

Un espace après la virgule

Un espace après le point d'interrogation, le point d'exclamation.

Appels de notes de bas de page : en 8 pts

Notes de bas de page : en 8 pts

Parenthèses : Des parenthèses carrées sont utilisées lorsque des parenthèses rondes sont à l'intérieur (p. ex., [F(1,23) = 29,69, p < .01].

Description de l'échantillon : N (échantillon complet) et n (échantillon partiel).

Résultats statistiques

Le système métrique exige, en français, l'utilisation de la virgule comme séparateur des unités et des décimales, par exemple 3,5 cm. Par contre, pour certaines notations statistiques comme les seuils de signification et les corrélations, étant un système indépendant du système métrique, il faut pour ces dernières employer le point (p. ex., $r(45) = .73$, $p < .01$). Bien que les programmes statistiques donnent plusieurs chiffres après le point décimal, l'usage exige de ne donner que deux chiffres après le séparateur en arrondissant.

Les statistiques exposées dans le texte doivent toujours comporter le symbole du test, le nombre de degrés de liberté s'il y a lieu, la valeur exacte de la statistique et le seuil de signification. Toutes ces notations sont soulignées ou en italique, comme dans le texte présent. Par exemple :

- $t(16) = 2,62$, $p < .01$
- $F(1,58) = 29,59$, $p < .001$
- $r(59) = .87$, $p < .01$
- $r(22) = .21$, n.s.
- $ET(xx)$

Notez bien qu'il n'y a pas d'espace entre le symbole du test et la parenthèse qui présente les degrés de liberté. De plus, le test X^2 se présente avec les degrés de liberté et la taille de l'échantillon entre parenthèses. Par exemple :

- $X^2(2, 125) = 10,51$, $p < .05$

En outre, le texte doit présenter les statistiques descriptives utiles à la compréhension du sens de l'effet mis en évidence par la statistique inférentielle. L'exemple suivant illustre cette remarque :

- Seules les observations de jeu ont démontré une différence significative, les garçons jouant plus souvent ($M = 3,24$) que les filles ($M = 1,45$) de façon solitaire ($t(79) = 1,97$, $p < .05$).

Tableaux et figures

Les Tableaux et les Figures sont regroupés après les références. L'endroit où ils doivent être insérés est indiqué dans l'article. Les Tableaux comportent un numéro, un titre. Les Figures comportent un numéro, un titre et des légendes qui les rendent aisément compréhensibles.

Les Tableaux ou Figures sont annoncés dans le texte d'une des façons suivantes (attention de toujours mettre une majuscule aux mots Tableau et Figure) :

- Le Tableau 1 présente un résumé de...
- Comme le Tableau 1 l'indique...
- (...) l'analyse de variance (voir Figure 1).

Ci-dessous se trouve un exemple de Tableau et un de Figure [porter une attention spéciale à la façon d'écrire les titres (en gras, 9 pts)] :

Tableau 1 Cotes moyennes et écarts types des deux groupes dans chacune des quatre catégories de loisirs

Groupe	Catégorie			
	1	2	3	4
Expérimental				
M	32,45	35,98	33,78	21,67
ÉT	3,6	3,8	2,8	4,1
Contrôle				
M	22,67	54,78	21,33	34,57
ÉT	2,7	3,4	3,4	4,1

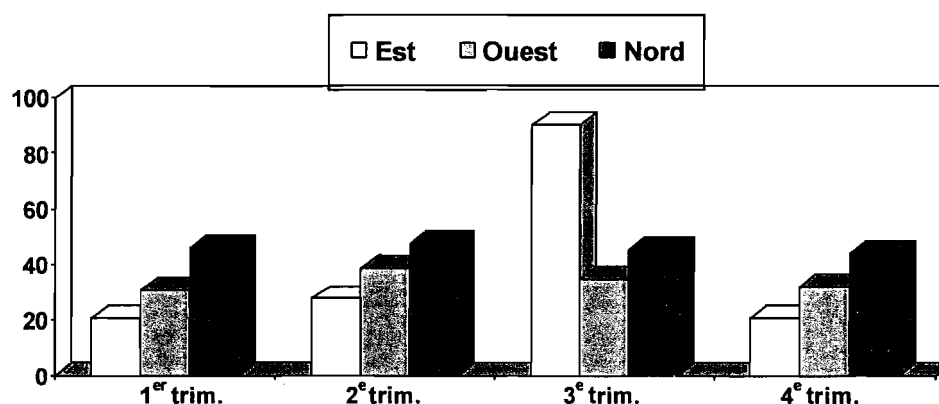


Figure 1 Répartition trimestrielle du nombre de clients selon la provenance

Références

Toute référence introduite dans l'article comporte le nom de l'auteur, la date de parution de son ouvrage ainsi que, s'il s'agit d'une citation, la page. Les références sont regroupées sur des feuilles séparées, à la fin de l'article, par ordre alphabétique d'auteurs. La liste des références doit correspondre **exactement** aux auteurs cités dans le texte.

Lorsqu'on cite une publication faite par deux auteurs, on nomme les deux auteurs. Lorsqu'on fait référence à un ouvrage publié par *plus de deux auteurs*, on les cite tous à la première mention; ensuite, on cite le premier auteur en ajoutant "*et al.*". Lorsque la référence comporte plus d'un auteur, le dernier est relié par "et"; la perluète (&) n'est pas acceptée. Cette règle vaut pour les références introduites dans le texte et pour celles regroupées à la fin de l'article. Voici quelques exemples de références pour les trois cas les plus fréquents : un livre, un chapitre dans un ouvrage et un article.

Livre

Vézina, J., Cappeliez, P. et Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal : Ga tan Morin  diteur.

Les noms du titre d'un volume en anglais sont en minuscules, exception faite de la première lettre du premier mot : *Psychology of aging*.

Chapître

Alain, M. (1993). Les théories sur les motivations sociales. In R. J. Vallerand et E. E. Thil ( ds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (p. 465-507). Laval (Québec) :  ditions  tudes Vivantes.

Article

Beaudin, G. et Savoie, A. (1995). L'efficacité des équipes de travail : définition, composantes et mesures. *Revue québécoise de psychologie*, 16(1), 185-201.

- Le titre de la revue lorsqu'il est en anglais doit s'écrire avec une majuscule à chacun des mots.
- Il faut veiller à l'exacte correspondance entre les références rapportées dans le texte et celles regroupées à la fin.
- Lorsque plusieurs auteurs sont cités pour une même idée, l'ordre alphabétique est nécessaire (p. ex., Béland, 2001; Normandin et Cossette, 1998; Trudel et Morinville, 1997).

Texte final

Lorsque l'auteur a effectué les corrections demandées, il fait parvenir le texte final en deux exemplaires (en plus de la disquette).

Correction et approbation des épreuves

Les épreuves de l'article sont envoyées à l'auteur avant l'impression et doivent être retournées dans les 48 heures. Dès la publication, l'auteur (ou le 1^{er} auteur) de l'article reçoit 10 tirés à part de l'article.

Si les directives ne sont pas suivies ou si l'auteur tarde à répondre aux demandes du Comité de lecture, la publication des articles risque d'être retardée.

APPENDICE B

AUTORISATION À LA TRADUCTION DU *PSYCHACHE SCALE*

EN LANGUE FRANÇAISE



DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

Queen's University
Kingston, Ontario, Canada K7L 3N6
Tel 613 533-6005
Fax 613 533-2499

R. Labelle
Frederick Dionne
Departement Psychologie
Universite de Quebec a Trois-Rivieres
3351 Boul Des Forges
Trois-Rivieres, Quebec
G9A 5H7

June 14, 2007.

Dear Mr. Dionne and Professor Labelle:

I grant permission for you to translate into French and to use the Holden & Mehta Psychache Scale until December 31, 2008 for undertaking a research study entitled "Hopelessness and Psychache in the Prediction of Suicide". The study is anticipated to involve approximately 615 participants.

Sincerely,

Ronald R. Holden
Professor
Telephone: 613-533-2879
Fax: 613-533-2499
Email: holdenr@post.queensu.ca

APPENDICE C

LES ÉTAPES MÉTHODOLOGIQUES DE LA TRADUCTION
ET DE LA VALIDATION TRANSCULTURELLE DU *PSYCHACHE SCALE*
(VALLERAND, 1989)

Les étapes de validation	Procédure utilisée
1) La préparation d'une version préliminaire	Méthode de la traduction renversée parallèle avec quatre traducteurs professionnels.
2) L'évaluation et la modification de cette version préliminaire	Approche de type comité incluant deux chercheurs, une experte linguistique en français et l'auteur du questionnaire original.
3) L'évaluation de la version expérimentale et validité de contenu	Prétest de la version expérimentale avec un groupe de soixante étudiants universitaires en psychologie de 1er et 3e cycle et quinze membres-chercheurs du CRISE (Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie).
4) L'évaluation de la validité concomitante	Administration du questionnaire à 615 participants et corrélations de Pearson avec les construits de détresse psychologique, de dépression et de désespoir.
5) L'évaluation de la fidélité	Stabilité temporelle (test-retest; 21 jours). Alpha de Cronbach.
6) L'évaluation de la validité de construit	Analyse factorielle confirmatoire avec les construits de détresse psychologique, de dépression et de désespoir.
7) L'établissement des normes	Comparables à la version anglophone.

APPENDICE D
L'ÉCHELLE DU PSYMAL

L'ÉCHELLE DU PSYMAL

Ces énoncés portent sur votre souffrance psychologique, NON sur votre souffrance physique. Indiquez à quelle fréquence se produisent les énoncés suivants en encerclant le numéro approprié.

1= Jamais 2= Parfois 3= Souvent 4=Très souvent 5= Toujours

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. Je ressens de la souffrance psychologique.	1	2	3	4	5
2. Je semble avoir mal en dedans de moi.	1	2	3	4	5
3. La souffrance psychologique que je ressens semble pire que toute souffrance physique.	1	2	3	4	5
4. La souffrance que je ressens me donne envie de crier.	1	2	3	4	5
5- La souffrance que je ressens assombrit ma vie.	1	2	3	4	5
6. Je n'arrive pas à comprendre pourquoi je souffre.	1	2	3	4	5
7. Je me sens très mal sur le plan psychologique.	1	2	3	4	5
8. Je souffre parce que je me sens vide.	1	2	3	4	5
9. J'ai mal à l'âme.	1	2	3	4	5

Pour la suite du questionnaire, veuillez utiliser l'échelle suivante :

1= Fortement en désaccord 2= En désaccord 3= Incertain 4= En accord 5= Fortement en accord

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
10. Je ne peux plus endurer ma souffrance.	1	2	3	4	5
11. La souffrance que je ressens rend ma vie insupportable.	1	2	3	4	5
12. La souffrance que je ressens me fait perdre tous mes moyens.	1	2	3	4	5
13. La souffrance psychologique que je ressens influence tout ce que je fais.	1	2	3	4	5

Copyright : R.R. Holden and K. Mehta, 1998

Traduction : F. Dionne, R. Labelle, J. Baillargeon et M. Daigle, 2004

APPENDICE E
INSTRUCTIONS TO AUTHORS :
SUICIDE AND LIFE-THREATENING BEHAVIOR

Suicide and Life-Threatening Behavior
The Official Journal of the American Association of Suicidology

Edited by Morton M. Silverman, MD

Instructions To Authors

Suicide and Life-Threatening Behavior is devoted to emergent theoretical, clinical, and public health approaches related to violent, self-destructive, and life-threatening behaviors. It is multidisciplinary and concerned with a broad range of related topics including, but not limited to, suicide, suicide prevention, death, accidents, biology of suicide, epidemiology, crisis intervention, postvention with survivors, nomenclature, standards of care, clinical training and interventions, violence, euthanasia, and assisted suicide.

Manuscripts should be submitted to:

Morton M. Silverman, MD, SLTB
Editor-in-Chief
The University of Chicago
5737 S. University Avenue
Chicago, IL 60637-1507
telephone: (773) 702-9800
fax: (773) 702-2011
e-mail: msilverm@uhs.bsd.uchicago.edu

New books for review should be mailed directly to:

Book Review Editor
Department of Psychiatry
The New York Hospital--Cornell Medical Center
21 Bloomingdale Road
White Plains, NY 10605
telephone: (914) 997-5849
fax: (914) 997-5958

Case consultations can be mailed directly to:

John T. Maltzberger, MD
Case Consultation Editor
38 Fuller Street
Brookline, MA 02146
telephone: (617) 731-2488
fax: (617) 277-2619

General Guidelines For Authors:

Brief summary. Manuscripts should be submitted in quadruplicate with a 100-word abstract. The entire manuscript, including references, quotations, text, and tables, should be double-spaced, typed on one side on 8- x 11 regular bond paper. American Psychological Association standard style should be used. Manuscript length, except under unusual circumstances, should not be over 20 double-spaced pages, and, ordinarily, should be shorter. Original contributions. Authors should only submit manuscripts that have not been published elsewhere, and are not under review by another publication.

Cover letter. With your submission include a cover letter designating one author as correspondent for the review process, and provide a complete address, including phone and fax. In this letter please attest that neither the manuscript nor any other substantially similar paper has been published, except as described in the letter. The corresponding author should also attest that in the case of several authors, each one has studied the manuscript in the form submitted, agreed to be cited as a coauthor, and has accepted the order of authorship. Also indicate agreement by the authors that if the paper is accepted its copyright shall become the property of the publisher. This permission section should contain the following text:

In consideration of the efforts of Guilford Publications, Inc. to work with the enclosed manuscript, the author[s] hereby conveys, transfers and otherwise assigns all copyright ownership to the Publisher in the event that this work is published by Guilford Publications, Inc. The author[s] declare that the manuscript contains nothing that is, to the best of the author[s] knowledge, unlawful, infringes on the rights of any other person, or on any copyright.

If author affiliations are given with regard to academic, hospital, or institutional affiliations, it is the author[s] responsibility to obtain any required permissions from the proper authorities to utilize such affiliations. Manuscripts that do not contain original illustrations will not be returned to the author. To ensure return, indicate this preference in your cover letter, and include the appropriate postage paid envelope. Manuscripts rejected but not returned to the author will be destroyed after thirty (30) days.

Editing. Manuscripts will be copyedited, and page proofs will be sent to the authors for review. Authors are responsible for all statements made in their work. Manuscripts should not only be well written in the sense of organization and clarity, but should be explained in a manner that is interesting and engaging to readers with a wide range of backgrounds. All manuscripts should begin with an abstract of the paper.

Reprints. Reprint order forms will be sent along with the page proofs for your paper.

Manuscript preparation. Your paper should be double spaced and submitted as an original with three copies. To ensure its consideration,

include a microcomputer version of your work, in either Mac or IBM compatible formats, utilizing Word or WordPerfect. On the title page list the full names, affiliations, and professional degrees of all the authors. Abbreviations should not be used in the title or abstract, and should be very limited in the text.

Abstracts. The abstract should be displayed on a separate page and consist of not more than 100 words. It should present the reason for the study, the main findings, and the principal conclusions.

References. Reference lists should be prepared according to the style illustrated in the articles in this issue of the journal. This approach minimizes punctuation in the specific references, but utilizes the author and date in the text of the articles, to provide maximum information quickly to the reader.

Illustrations. Graphics should be executed in Microsoft Excel in either Mac or IBM formats for making graphs, and should be directly integrated into the disk containing the text. If this is not possible, please submit camera ready copy. In all cases indicate the correct positioning of the item in the text. Illustrations should be cited in order in the text using Arabic numerals. A legend should accompany each illustration, and not exceed 40 words. Please include reproductions of all illustrations in each copy of the manuscript. As the author you are ultimately responsible for any required permissions regarding material quoted in your text, tables, or illustrations of any kind.

Tables. Tables should be cited in order in the text using Arabic numerals. Each table should be displayed on a separate page, and each must have a title.

Reviews and decisions. Manuscripts are generally sent to outside reviewers, and you will be informed of the editorial decision as soon as possible. Ordinarily a decision will be reached in about 3 months after submission is acknowledged. A request for revising the manuscript along the lines suggested by the Editor and reviewers does not constitute a decision to publish. All revised manuscripts will be re-evaluated, and the Editors reserve the right to reject a paper at any point during the revision process.

Membership. Information about membership in the American Association of Suicidology can be obtained by writing to:

Alan L. Berman, PhD
Executive Director
American Association of Suicidology
Suite 310
4201 Connecticut Avenue, N.W.
Washington, DC 20008
telephone: (202) 237-2280
fax: (202) 237-2282

APPENDICE F
L'ÉCHELLE DE DÉSESPOIR

HS

Ce questionnaire consiste en une liste de 20 phrases. Veuillez lire chaque phrase attentivement.

Si la phrase décrit votre attitude **depuis une semaine, y compris aujourd'hui même**, marquez un **V** à côté d'elle pour **VRAI**. Si la phrase n'est pas vraie pour vous, marquez un **F** pour **FAUX**.

- _____ J'envisage l'avenir avec espoir et enthousiasme.
- _____ Je pourrais tout aussi bien abandonner parce qu'il n'y a rien que je puisse faire pour améliorer ma vie.
- _____ Quand les choses vont mal, cela m'aide de savoir qu'elles ne resteront pas ainsi pour toujours.
- _____ Je ne peux pas m'imaginer comment sera ma vie dans 10 ans.
- _____ J'ai assez de temps pour faire les choses que je veux le plus faire.
- _____ Dans l'avenir, je m'attends à réussir dans ce qui m'intéresse le plus.
- _____ Mon avenir me semble tout noir.
- _____ J'estime que j'ai été particulièrement chanceux(se) dans la vie et je m'attends à obtenir encore plus de bonnes choses que les gens en général.
- _____ Je n'ai pas de chance et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai jamais dans l'avenir.
- _____ Mes expériences passées m'ont bien préparé(e) pour l'avenir.
- _____ Tout ce que je vois devant moi est désagréable plutôt qu'agréable.
- _____ Je ne m'attends pas à obtenir ce que je veux.
- _____ Lorsque j'envisage l'avenir, je m'attends à être plus heureux(se) qu'en ce moment.
- _____ Les choses ne s'arrangent tout simplement pas comme je veux.
- _____ Je fais entièrement confiance en l'avenir.
- _____ Je n'obtiens jamais ce que je veux donc c'est inutile de désirer quoi que ce soit.
- _____ Il est très peu probable que j'obtiendrai une vraie satisfaction dans l'avenir.
- _____ L'avenir me paraît vague et incertain.
- _____ Je peux envisager plus de bons moments que de mauvais.
- _____ Ça ne vaut pas la peine de vraiment essayer d'obtenir ce que je veux parce que je ne l'obtiendrai sûrement pas.

APPENDICE G
L'INVENTAIRE DE DÉPRESSION

Inventaire de Beck II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Lis avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe choisis **l'énoncé** qui décrit le mieux comment tu t'es senti(e) au cours des **deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encercler alors le chiffre placé devant l'énoncé que tu as choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, tu en trouves plusieurs qui semblent décrire également bien tes sentiments, choisis celui qui a le chiffre le plus élevé et encercler ce chiffre. Assure-toi bien de ne choisir qu'**un seul** dans chaque groupe, y compris le groupe 16 (changements aux habitudes de sommeil) et le groupe 18 (changement à l'appétit).

1. Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis toujours triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux (se) que ce n'est pas endurable.

2. Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 Je n'ai aucun espoir dans l'avenir et je sens qu'il ne peut qu'empirer.

3. Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas l'impression d'avoir échoué dans la vie.
- 1 J'ai subi plus d'échecs que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je vois un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai l'impression d'être un échec complet en tant qu'être humain.

4. Perte de plaisir

- 0 Les choses qui me plaisent me procurent autant de satisfaction qu'avant.
- 1 Les choses ne me procurent pas autant de satisfaction qu'avant.
- 2 Je retire très peu de satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire.
- 3 Je ne retire aucune satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire.

5. Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiments d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- 1 J'ai l'impression que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai l'impression que je suis puni(e).

7. Sentiments négatifs envers soi

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) de moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas.

8. Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me sens responsable de tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.f
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou m'occuper à quelque chose.

12. Perte d'énergie

- 0 Je n'ai pas perdu intérêt pour les gens et pour diverses activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision

- 0 Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile qu'avant de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation

- 0 Je ne considère pas que je suis sans valeur.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je sens que je vauds moins que les autres.
- 3 J'ai l'impression que je ne vauds absolument rien.

15. Perte d'énergie

- 0 J'ai autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand-chose.
- 3 Je n'ai pas suffisamment d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Changement aux habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures avant le temps et suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18. Changement à l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit qu'avant.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit qu'avant.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit qu'avant.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit qu'avant.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien qu'avant.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire beaucoup des choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

APPENDICE H
QUESTIONS SUR LES CONDUITES SUICIDAIRES

Questions sur les conduites suicidaires

Répondez aux questions suivantes

(Q1) Pendant les 12 derniers mois, avez-vous sérieusement pensé à essayer de vous enlever la vie ?

Oui

Non

(Q2) Pendant les 12 derniers mois, avez-vous fait un plan pour essayer de vous enlever la vie ?

Oui

Non

(Q3) Pendant les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous essayé de vous enlever la vie?

Aucune fois

1 fois

2 ou 3 fois

4 ou 5 fois

6 ou 7 fois et plus

APPENDICE I

QUESTIONNAIRE SUR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Renseignements personnels

Veillez fournir les informations suivantes.

- 1) Sexe : _____ 1 = masculin
2 = féminin
- 2) Âge : _____ Date de naissance : _____
- 3) Grade postulé : _____ (Ex : Baccalauréat en chimie)
- 4) Cycle : _____ 1 = 1^{er} cycle
2 = 2^{ième} cycle
3 = 3^{ième} cycle
- 5) Année du cycle : _____ 1 = 1^{ère} année
2 = 2^{ième} année
3 = 3^{ième} année
- 6) Nationalité : _____ (Ex : Canadienne)
- 7) Êtes-vous : _____ 1 = célibataire
2 = conjoint(e) de fait
3 = marié(e)
- 8) Travaillez-vous ? _____ 1 = non
2 = oui, à temps partiel
3 = oui, à temps plein
- 9) Estimez le revenu brut de la dernière année (2002) en utilisant l'échelle suivante :

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 0- ne s'applique pas | <input type="checkbox"/> |
| 1- moins de 5000\$ | <input type="checkbox"/> |
| 2- 5000\$ à 9999\$ | <input type="checkbox"/> |
| 3- 10000\$ à 14999\$ | <input type="checkbox"/> |
| 4- 15000\$ à 19999\$ | <input type="checkbox"/> |
| 5- 20000\$ à 24999\$ | <input type="checkbox"/> |
| 6- 25000\$ à 29999\$ | <input type="checkbox"/> |
| 7- 30000\$ à 49999\$ | <input type="checkbox"/> |
| 8- 50000\$ et plus | <input type="checkbox"/> |

APPENDICE J
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

S'il vous plaît, lisez attentivement cette introduction avant de compléter le questionnaire.

Ce projet de recherche porte sur la santé mentale. Il constitue, notamment, une étape à la traduction et à la validation d'un instrument de mesure pour évaluer la souffrance dans la population. Cette étude est réalisée par Frédérick Dionne, étudiant au doctorat en psychologie sous la supervision de M. Réal Labelle, Ph.D., professeur au Département de psychologie de l'UQTR. Si vous acceptez de participer à la recherche, vous compléterai une série de questionnaires portant sur la détresse, les symptômes dépressifs, le désespoir, la souffrance et les idées suicidaires. Répondre au questionnaire prendra environ 30 minutes.

Vous êtes libres de prendre part ou non à la recherche. Le fait de remplir le questionnaire signifie que vous consentez. À tout moment lors de la passation, vous avez droit de vous retirer de l'étude. Soyez assurés que ce questionnaire sera traité de façon confidentielle. Les résultats ne seront utilisés que pour refléter les tendances générales et aucune personne ne sera identifiée ou citée. Le questionnaire sera détruit à la fin de la recherche.

Il est possible que le contenu de ce questionnaire éveille en vous des émotions difficiles. Si c'est le cas, une feuille avec une liste de ressources d'aide est jointe au questionnaire. Notamment, si vous avez besoin d'une aide immédiate, n'hésitez pas à communiquer avec le Centre de prévention du suicide (379-9238) ou avec le Service de psychologie et d'orientation de l'UQTR (376-5015). Par ailleurs, vous pouvez laisser votre nom pour toute information supplémentaire sur la recherche ou contacter Frédérick Dionne au 376-5011, poste 4021.

Bien qu'aucun bénéfice direct (e.g., compensation monétaire) ne puisse découler de votre participation, les résultats de cette étude aideront les chercheurs et les intervenants concernés à mieux comprendre divers concepts liées à la santé mentale.

Merci de votre collaboration!
Frédérick Dionne, candidat au doctorat
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
(819) 376-5011, poste 4021

APPENDICE K
LISTE DE RESSOURCES D'AIDE

ÉTUDE SUR LA SANTÉ MENTALE

Important : Il est possible que le fait de répondre à ce questionnaire engendre des émotions indésirables chez vous. N'hésitez pas à consulter cette liste afin de connaître les ressources d'aide du milieu qui peuvent vous venir en aide en cas de besoin.

Besoin d'aide ?

- ⇒ Service aux étudiants de l'UQTR
Consultation psychologique, orientation et information
scolaire
☎ 376-5015
Local 1275 Albert Tessier

- ⇒ Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP)
☎ 376-5088
Local 0032, Pavillon Michel-Sarrazin

- ⇒ Centre de Prévention Suicide (18 ans et plus)
☎ 379-9238

- ⇒ CLSC Les Forges
☎ 379-7131

- ⇒ Info-santé
☎ 694-1414

- ⇒ Tel-Écoute
☎ 376-4242

- ⇒ Gai-Écoute
☎ 1-888-505-1010

- ⇒ Alcoolique Anonymes
☎ 376-6279

- ⇒ Drogue : aide et référence
☎ 1-800-265-2626

- ⇒ Centre d'Aide et de Lutte contre les Agressions
sexuelles
☎ 373-1232