



Prise en charge personnalisée après une tentative de suicide en utilisant une thérapie basée sur la personnalité, l'estime de soi et la dépression.

Travail de Fin de Formation

Certificat Universitaire en évaluation et interventions psychologiques-psychothérapie
Université Catholique de Louvain

Promoteur : Lucien Lemal

Anouck Garbar
1823-11-00

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
PARTIE I : Revue de la littérature.....	3
1.1. La crise suicidaire.....	3
1.2. Les troubles de personnalité et les comportements suicidaires.....	4
1.3. Les traits de personnalité liés au suicide.....	5
1.4. L'estime de soi, les comportements suicidaires et personnalité.....	7
PARTIE II : Partie empirique.....	8
2.1. Procédure et questionnaires.....	8
2.2. La population.....	8
2.3. Les résultats.....	9
2.3.1. Les diagnostics catégoriels de l'Axe II.....	9
2.3.2. Profils de personnalité.....	9
2.2.3. Symptômes dépressifs.....	10
PARTIE III: INTERVENTION.....	11
3.1. Thérapie basée sur la personnalité (TBP).....	11
3.2. Exemple de prise en charge de patients suicidaires avec la thérapie basée sur la personnalité.....	13
3.2.1. Anamnèse et synthèse holistique.....	13
3.2.2. Prise en charge.....	19
CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	27
ANNEXES.....	33

INTRODUCTION

A l'échelle mondiale, le suicide représente 1.4% de la charge de morbidité. Au niveau européen, le nombre annuel de décès par suicide dépasse celui atteint par les accidents de la route (OMS, 2004). Dans notre pays, le taux de suicide est 1.5 fois plus élevé en comparaison à la moyenne européenne (Institut Scientifique de Santé Public, n.d ; Eurostat, 2018). Plus précisément encore, la Wallonie est la région la plus touchée de la Belgique, avec 1.9 % de décès par suicide en 2016 (StatBel, 2016).

Alors que ces chiffres sont déjà alarmants, l'OMS ajoute que le nombre de tentatives de suicide est 10 à 20 fois plus élevé que le nombre de décès par suicide, entraînant des hospitalisations et des traumatismes physiques, affectifs et mentaux (OMS, 2004).

Après deux ans de pratique clinique dans un service d'urgences, je voulais terminer ma formation sur ce sujet qui m'interpelle : quels sont les facteurs qui motivent une personne à désirer de ne plus souffrir au point de ne trouver que cette ultime solution, la mort ? Au fur et à mesure de mes interventions aux urgences et des prises en charges en ambulatoire de certains de ces patients rencontrés dans cette phase aigüe de leur vie, je me suis questionnée : existe-t-il une ou des personnalités plus à risque de passage à l'acte ? Si oui, pouvons-nous, dès lors, proposer un canevas de prise en charge ?

Après un geste aussi violent envers le soi, c'est tout naturellement que je me suis dirigée vers la thérapie basée sur la personnalité. Selon Jean Cottraux (1995, cité dans Granier, 2006) « La personnalité humaine est la permanence d'un certain nombre de conduites (...) stables dans le temps à travers des situations diverses ». Ces conduites représentent des cognitions, des émotions, et des comportements appelés « traits de personnalité ». Ces prédispositions sont inscrites dans des structures biologiques qui interagissent avec l'environnement et forment, par apprentissage, des valeurs, des attitudes, des habilités sociales, des schémas cognitifs, etc. qui permettent de dégager des traits. Les traits sont donc des dispositions stables de la personne qui lui permettent de percevoir et de réagir aux évènements. Chaque personne a une configuration unique de traits qui la singularise, c'est sa personnalité (annexe n°1).

Ainsi, le protocole NEO Clin 120, développé par L.Lemal, permet de mettre en évidence les processus en jeu chez le patient par un travail sur sa personnalité en lui permettant d'identifier son soi, ses comportements habituels, ses valeurs et ses problèmes. Par l'utilisation du NEO Clin 120, nous voulions identifier un diagnostic de personnalité commun chez les

personnes qui font une tentative de suicide, et comprendre les traits de personnalité fréquemment retrouvés dans cette population pouvant être la cause de ce geste.

Lorrillard & al (2011) appuient notre démarche : « les priorités doivent être, outre la prévention primaire en population générale, de cibler les profils diagnostiques des patients qui arrivent aux urgences après une tentative de suicide, de cibler les patients les plus à risque de récurrence suicidaire et enfin de diversifier le choix thérapeutique. Ceci doit reposer sur une évaluation fiable dès les urgences. »

Outre le fait que la littérature a montré que les personnes suicidaires présentent souvent un trouble de la personnalité (Ansell & al., 2015), nous pouvons rencontrer aux urgences des personnes avec des processus suicidaires différents. Dans son ouvrage « Idées noires et tentatives de suicide : réagir et y faire face » (2006), Granier fait référence à deux types de personnalité suicidaire. D'une part, nous retrouvons celle qui traverse une crise suicidaire sur un long terme et que nous appellerons « type 1 long ». Elle caractérise les personnes qui présentent depuis longtemps des traits de personnalité inquiet, soucieux, plus pessimiste, avec une estime d'eux-mêmes souvent faible, et pour qui, un jour, un événement mineur ou insignifiant va devenir ce petit détail qui rendra la situation insupportable au point de passer à l'acte. D'autre part, les personnes qui vivent une crise suicidaire aiguë, et que nous nommerons « type 2 court ». Ces personnalités sont plutôt ambitieuses, chaleureuses, avec une estime d'elles-mêmes plutôt élevée, et pour qui, un jour, un événement brutal va toucher leur « soi » au point de créer une souffrance insurmontable les amenant à attenter à leur vie.

Au-delà des données empiriques récoltées avec le NEO Clin 120 afin de dégager un profil de personnalité suicidaire, le protocole développé dans la thérapie basée sur la personnalité sera présenté avec un cas de type 1 long et un cas de type 2 court.

Enfin, nous pouvons supposer que les personnes qui traversent cette période de souffrance et cette prise de décision mortelle, ressentent des émotions de désespoir, d'impuissance et de tristesse. L'utilisation de l'échelle de dépression CED développée par L.Lemal sera utilisée. L'objectif sera donc d'identifier la présence des symptômes dépressifs chez les personnes suicidaires.

Ce travail reposant entièrement sur le modèle empiriquement fondé du Five Factor Model (FFM), il peut être intéressant de consulter l'annexe n°2 pour le comprendre.

PARTIE I : Revue de la littérature

1.1. La crise suicidaire

La littérature montre que la crise suicidaire est un processus (Granier, 2006 ; Lafleur & Séguin, 2008 ; Pinna Puissant, 2020). Il existe une succession de trois états (annexe n°3). Premièrement, il arrive dans la vie d'un individu qu'un événement soit vécu difficilement et déclenche un état de tension chez lui. Il va alors se préparer à rechercher une solution : c'est **l'état d'équilibre**, l'individu a le sentiment de contrôler la situation. Ensuite, survient **l'état de vulnérabilité** qui se déroule lorsque la personne se sent débordée : soit les problèmes cessent et elle retourne à l'état d'équilibre, soit les problèmes persistent et une solution survient, ou bien la recherche de solution est un échec et l'individu va s'épuiser et devenir anxieux. C'est ce qu'on appelle **l'état de crise** : des idées suicidaires, d'abord vécues sous la forme de flash, peuvent apparaître. Elles sont susceptibles d'être diffuses (ex : flash d'être mortellement malade, d'avoir un accident, etc.) ou plus précises mais très brèves et non ruminées. Ces pensées peuvent disparaître ou, au contraire, réapparaître et, l'individu peut s'y attarder à chaque fois un peu plus longtemps.

Lorsque les pensées suicidaires deviennent des ruminations, le sujet développe des sentiments d'impuissance et de désespoir qu'il puisse un jour sortir de sa situation. Le suicide apparaît alors comme étant la seule issue et il élabore un scénario de plus en plus précis, c'est la cristallisation du suicide. Une fois la planification réalisée (le COQ – « Comment ? », « Où ? », « Quoi ? »), la personne ressent un soulagement, l'état de tension est relâché, et elle se sent sereine. Elle sait que sa souffrance aura une fin (annexe n°4).

Comme décrit ci-dessus, un événement perçu comme un état difficile va influencer le déroulement de la crise suicidaire. Parfois, cet événement peut survenir brutalement conduisant l'individu à passer de l'état d'équilibre directement à l'état de crise (type 2 court). Dans d'autres cas, l'individu fait face depuis longtemps à des stressseurs répétés qui l'amènent à être dans un état continu de stress. C'est ainsi que parfois, face à un événement, même mineur ou insignifiant, la personne peut passer en crise suicidaire (type 1 long). Dans ce travail, ce sont ces deux cas de figure qui seront présentés. Ils ont déjà été mis en avant par Granier (2006) dans son livre « Idées noires et tentatives de suicide : réagir et y faire face ».

L'être humain est un être social qui se construit en partie par le regard d'autrui. Ainsi, la théorie interpersonnelle du suicide (Joiner & al., 2009) peut, quant à elle, expliquer la crise suicidaire sous le regard de processus interpersonnels.

Premièrement, **la perception d'être un fardeau pour autrui** : l'individu pense enfermer l'autre en étant une responsabilité pour lui, créant alors un sentiment de haine envers soi (Joiner & al., 2009, 2012). Deuxièmement, **le sentiment de ne pas être en lien avec l'autre**, c'est-à-dire la perte ou le manque de relation réciproque positive qui conduit à un sentiment de solitude (Joiner & al., 2012 ; Joiner & al., 2009). Lorsque ces deux états sont combinés, un sentiment de désespoir apparaît et un désir actif pour le suicide se développe (Joiner & al., 2012). Si ces deux processus psychologiques peuvent installer un désir de suicide, ils ne suffisent cependant pas à conduire à une tentative de suicide (T.S.) et un troisième élément doit alors être présent : c'est **la capacité à mettre en acte des envies suicidaires**. Pour peu que l'individu n'a pas ou n'a plus peur de mourir et qu'il développe une tolérance élevée à la douleur suite à des expériences répétées de la vie (par exemple : plusieurs tentatives de suicide, automutilation, consommation de drogue par injection, être exposé à/ subir de la violence physique, être/ avoir été abusé sexuellement, avoir vécu des blessures physiques sérieuses), il va acquérir la capacité à mettre en acte des envies suicidaires (Joiner & al., 2009 ; Pinna Puissant, 2020) (annexe n°5).

1.2. Les troubles de personnalité et les comportements suicidaires

Le trouble psychiatrique le plus fréquent et le plus connu chez les personnes suicidaires est bien sûr **la dépression** (Granier, 2006) : 44 à 64% des personnes qui se sont suicidées vivaient un épisode dépressif majeur (Versavel, & al., 2013). La dépression est une maladie marquée par la tristesse et un désintérêt de tout (Granier, 2006). Les personnes prédisposées au suicide se sentent souvent vaincues et piégées (Taylor & al., 2011). Un sentiment de désespoir habite alors les personnes qui viennent de faire un geste suicidaire et permet de prédire un risque de passage à l'acte sur le long terme (Granier, 2006).

La littérature montre que les personnalités pathologiques principalement à risque de T.S. sont les personnalités borderline, antisociale, narcissique et histrionique (McGirr & al., 2009 ; Ansell & al., 2015). Ces personnalités sont appelées « **Cluster B** ».

Par leur instabilité émotionnelle, les personnes qui présentent **un trouble de personnalité borderline (TPB)** sont les personnalités les plus associées aux conduites suicidaires (Granier, 2006) : plus de 70% des personnes avec un TPB ont tenté de se suicider dans leur vie et 5 à 10% se sont suicidées. (McGirr & al., 2007). Les personnes borderlines ont tendance à adopter des comportements impulsifs afin de tenter de contenir leurs émotions (Granier, 2006 ; Wedig & al., 2012 ; Ansell & al., 2015). Le suicide peut alors sembler, pour eux, une solution pour arrêter la souffrance émotionnelle (Garnier, 2006 ; Kraft & al., 2010). Les personnes présentant

un TPB sont nettement plus à risque de récurrence suicidaire et d'hospitalisation que la population générale, et même que la population des suicidants (Lorillard & al., 2011).

Un autre trouble de personnalité à risque de conduites suicidaires est **la personnalité antisociale (TPA)**. Les personnalités antisociales sont des personnes qui vivent dans l'instant présent sans prendre conscience de la gravité ou des conséquences de leurs actes (Granier, 2006). Les personnes présentant un TPA sont des personnalités qui ont tendance à avoir des comportements impulsifs et agressifs (Granier, 2006 ; Denson & al., 2011) et sont susceptibles de faire plusieurs T.S. dans leur vie (Links & al., 2003).

Le trouble de personnalité narcissique (TPN) est lié à un déficit dans l'empathie émotionnelle occasionnant des difficultés dans les relations sociales (Ritter & al., 2011) et des comportements interpersonnels hostiles ou agressifs (Ogrodniczuk & al., 2009, cité dans Ansell & al., 2015). L'étude de Ansell & al. (2015) montre que les personnes qui présentent un TPN sont à risque de multiples T.S., mais contrairement au TPB, celles-ci seront moins impulsives et plus à risque d'être mortelles (Blasco-Fontecilla & al., 2009).

Les personnes avec un **trouble de la personnalité histrionique (TPH)** vivent dans le regard des autres, elles ont besoin d'être au centre de l'attention (Granier, 2006). Lorsqu'elles ne se sentent plus remarquées par autrui, elles sont prêtes à recourir à des conduites suicidaires avec, parfois, une expression spectaculaire de leur souffrance (Granier, 2006). Les TPH font donc partie des personnalités à risque de T.S. (Versaevel & al., 2013 ; Ansell & al., 2015).

Un autre trouble de la personnalité considéré comme un facteur de risque à un passage à l'acte suicidaire est la **personnalité dépendante** : près d'un suicidant sur deux (48%) présente ce trouble de la personnalité (Versaevel & al., 2013). Près de 70% des personnes dépendantes souffrent d'anxiété de séparation amenant à une faible estime de soi (Loas & al., 1991). Ces personnes s'engagent dans des comportements dont le but est de maintenir les relations (Versaevel & al., 2013). Lorsque leur insertion sociale est moins bonne, le risque de suicide est plus élevé (Versaevel & al., 2013). De plus, Versaevel & al. (2013) ont trouvé que 38.5% des personnes dépendantes sont déprimées.

1.3. Les traits de personnalité liés au suicide

Dans la littérature, un domaine de personnalité et trois traits de personnalité semblent se démarquer par rapport aux comportements suicidaires.

Le premier trait de personnalité est l'**impulsivité** : c'est « l'incapacité à maîtriser ses désirs et ses besoins. Les envies (de nourriture, de cigarettes, de possession) sont perçues

comme étant si impérieuses que l'individu ne peut y résister, même s'il le regrette parfois après coup. Les personnes avec une impulsivité élevée peuvent présenter des conduites à risque ». (Costa & Mc Rae, 1997). L'impulsivité est décrite comme un facteur de risque important dans les idées suicidaires et dans les comportements suicidaires (Bi & al., 2017). En effet, il joue un rôle dans l'exposition de l'individu à des événements douloureux, ce qui augmente alors sa tolérance à la douleur et son risque à des comportements suicidaires (Bender & al., 2011 ; Gorden & al., 2010).

Le deuxième trait de personnalité à être impliqué dans les comportements suicidaires est la **colère/hostilité**, c'est-à-dire « la tendance à ressentir de la colère et des émotions du même ordre que la frustration et l'amertume. »¹. Les personnes qui présentent un score élevé pour ce trait sont « hyper-susceptibles et réagissent par la colère aux contrariétés ». (Costa & Mc Rae, 1997). La colère/hostilité prédit des idées suicidaires (Velting, 1999). Il a notamment été trouvé que les comportements suicidaires des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sont souvent associés à l'impulsivité et la colère (Bi & al., 2017).

La troisième facette de personnalité est la **dépression** dans laquelle les personnes montrent une prédisposition à vivre une détresse (Bi & al., 2017). « Les personnes ayant un score élevé dans la facette dépression sont sujettes à la culpabilité, à la tristesse, à des sentiments d'impuissance et de solitude. Elles sont facilement découragées et souvent abattues. » (Costa & Mc Rae, 1997). Contrairement aux facettes de l'impulsivité ou de la colère/hostilité, les comportements suicidaires sont plutôt associés à la facette dépression chez les patients sans trouble psychiatrique (Bi & al., 2017).

Enfin, sans surprise, le domaine de personnalité du Five Factor Model (FFM) qui ressort dans la littérature par rapport aux comportements suicidaires est le **névrosisme**. Les personnes avec un névrosisme élevé sont des « individus hyper-vigilants et hyper-réactifs au stress. Ils nourrissent des idées irrationnelles et ont une mauvaise estime d'eux-mêmes. Ils éprouvent des affects négatifs chroniques tels que la peur, la tristesse, la colère, la culpabilité, la honte et le dégoût »². Le névrosisme est le domaine de personnalité le plus présent dans les comportements suicidaires (Velting, 1999 ; Bi & al., 2017).

¹ Définition issue de l'Interface du NEOClin 120, <http://www.psyclin.be>

² Définition issue de l'Interface du NEOClin 120, <http://www.psyclin.be>

1.4. L'estime de soi, les comportements suicidaires et personnalité

Il semble évident que l'estime de soi (ES) soit un élément central dans le processus suicidaire qui entraîne une atteinte du soi. En effet, l'étude de Perrot, Vera & Gorwood (2016) a mis en évidence une corrélation entre l'ES et l'intentionnalité suicidaire, et ce, indépendamment d'un syndrome dépressif. Ainsi, selon ces mêmes auteurs, l'ES constitue un facteur de risque de la dépression mais en est également une conséquence. Une mauvaise ES est l'une des composantes centrales des troubles dépressifs et dysthymiques (Watson et al., 2002, cité L.Lemal, 2017 ; Thompson, Barnskey et Battle, 2004). L'étude de Thompson (2010) indique qu'une ES faible est en lien avec la sévérité des comportements suicidaires : au plus l'individu vit des expériences de vie difficiles, au plus son ES est faible et plus il est enclin à présenter des risques suicidaires. L'annexe n°6 expose que l'ES est en lien avec les traits de personnalité du FFM et, plus précisément, elle est fortement corrélée avec la stabilité émotionnelle et l'extraversion.

L'étude de Zeigler-Hill & al. (2015) a montré qu'une ES stable est positivement liée à l'extraversion, la stabilité émotionnelle, la conscience et l'ouverture. Contrairement à une ES instable qui est négativement liée à la stabilité émotionnelle, l'agréabilité et la conscience. Ainsi, les individus avec une haute ES stable rapportent des niveaux plus élevés de stabilité émotionnelle, d'agréabilité et de conscience : au plus ils ont un niveau d'agréabilité élevé, au plus ils ont de bonnes relations interpersonnelles qui les conduisent à se percevoir comme ayant une plus grande valeur relationnelle, et il en résulte alors une ES plus élevée. Ils sont également perçus par leurs amis et leur famille comme possédant des niveaux d'agréabilité, de conscience et d'ouverture d'expérience plus élevés. A l'inverse, les individus avec des niveaux d'agréabilité et d'ouverture plus bas vont développer une ES plus faible et instable. Ils ont généralement des compétences sociales plus instables, les conduisant à avoir d'une part des difficultés à maintenir une valeur relationnelle dans le temps, et d'autre part, une ES plus faible. Ainsi, l'étude de Perrot, Vera, & Gorwood (2016) met en évidence que l'ES sociale et l'ES familiale sont spécifiquement impliquées dans la corrélation entre l'ES et l'intentionnalité suicidaire : le soutien de la famille et des pairs sont donc des facteurs de protection aux comportements suicidaires.

PARTIE II : Partie empirique

2.1. Procédure et questionnaires

Pour réaliser cette étude, les patients ont été invités à remplir le questionnaire de NEO Clin 120 et le questionnaire de dépression CED. L'unique critère d'inclusion était que le patient devait avoir fait une T.S. dans l'année 2019 et/ou 2020. Par la suite, les données étaient restituées au patient et servaient de base à la psychothérapie et aux interventions.

Le NEO Clin 120³ est un inventaire de personnalité qui a été conçu sur base du FFM. Il mesure les 5 principaux domaines de la personnalité et les 30 traits de personnalité. Il est composé de 120 items. Le CED – Clinical Eventory of Depression⁴ – est un questionnaire composé de 27 items évaluant les symptômes cognitifs, physiologiques et émotionnels de la dépression. Ce questionnaire est inspiré de l'échelle de dépression de Hamilton, de l'échelle BDI-II de Beck et de l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg. Une fois ces deux questionnaires complétés par le patient, le psychothérapeute reçoit par email les résultats qu'il décode à l'aide d'une interface spécifique. Les résultats au NEO Clin 120 permettent au psychothérapeute d'avoir rapidement un profil de personnalité, un diagnostic catégoriel (trouble de personnalité de l'Axe II) et un diagnostic dimensionnel (traits de personnalité) du patient. Les résultats au CED, quant à eux, fournissent une vision précise des symptômes dépressifs propres au patient.

L'objectif principal de cette étude est de nous permettre de cibler deux types de personnalité enclins à des tentatives de suicide via le NEO Clin 120 et le CED: les premiers types concernent les patients qui sont en crise suicidaire « au long cours » et qui sont dans un état continu de stress, on les appellera « type 1 long ». Les deuxièmes types concernent les patients en crise suicidaire aiguë qui vivent un événement brutal, on les nommera « type 2 court ». L'objectif secondaire est de pouvoir cibler des interventions en lien avec les traits de personnalité les plus souvent présents dans cette population. Bien entendu, la personnalité étant individualisée, la prise en charge est à adapter au cas par cas.

2.2. La population

Suite aux mesures prises par le Conseil national de sécurité en raison de l'épidémie du Covid-19, seulement 11 patients ont répondu aux questionnaires entre octobre 2019 et février 2020. Ainsi, les résultats exprimés dans ce travail sont à prendre comme étant une première

³ Pour plus d'information : <http://www.psyclin.be>

⁴ Pour plus d'information : <http://www.psyclin.be>

hypothèse que nous pouvons nous faire sur la personnalité des individus qui ont fait une T.S. Une étude avec un échantillon plus important devra être réalisée afin de confirmer ou infirmer nos premiers résultats.

L'échantillon des patients de type 1 long a une moyenne d'âge de 33.05 ans et est composé d'une majorité de femmes. Une majorité est en couple, a des enfants et a un diplôme soit du secondaire supérieur ou supérieur non universitaire. Tandis que l'échantillon des patients de type 2 court est plus jeune (moyenne d'âge de 28.33 ans) et majoritairement représenté par des hommes. La moitié est en couple et a des enfants. La plupart de l'échantillon a au moins un diplôme supérieur non universitaire. Les tableaux, en annexe n°7, permettent également d'observer les diagnostics d'Axe I et d'Axe II préexistants, la médication et les assuétudes des patients au moment de leur T.S.

2.3. Les résultats

2.3.1. Les diagnostics catégoriels de l'Axe II

Lorsque le pourcentage de présence du trouble de personnalité est supérieur à 40%, cela indique que le patient a obtenu un score significatif pour un des troubles de la personnalité repris au DSM-V. Nous pouvons dès lors émettre l'hypothèse que le patient a une « tendance à » ce trouble. Lorsqu'il est présent à plus de 70%, nous pouvons supposer la présence d'un score important à un des troubles de la personnalité. Nous pouvons supposer que la personne présente ce trouble. Ces hypothèses sont à vérifier lors de la restitution des résultats au patient. Via l'annexe n°8, nous observons que les personnes qui sont dans un processus suicidaire de type 2 ont une tendance à la personnalité borderline mais surtout, ne présentent pas d'alexithymie. Alors que les personnes de type 1 montrent des tendances à l'alexithymie et aux troubles de la personnalité borderline, évitante, schizotypique, paranoïaque et dépendante.

Ces premières données soutiennent notre hypothèse de deux groupes distincts de profils à comportements suicidaires : un de type court et un de type long.

2.3.2. Profils de personnalité

Pour savoir si les scores du NEO Clin 120 sont très élevés/élevés/bas/très bas, nous nous référons aux normes « femmes » et « hommes » de l'Inventaire de Personnalité-Révisé du NEO-PI-R de Costa & McCrae. Le tableau de l'annexe n°9 en donne un aperçu plus détaillé. Malgré un petit échantillon, quelques traits de personnalité peuvent se dégager pour donner un premier aperçu d'un profil de personnalité suicidaire de type 1 long et enfin de personnes suicidaires de type 2 court.

Le profil de personnalité « type 1 long » concerne des personnes qui auraient une tendance excessive à se faire du souci, à être craintives et inquiètes. Elles ressentiraient vite de l'irritation, de la colère et seraient hyper-susceptibles au point de pouvoir réagir par la colère aux contrariétés. Elles se montreraient cafardeuses, tristes, abattues, avec un profond sentiment de désespoir, et éprouveraient peu d'émotions positives. Elles seraient mal à l'aise en présence des autres, sensibles à leur regard et pourraient considérer les autres comme étant dangereux jusqu'à engendrer le conflit. Cependant, ce sont des personnes sincères, naïves et qui livreraient facilement leurs secrets et faiblesses. Elles seraient préoccupées et touchées par les besoins d'autrui au point de pouvoir en être « déprimées ». Il leur serait impossible de différer leurs envies, même si elles le regrettent après coup, au point de pouvoir présenter des comportements à risque. Elles sembleraient vulnérables au stress avec un sentiment d'être incapable de faire face à la situation vécue. Ce seraient des personnes conservatrices qui accepteraient l'autorité et respecteraient les traditions. Enfin, elles auraient une piètre opinion d'elles-mêmes et de leurs capacités, pouvant par conséquent se contenter de faibles résultats.

Pour le profil de personnalité de « type 2 court », nous nous focalisons uniquement sur les résultats des hommes: ce serait des personnes sujettes à l'anxiété. Spontanées et précipitées, elles seraient incapables de différer leurs envies au risque d'avoir des comportements à risque. Elles ressentiraient vite de l'irritation, de la colère et seraient hyper-susceptibles au point de pouvoir réagir par la colère aux contrariétés. Ce serait des personnes vulnérables au stress et elles pourraient se sentir incapables et découragées de faire face aux difficultés. Elles ressentiraient des sentiments de tristesse, d'impuissance et de désespoir. Perfectionnistes, dominantes et ambitieuses, elles seraient pourtant humbles et modestes. Cependant, pour elles, le changement serait perçu comme difficile, elles préféreraient ce qu'elles connaissent. Ainsi, elles se concentreraient principalement sur des sujets précis et rejetteraient des idées nouvelles. Bien qu'elles aimeraient la compagnie de l'autre, elles seraient perçues comme désinvoltes, instables et peu fiables dans leurs obligations. Elles se décriveraient également comme incapables de s'organiser.

2.2.3. Symptômes dépressifs

Pour l'échelle de dépression CED, les items ont été répartis suivant trois composantes : physiologique, cognitive et émotionnelle. Nous pouvons observer que les personnes dans un processus suicidaire long semblent présenter toute une série de symptômes de dépression (état de tension, critique envers soi, solitude, tristesse, sentiment d'être déprimé, culpabilité,

irritabilité, anxiété), et que les personnes dans un processus suicidaire court ne montrent aucun symptôme de dépression (annexe n°10).

Cette observation soutient notre hypothèse que la personnalité de type 1 aurait un « terreau anxio-dépressif » depuis longtemps. Alors que la personnalité de type 2 serait des personnalités sans fragilité émotionnelle.

PARTIE III: INTERVENTION

3.1. Thérapie basée sur la personnalité (TBP)

Dans le traitement des cognitions et comportements suicidaires, de nombreuses thérapies ont fait leurs preuves. Dans ce travail, il est difficile de détailler chacune d'entre elles. En prenant en considération les résultats de notre étude concernant la personnalité borderline, on pourrait s'intéresser à la thérapie comportementale dialectique de Linehan (2000) qui se montre efficace avec des patients présentant cette personnalité et des comportements d'automutilation. Au vu des résultats concernant l'alexithymie, nous aurions également pu nous diriger vers la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de la dépression. Il est intéressant de souligner que la littérature atteste que la TCC et la thérapie comportementale dialectique sont plus efficaces lorsqu'elles se focalisent sur les cognitions et les comportements suicidaires que lorsqu'elles ciblent la maladie mentale dans leur traitement (Comtois & al., 2006 ; Tarrier & al., 2008 ; Mewton & Andrews, 2016).

Nous avons cependant décidé d'utiliser la thérapie basée sur la personnalité (TBP) qui est un modèle athéorique issu du FFM (annexe n°2) et de la thérapie comportementale dialectique de Linehan (2000). Elle met en œuvre des outils à la fois comportementaux, cognitifs et interpersonnels, que l'on retrouve dans les thérapies cognitivo-comportementales classiques qui traitent des affects dépressifs et qui ont montré leur efficacité sur ce type de pathologie.

Le suicide est un comportement multidimensionnel et multifactoriel qui peut évoluer sur une longue période (de type 1) ou bien au contraire être déclenché sur base d'un acte réactionnel à un évènement (de type 2). Ainsi, le traitement des personnalités suicidaires doit être, selon nous, complexe, varié, surtout individualisé et être considéré dans un contexte bio-psycho-social (annexe n°11).

Il existe un lien important entre les gestes suicidaires, la présence d'un trouble de la personnalité et l'estime de soi (cfr. Point I). Bien souvent, les personnes qui souffrent d'un

trouble de la personnalité engendrent des difficultés dans la progression de la thérapie, des mises en échec du traitement ou encore des rechutes. Il arrive également que nous traitions des patients qui ne présentent aucun symptôme de l’Axe I ou de l’Axe II et pour qui les difficultés sont plus floues. Cependant, dans ces deux cas de figure, le thérapeute peut remarquer des difficultés dans les relations interpersonnelles ou professionnelles, des cognitions ou émotions difficilement accessibles et verbalisables car évitées. Ainsi, lorsqu’un individu se trouve dans une souffrance tellement importante qu’il essaie d’attenter à sa propre personne, le TBP va permettre de prendre en charge le ou les traits de personnalité problématiques dans les cognitions et comportements suicidaires du patient plutôt que de se focaliser sur un trouble de l’Axe I ou II en particulier.

Avec cette thérapie, la structure de base de la personnalité du patient va être mise en évidence afin d’entreprendre ensemble une thérapie adaptée et individualisée. Le déroulement de la prise en charge⁵ se réalise en un minimum de 20 séances d’1 heure. Via des techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles, le psychothérapeute va prendre en compte le ou les traits de personnalité problématiques et aider le patient à le ou les adapter à la situation qui est source de souffrance, plutôt que le ou les modifier.

L’interaction patient-thérapeute est un point essentiel dans cette prise en charge : les patients porteurs d’un ou de traits de personnalité problématiques reflètent en thérapie leur style relationnel difficile, qui sera alors traité avec des méthodes interpersonnelles. Il arrive qu’en séance, un trait de personnalité se manifeste, c’est alors l’occasion de le concrétiser et de le remettre en question, voire de le travailler. Ainsi, le binôme patient-thérapeute travaille selon un mode collaborant où l’un est expert de son vécu et l’autre du traitement. L’établissement de l’alliance thérapeutique est essentiel d’une part pour amener le patient à évaluer ses traits de personnalité problématiques et les mettre en question, et d’autre part pour permettre au thérapeute de maintenir le contrôle émotionnel en séance.

Selon Cottraux (2004, cité dans Psyclin⁶), afin de limiter les problèmes relationnels en thérapie, il y a lieu d’organiser les séances comme suit :

⁵ Pour plus d’information : <http://www.psyclin.be>

⁶ Pour plus d’information : <http://www.psyclin.be>

1. Evaluation des tâches cognitives et des expériences comportementales prévues lors de la dernière séance ;
2. Agenda de séance : choix par le patient d'un thème en rapport avec un trait de personnalité mis en évidence lors de la restitution (sur base de la synthèse holistique du NEO Clin 120) ;
3. Récapitulation fréquente par le psychothérapeute ;
4. Techniques cognitives, émotionnelles, interpersonnelles et comportementales pour modifier les traits ;
5. Résumé de séance effectué par le patient ;
6. Appréciation critique des interventions du thérapeute ;
7. Élaboration commune des problèmes relationnels ;
8. Discussions autour des programmes des tâches cognitives et des expériences comportementales à effectuer ;
9. Agenda de la prochaine séance fixée en fonction des résultats de cette séance : thème à aborder en priorité.

3.2. Exemple de prise en charge de patients suicidaires avec la thérapie basée sur la personnalité

3.2.1. Anamnèse et synthèse holistique

Les premières séances concernent l'anamnèse du patient, l'histoire de sa dépression et de son comportement suicidaire (évaluation du risque suicidaire et contrat de non suicide). Pendant ces séances, le psychothérapeute explique la thérapie basée sur la personnalité, les attentes et les objectifs de la thérapie ainsi que l'établissement de la relation thérapeutique.

Les patients qui présentent des idées et des comportements suicidaires montrent une dépression sévère nécessitant une évaluation du risque suicidaire dès la première séance. Lafleur & Séguin (2008, p. 52 à 54) proposent une évaluation en 3 pôles pour observer le risque de passage à l'acte : le RUD (annexe n°12). (1) L'évaluation du risque de récurrence se réalise sur base des facteurs individuels, les facteurs familiaux et les événements de vie. (2) L'évaluation de l'urgence concerne les informations sur le moment auquel la personne suicidaire a prévu de passer à l'acte. Le tableau des niveaux d'urgence de Séguin permet d'aider le thérapeute dans le degré d'urgence suicidaire (annexe n°13). Et enfin (3), pendant l'évaluation de la dangerosité, le thérapeute questionne le patient sur ses intentions et les moyens qu'il pense utiliser au moment du passage à l'acte. Le fait de poser des questions directes sur le « comment », le « où » et le « quoi » est essentiel pour évaluer sans ambiguïté le niveau de danger. Lorsque la

personne a défini clairement son scénario de suicide, qu'elle a un accès immédiat à des armes à feu, à des médicaments ou à tout autre moyen de mettre fin à ses jours et qu'elle est en souffrance, il faut considérer que la dangerosité est extrême et il est nécessaire de réagir : il s'agit là d'une urgence vitale. Dans le cas d'une mise en danger pour la personne, la proposition d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie peut/doit être proposée à la personne. Si celle-ci refuse l'hospitalisation, il peut être souhaitable de briser le secret professionnel et appeler les secours si nous sommes dans un cabinet de consultation ou demander l'avis d'un docteur psychiatre si nous pratiquons en équipe pluridisciplinaire. Une procédure de mise en observation se met alors en place pour sauver la personne d'elle-même. Si l'évaluation du RUD ne nécessite pas une hospitalisation, il est préférable de rencontrer le patient plus d'une fois par semaine tant que le traitement n'a pas commencé à produire son effet, si c'est possible (Ngô & al, 2018).

La littérature propose que, lors de ces séances, les patients remplissent des questionnaires d'évaluation : Bascop (2017) préconise l'utilisation du questionnaire des pensées automatiques de Hollon & Kendall (1980) traduit par Cottraux (1985). Ngô & al. (2018) proposent de remplir l'inventaire de Beck pour la dépression et l'anxiété. En ce qui nous concerne, nous avons recommandé les patients à remplir un inventaire de personnalité (NEO Clin 120) et un questionnaire dépression (CED).

a) Cas de Marie – Type 1 Long

Afin de comprendre cette vignette, nous vous invitons à regarder le génogramme, les résultats à l'échelle de personnalité NEO Clin 120, les résultats à l'échelle de dépression CED, les résultats de l'Axe II, ainsi que la synthèse holistique et processuelle (annexe n°14). Cette dernière a été réalisée à la suite de la restitution des résultats à l'inventaire de personnalité, modifiée par la patiente. Elle représente ainsi une cartographie des processus psychologiques menant au comportement suicidaire.

Marie arrive à la consultation via son époux qui, choqué par sa T.S., la persuade d'aller voir un psychologue. Elle n'a pas de demande explicite mais elle arrive à verbaliser son mal-être, une perte d'énergie, une perte d'envie, et des idées noires permanentes (ce qui inquiète fortement son époux). Après sa T.S., elle est emmenée aux urgences où son geste est accueilli sans bienveillance. Lors de la première séance, elle se montre réticente à consulter. Une fois la démarche d'intervention psychothérapeutique proposée et expliquée, elle se montre disposée à entamer un travail.

Marie (38 ans) est mariée depuis 16 ans à Pierre (44 ans). Elle l'a rencontré à 19 ans et il s'agit de sa seule relation sentimentale. Elle a fait des études de sage-femme, mais n'a jamais exercé ce métier pour aider son mari dans la petite entreprise qu'il a héritée de son père. Elle s'investit (trop) entièrement dans leur entreprise et aime cela.

Marie montre une personnalité vulnérable au stress : elle peut se sentir vite débordée et incapable de faire face aux situations problématiques (vulnérabilité N6+). Elle est facilement inquiète, craintive et timide (anxiété N1+), elle a tendance à être pessimiste (dépression N3+) et éprouve peu d'émotions positives (émotions positives E6-). Ces traits de personnalité l'amènent à vite paniquer, surtout si elle n'est pas entendue, et à ressentir le besoin d'être préparée dans les événements de sa vie. A côté de ces sentiments, elle vit un mal-être dans son couple depuis longtemps. Il y a trois mois, elle a fait une T.S. médicamenteuse. Selon elle, elle n'en peut plus, sa vie n'a plus d'intérêt, elle n'éprouve plus de plaisir et est épuisée. Elle décrit cela comme « un long glissement vers l'abîme ». De plus, elle a été très mal reçue aux urgences où elle a été sermonnée : « Vous n'avez pas honte avec trois enfants. Vous pouvez retourner chez vous et qu'on ne vous revoie plus ici ». Elle prend un antidépresseur (escitalopram 10 Mg) depuis trois ans (prescription par le médecin traitant).

Concernant son couple, Marie dit ne pas avoir d'attrance pour son mari (« Trop gros », « Trop gentil »), elle n'a aucun plaisir de leurs relations intimes : « Il fait son truc et puis c'est bon ». Elle ne supporte plus son mari qui fuit chaque fois qu'elle veut lui parler et qui n'est pas très consciencieux (« Nonchalant », « Ne tient pas compte des remarques faites ») dans son travail, elle doit toujours être derrière lui. Heureusement, ils ont eu trois enfants qui se portent très bien et avec lesquels ils n'ont aucun problème.

Marie est une personne qui est réceptive à ses sentiments et ses émotions (ouverture aux sentiments O3+) : elle ressent vite de l'irritation, de la colère, de l'amertume (colère/hostilité N2+) et n'hésite pas à exprimer ses émotions agressives si nécessaire (compliance A4-). Cependant, Marie est mal à l'aise en public quand il s'agit de relations non professionnelles et peut alors être sensible au ridicule et aux moqueries (timidité sociale N4+). Elle devient quelquefois d'agressif, susceptible et triste.

Marie ressent des émotions liées à la dépression (N3+), comme la culpabilité, la tristesse ou l'impuissance. Elle doute de ses capacités (compétences C1-), elle préfère s'en tenir à ce qu'elle connaît déjà et trouve le changement difficile (ouverture aux actions O4-). Elle a un profond respect pour l'autorité et les traditions (ouverture aux valeurs O6-). Ces traits de

personnalité conduisent Marie à adopter des comportements de dévalorisation accentuant son sentiment de tristesse et sa dépression, ainsi que ses problèmes de couple.

Marie est très active et n'arrête jamais de travailler (enfants, magasin, atelier, comptabilité, ménage, ...). Elle est réfléchie, appliquée et prosaïque : elle se montre énergique et a constamment besoin d'être occupée (activité E4+), elle reste cependant prudente et a tendance à ruminer avant de prendre une décision (délibération C6+). Elle travaille dur pour atteindre des objectifs élevés (recherche de la réussite C4+), elle préfère être réaliste et se tenir à ce qu'elle fait plutôt que de devoir imaginer des activités (ouverture aux rêveries O1-). Bien qu'elle n'y consacre aucun moment, elle apprécie l'art et la beauté (ouverture esthétique O2+) ainsi que les idées nouvelles ou des discussions philosophiques (ouverture aux idées O5+). Elle a tendance à avoir une estime d'elle très faible et à se dévaloriser : « Je peux toujours mieux faire ». Ses comportements perfectionnistes irritent son entourage : « Je suis très carrée », « Rien n'est jamais parfait », « Eternelle insatisfaite », « Impression d'être une fainéante », « J'ai toujours été ainsi ». Elle est incapable de déléguer.

Au niveau social, Marie se sent mal à l'aise avec autrui. Solitaire et préférant se tenir à l'écart (timidité sociale N4+, assertivité E3-), elle ne cherche pas de stimulation sociale (grégarité E2-) : elle pense que les autres sont malhonnêtes et dangereux (confiance A1-). Elle peut alors recourir à la flatterie ou la ruse avec l'autre (droiture A2-). Marie est quelqu'un qui a tendance à ne pas dire ses sentiments (émotions positives E6-) mais se dit empathique et touchée par les besoins d'autrui (sensibilité A6+). Ses craintes sociales l'amènent, par peur, à s'isoler socialement, ce qui accentue ses affects dépressifs. Son réseau social est fortement limité : elle et son mari n'ont ni amis, ni relations sociales. Elle n'a pas de loisirs et pas d'activités sportives (elle faisait de la natation étant jeune). Sa famille vit en France, elle s'entend très bien (ainsi que son mari) avec son frère et son père. Par contre, elle ne supporte pas sa mère (idem pour son mari). Il en est de même du côté de son mari : très bonne relation avec les sœurs et frère, mais une mauvaise avec sa belle-mère (idem pour son époux).

Au niveau des symptômes de la dépression, Marie montre une dépression modérée qui se traduit chez elle par des composantes plutôt cognitives (sentiment de déception, sentiment d'indécision, perte de plaisir), entraînant des ruminations mentales, et physiologiques (perte d'intérêt pour le sexe, état de tension). Elle ne prend pas de toxiques, elle n'a pas de problème médical et elle a une bonne alimentation. Cependant, elle présente un très léger trouble du sommeil dû aux heures de travail et peu de sommeil (4 à 6 heures).

Marie (type 1 long) montre une tendance à l'alexithymie et aux troubles de la personnalité borderline, évitante, schizotypique, paranoïaque ainsi qu'à la personnalité narcissique.

b) Cas de Julien – Type 2 Court

Afin de comprendre cette vignette, nous vous invitons à regarder le génogramme, les résultats à l'échelle de personnalité NEO Clin 120, les résultats à l'échelle de dépression CED, les résultats de l'Axe II, ainsi que la synthèse holistique et processuelle (annexe n°15). Cette dernière a été réalisée à la suite de la restitution des résultats à l'inventaire de personnalité, modifiée par le patient. Elle représente ainsi une cartographie des processus psychologiques menant au comportement suicidaire.

Julien arrive, de lui-même, à la consultation à la suite d'une tentative de suicide par pendaison. Sa demande explicite concerne son couple et sa crainte d'une séparation. Sa demande implicite apparaîtra par la suite : pouvoir présenter un suivi psychologique quand il paraîtra devant le juge. Il parle de sa T.S. comme d'une erreur et dit qu'il ne recommencera pas. Cependant, il semble très tendu lorsqu'on lui demande ce qu'il arriverait si le même scénario que celui qui l'a amené à passer à l'acte se représentait à nouveau.

Julien (38 ans) est marié depuis 15 ans à Anne (37 ans). Ils se sont rencontrés pendant leurs études de médecine. Ils ont deux enfants avec lesquels ils n'ont aucun problème. Son épouse s'entend très mal avec sa mère et son beau-frère. Ils ont peu de relations avec leurs familles respectives. Les quatre grands-parents habitent près de chez eux et s'occupent fréquemment des enfants. Ils ont peu d'amis (à part un couple) et pas de vie sociale. Ils travaillent énormément.

Julien est un homme avec une estime de lui très forte et stable. Il a une image de lui très positive et peut se sentir frustré si celle-ci n'est pas partagée par autrui (modestie A5-). Cependant, il est sensible au ridicule (timidité sociale N4+) et peut ressentir de l'irritation et de l'amertume s'il éprouve un sentiment d'injustice (colère/hostilité N2+). Ses traits de personnalité l'amènent à être hypersensible et vite blessé ou irrité. Julien a une personnalité dominante et ambitieuse (assertivité E3+), pouvant peut-être manquer d'empathie en se voyant comme un réaliste aux décisions rationnelles et logiques (sensibilité A6-). Il peut ne pas hésiter à défier l'autorité ou à être cassant ou méprisant, s'il l'estime nécessaire (Compliance A4-). Il se décrit comme étant quelqu'un d'anti-dogme, athée qui remet en question, voire rejette les valeurs sociales, politiques ou religieuses (ouverture aux valeurs O6+).

L'élément déclencheur de son passage à l'acte est une plainte rapportée d'agression sexuelle sur son lieu de travail, à son rencontre. Notons que Julien est peu attiré par son épouse : ils ont alors conclu un contrat implicite de « liberté sexuelle ». Il dit se limiter à séduire de jeunes infirmières, avec peu de relations sexuelles. Il n'est attiré que par des femmes jeunes. Il a été accusé d'agression sexuelle sur une infirmière et, dans le contexte sociétal du #MeToo, il a été licencié sur le champ. Il n'a pas pu le supporter et, cela ajouté à la fatigue de la routine « métro-boulot-dodo », il a attenté à sa vie. Il exprime que « tout s'est passé très vite ». Il a vécu cet évènement comme une injustice totale et il nie fermement les faits. Ces accusations sont pour lui insupportables.

Julien est un homme spontané qui peut agir avant d'envisager les conséquences (délibération C6-), et qui a des difficultés à maîtriser ses pulsions et envies sexuelles (impulsivité N5+). Il peut être désinvolte et manquer de rigueur dans le respect de ses obligations ou des conventions sociales, ou encore de la hiérarchie (sens du devoir C3-). C'est quelqu'un d'énergique (activité E4+) qui a une imagination vive au risque d'être distrait voire de vivre dans un monde irréel (ex : il semble complètement tomber des nues quand l'infirmière porte plainte) (ouverture aux rêveries O1+). C'est quelqu'un de chaleureux et amical avec qui il est facile de nouer (trop facilement ?) des relations amicales (Chaleur E1+). Il recherche et apprécie la compagnie de l'autre, il supporte mal la solitude (grégarité E2+). Il peut utiliser la ruse, la flatterie et la manipulation avec les autres (droiture A2).

Son épouse a réagi très mal, surtout choquée par sa T.S., elle s'est sentie abandonnée par ce geste. Elle le croit quant à sa version des faits et le soutient. Cependant, elle refuse toute relation intime et est en colère contre lui (ils font chambre à part). Elle parle de séparation. Selon lui, ils sont encore ensemble pour les enfants et leur engagement économique (maison). Il décrit son épouse comme surmenée et en burn-out par rapport à son métier.

Julien est incapable de s'organiser au détriment de son potentiel (ordre C2-) et peut être facilement découragé face aux difficultés (autodiscipline C5-), comme par exemple : remise des corvées administratives à plus tard.

Aujourd'hui, Julien a retrouvé du travail dans un nouvel hôpital et il croit que personne n'est au courant de l'incident. Malheureusement, il apprendra, 4 mois plus tard, que c'est tout le contraire ! Ce qui accentuera sa colère intérieure et envisage la possibilité d'aller travailler à l'étranger « là où personne ne me connaît ». Il ne présente plus aucun comportement de

séduction vis-à-vis de ses collègues. Mais il vit une grande frustration sexuelle par l'absence complète (à l'exception de la masturbation) de relation sentimentale et sexuelle.

Julien ne prend aucun toxique, il n'a pas de problème médical (aucune médication). Il a une bonne hygiène alimentaire et de sommeil. A la suite de l'anamnèse et des résultats du NEO Clin 120, le CED n'avait pas beaucoup d'intérêt car le patient ne montre aucun signe de dépression. Cependant, Julien montre des résultats assez élevés en ce qui concerne le trouble de personnalité borderline (70%). Probablement à mettre en lien avec son vécu actuel, de même que sa tendance au trouble de la personnalité paranoïaque. Il montre également une tendance au trouble de la personnalité antisociale et narcissique.

3.2.2. Prise en charge

a) Cas 1 Marie – Type 1 long

La synthèse holistique et processuelle de Marie (type 1 long) permet de mettre en avant deux grands problèmes psychologiques : la dépression et des comportements de perfectionnisme.

Dans l'approche comportementale du trouble dépressif, deux cercles vicieux maintiennent la dépression : d'une part, la vision pessimiste du déprimé entraîne une perte de plaisir dans ses activités quotidiennes et une impression de ne pas être capable de les accomplir. Ceci conduit à une inactivité (chez Marie, c'est plutôt une suractivité et du perfectionnisme) qui diminue la satisfaction dans ses tâches et accentue davantage la dépression. Ensuite, alors qu'au début l'entourage tente d'aider la personne, il peut s'épuiser petit à petit. Cela crée un vide sur le plan social, ce qui va diminuer le plaisir avec autrui et accentuer à son tour la dépression (Ngô & al., 2018). Le traitement comportemental aura pour objectif de briser ces deux cercles vicieux et encourager le patient à retrouver une certaine activité génératrice de plaisir et reprendre des contacts sociaux (Ngô & al., 2018). Il est proposé au patient de compléter le registre des activités quotidiennes (annexe n°16). Dans le cas de Marie, **l'activation comportementale** aura pour but de la sortir de son isolement social. Nous lui avons proposé de reprendre la natation, deux fois par mois, et de programmer, une fois par mois, une sortie culturelle pour elle seule.

Ensuite, pour travailler sur les processus cognitifs et métacognitifs, **la restructuration cognitive** nous a semblé la technique la plus adéquate (annexe n°17). En effet, selon l'approche cognitive du trouble dépressif, l'individu s'exprime à travers trois niveaux : ses émotions face à la situation, les émotions qu'il ressent et enfin les pensées qui lui traversent l'esprit. Lorsque

l'individu souffre de dépression, les pensées négatives sont plus souvent le reflet de ses émotions que de la réalité (Cungi & Note, 2001, p.43). Ces biais d'interprétation donnent à la personne déprimée un discours intérieur pessimiste, irréaliste et automatique qui est appelé « triade cognitive de Beck ». L'individu déprimé a une vision de lui-même négative (1), « *je ne vaux rien* », il a une vision négative des autres (2), « *les autres sont hostiles* » et enfin, il a une vision négative du futur (3), « *je ne m'en sortirai pas* ». Cette triade favorise, maintient et accentue les symptômes dépressifs (Ngô & al., 2018) . Le traitement cognitif aura pour objectif d'expliquer au patient que les émotions négatives qu'il ressent sont dues à la représentation qu'il se fait de la réalité plutôt qu'à la réalité elle-même (Bascop, 2017, p.231). Ceci grâce à l'utilisation de la restructuration cognitive (RC) : Cungi et Note (2001, p.44-45) expliquent que l'application de la RC se réalise sur trois niveaux : (1) le premier niveau consiste à repérer les pensées automatiques. (2) Le deuxième niveau concerne les distorsions cognitives. (3) Et enfin, le dernier niveau fait référence aux schémas dépressogènes. Le psychothérapeute propose au patient de remplir une grille d'auto-observation des cognitions liées à des situations à forte charge émotionnelle dans la vie de tous les jours car cela permet d'enregistrer les pensées automatiques du patient (annexe n°18).

Granier (2006, p. 196-232) estime que pour les patients dans le cas de Marie, type 1 long, l'abord des idées suicidaires passe par la validation et la reconnaissance de la volonté de mourir : Marie a tendance à présenter ses pensées noires de façon un peu exagérée mais sans les prendre elle-même au sérieux. Le but de la RC était, ici, de lui apprendre à se méfier de ces idées au risque de passer une nouvelle fois, plus facilement, à l'acte : lui faire reconnaître que ses idées sont possibles et qu'elle n'est pas loin de retenir le suicide comme la solution à ses problèmes.

Ci-dessous un exemple d'application de RC via la méthode Tic-Toc avec Marie :

Pensées inhibant l'action	→	Pensées orientant vers l'action
« <i>Ce n'est pas la peine que je lui parle</i> » (lui = mari)	→	« <i>Je n'ai rien à perdre à encore essayer de lui parler</i> »
« <i>Mais il fuira, comme à son habitude, la discussion</i> »	→	« <i>Je serai encore frustrée et en colère si je n'y vais pas</i> »

Dans l'annexe n°19, vous trouverez un exemple de mise en évidence et de modification d'un schéma chez Marie sur ses comportements de perfectionnisme (avantage/désavantage, évaluation des conséquences du schéma, mise en question des contrats personnels).

Afin de pouvoir diminuer les composantes physiologiques de la dépression, principalement de l'angoisse, l'apprentissage de la technique de relaxation de Jacobson a été mise en œuvre avec Marie.

Marie a un mode de communication plutôt aversif, l'entraînement aux compétences sociales a pour intérêt d'améliorer son contact social via des techniques d'affirmation de soi par des jeux de rôle (Bascop, 2017). L'apprentissage de **l'affirmation de soi** a trois objectifs : premièrement, aider la personne à bien identifier ses émotions, ses pensées et ses opinions. Deuxièmement, lui apprendre à reconnaître ses droits ainsi que ceux des autres. Finalement, l'entraîner à utiliser les moyens appropriés pour améliorer la qualité des échanges interpersonnels. (Chaloult & al., 2018).

Les conflits avec son époux sont un des facteurs clés dans la dépression de Marie. Dans la thérapie basée sur la personnalité, on propose aux conjoints de réaliser la comparaison de leurs traits de personnalité en remplissant le NEO Clin 120 en pensant à l'autre. La personnalité des partenaires joue en effet un rôle essentiel dans la vie de couple : elle peut être à l'origine de conflits et de mal-être dans le couple (annexe n°20). Le but est de déterminer les rôles des traits de personnalité dans le développement ou le maintien de la problématique conjugale et de faire accepter l'autre comme il est mais aussi, d'accepter de modifier l'expression d'un trait important dans les conflits conjugaux. Dans le couple de Marie et Pierre, la thérapie de couple a porté sur deux éléments : dans un premier temps, l'objectif a été d'améliorer la communication entre eux : Marie avait une communication axée sur l'agressivité et Pierre plutôt sur la fuite. Nous avons alors réalisé un apprentissage de l'affirmation de soi avec des jeux de rôle. Dans un deuxième temps, nous avons travaillé sur leur profil de personnalité (annexe n°19). Le but était de leur apprendre qu'un trait de personnalité dérangeant pour l'un n'était pas là uniquement pour ennuyer, mais faisait plutôt partie de la personnalité de l'autre. Parfois, un trait considéré comme gênant maintenant a été celui qui a attiré au début : pour Pierre, il a été attiré par Marie pour son esprit « pieds sur terre » sur lequel il pouvait compter. Alors que maintenant il se dit dérangé par ses comportements perfectionnistes et il a l'impression qu'elle est toujours sur son dos. Ce sont les mêmes traits qui sont concernés. Alors que Marie a été attirée par le côté joyeux, heureux de vivre, insouciant de Pierre. Elle se dit

dérangée maintenant par le fait qu'il n'est pas consciencieux, qu'il est désinvolte et qu'il ne prend rien au sérieux. Ce sont les mêmes traits qui sont concernés.

Dans l'annexe n°19, une nouvelle synthèse holistique a été réalisée afin d'apprécier l'évolution des problématiques rencontrées par Marie dans sa T.S. Le risque suicidaire de Marie est diminué : elle n'a plus de pensées suicidaires. Et la communication dans son couple, à l'origine de son geste, est améliorée.

b) Cas 2 Julien – Type 2 court

La synthèse holistique et processuelle de Julien montre principalement une problématique d'ES élevée (annexe n°15). Même s'il ne montre pas de symptômes de dépression, rappelons-nous que les personnalités narcissiques sont à risque de T.S. plus souvent mortelles (Blasco-Fontecilla & al., 2009).

L'utilisation de la **restructuration cognitive** va commencer lors de la restitution de la synthèse holistique. Pendant celle-ci, Julien a découvert ses traits de personnalité responsables de ses problématiques sans se sentir jugé et il a fait une première identification de cognitions dysfonctionnelles dans sa situation. L'idée est de lui apprendre que celles-ci sont inadaptées à la situation et engendrent des interprétations erronées qui sont sources de souffrance. Pour Julien, le psychologue lui a demandé une description la plus précise possible des idées qui lui passaient par la tête au moment où il songeait à mourir. Le psychologue l'a replongé en imagination dans la scène où ses idées lui sont apparues en lui faisant raconter à chaque étape ses émotions, ses pensées, sa perception de l'environnement. Le but étant de dérouler l'enchaînement de la crise au niveau des pensées et des émotions, dans le contexte où elles surviennent. Pour Julien, l'évènement déclencheur a été son licenciement et les émotions d'injustice associées.

Contrairement à Marie, Julien a une estime de lui haute. **La thérapie d'affirmation de soi** a eu pour but ici l'apprentissage d'un mode de communication moins autoritaire et cassant ainsi que l'apprentissage au respect des droits des autres.

Pour les conflits conjugaux entre Julien et son épouse, la même procédure d'identification des traits de personnalité dans l'entente de son couple que celle proposée à Marie, a été réalisée. **La thérapie de couple** avait pour objectif, ici, de rétablir une communication entre les deux partenaires.

CONCLUSION

C'est depuis ma pratique clinique aux urgences et mes supervisions sur le protocole NEO Clin 120 pendant mon 3^{ème} cycle en psychothérapie intégrative qu'est née cette réflexion autour de la personnalité suicidaire : peut-il exister un profil de personnalité suicidaire suivant le type de processus suicidaire (Granier, 2006) ? Et si oui, sachant le caractère complexe, multifactoriel, bio-psycho-social et, surtout, individualisé d'une T.S., peut-on envisager un canevas de prise en charge ?

Pour répondre à ces questions, nous avons fait passer l'inventaire de personnalité NEO Clin 120 et l'échelle de dépression CED développé par L. Lemal. Nous avons scindé notre échantillon suivant leur T.S.: si la T.S. apparaissait comme la libération à une situation de souffrance, qui dure depuis un certain temps et dont un évènement mineur a joué le rôle de « la goutte qui fait déborder le vase », chez des patients qui ont des idées noires depuis un moment, nous la qualifions de « type 1 long ». Par contre, si la T.S. semblait être la solution à un évènement brutal, soudain et violent, sans pensées suicidaires au préalable par le patient, nous la catégorisons de « type 2 court ».

Grâce à notre recherche nous avons pu démontrer l'existence de deux types de personnalité suicidaire distincts : dans l'échantillon de type 1 long, il semble y avoir une majorité de femmes qui présente une tendance importante à l'alexithymie qui est confirmée par la présence de plusieurs symptômes de dépression. Plusieurs troubles de personnalité ont également été mis en avant. Contrairement au type 1, l'échantillon de type 2 court est, quant à lui, plutôt masculin et ne se montre pas du tout déprimée : les résultats au CED et au NEO Clin 120 ne mettent en avant ni symptômes dépressifs ni alexithymie. Cependant, les personnes de type 2 ont uniquement une tendance au trouble de la personnalité borderline (TPB). Au vu de la littérature, ce résultat n'est pas surprenant. En effet, le TPB est le trouble de personnalité le plus associé aux conduites suicidaires (Granier, 2006 ; McGirr & al., 2007 ; Kraft & al., 2010). Pour les types 2, nous pouvons émettre l'hypothèse que le comportement impulsif, utilisé par les personnes avec un TPB dans la gestion de leurs émotions, est celui qui a été employé (Granier, 2006 ; Weding & al., 2012 ; Ansell et al., 2015).

A travers ces premiers résultats, on peut souligner le caractère singulier du geste suicidaire. En effet, lorsqu'une personne ne trouve d'autres issues à ses problèmes que de réaliser un acte aussi violent envers soi que la T.S., en tant que psychothérapeute il peut être intéressant de se tourner vers la thérapie basée sur la personnalité (TBP). Issu du modèle

empiriquement fondé du FFM (annexe n°2) et inspiré de la thérapie comportementale dialectique de Linehan (2000), ce modèle athéorique met en œuvre des outils psychothérapeutiques comportementaux, cognitifs et interpersonnels inspirés des TCC. A travers de nombreuses recherches et méta-analyses, ces thérapies ont démontré leur efficacité équivalente voire même supérieure aux antidépresseurs ou à d'autres psychothérapies dans le traitement de la dépression (Dobson, 1989, Cottraux, 1990 ; Robinson, Borman & Neimeyer, 1990). La thérapie interpersonnelle a également trouvé des résultats comparables à la TCC (Letty & al., 2007). Quand il s'agit de traitement de la dépression, les maîtres-mots sont « psychoéducation », « activation comportementale » (Dickson & Moberly, 2013 ; Ekers & al., 2014), « restructuration cognitive » (Cungi & Note, 2001 ; Greenberger & Padesky, 2005) et « affirmation de soi » (Fennell, 1998 ; Mc Manus, Waite & Safran, 2009, 2012). Pour mettre en œuvre ces techniques, le psychothérapeute doit impérativement connaître le patient, saisir son individualité, comprendre son environnement et le fonctionnement de son trouble afin de lui proposer une prise en charge adaptée (modèle bio-psycho-social).

C'est ce que nous avons réalisé dans notre étude et que nous avons ensuite illustré avec le cas de Marie (type 1 long) et Julien (type 2 court). A travers nos résultats, nous pouvons proposer un profil de personnalité suicidaire de type 1 et de type 2 ainsi qu'un canevas de prise en charge différent pour chaque type. Bien évidemment, la psychothérapie sera à adapter, à singulariser au vécu du patient.

Le profil de personnalité suicidaire de type 1, illustré par Marie, correspond à des personnes qui, depuis une longue période, éprouvent peu d'émotions positives, qui ressentent des affects dépressifs et qui sont rapidement irritées et en colère. Elles sont fortement anxieuses et vulnérables au stress en étant incapable d'y faire face. C'est ainsi qu'elles peuvent avoir des comportements à risque. Le psychothérapeute peut, pour ceci, utiliser la restructuration cognitive (annexe n°17) afin d'apprendre aux patients à identifier leurs distorsions cognitives, les confronter à leur réalité quotidienne, et leur apprendre à se méfier de leurs idées suicidaires. Le psychothérapeute utilise également l'activation comportementale pour briser l'inactivité (ou la suractivité) et des techniques de relaxation pour diminuer les affects anxiogènes. En société, ce sont des personnes qui se montrent mal à l'aise et sensibles au regard des autres. Elles sont sincères et transparentes, pouvant faire preuve d'empathie parfois à l'extrême. Elles sont conservatrices et acceptent facilement l'autorité. Elles ont en général une estime d'elles-mêmes très faible, ce qui joue un rôle central dans leur dépression (Watson & al., 2012 ; Zeigler – Hill & al., 2015) dans leurs comportements suicidaires (Thompson, 2010) et dans l'instabilité de

leurs relations sociales (Zeigler-Hill & al., 2015). Le psychothérapeute emploie alors des outils d'affirmation de soi par des jeux de rôle pour apprendre aux patients à respecter ses droits. L'activation comportementale et la thérapie de couple ont eu pour but de les resocialiser et de rétablir une communication ainsi qu'un soutien de leur conjoint.

Le profil de personnalité suicidaire de type 2, illustré par Julien, représente des personnalités intolérantes au changement et à la nouveauté, préférant ce qu'elles connaissent déjà. Ce sont des personnes avec une haute estime d'elles-mêmes; perfectionnistes, dominantes, ambitieuses, elles peuvent être hyper-susceptibles et répondre par la colère aux contrariétés. Elles sont chaleureuses et apprécient la compagnie d'autrui mais elles peuvent être perçues comme des personnes peu fiables dans leurs obligations. L'ES haute et stable est connue pour être corrélée avec la stabilité émotionnelle et l'extraversion (Zeigler – Hill & al, 2015). Ainsi, quand survient un évènement inattendu touchant leur ES, elles se sentent découragées, incapables de faire face à la situation. En lien avec celle-ci, elles vont commencer à ressentir des affects dépressiogènes et anxiogènes. Spontanées et précipitées, elles sont capables de se mettre en danger si elles ne se sentent plus soutenues par leur entourage familial ou social (Perrot, Vera, Gorwood, 2016). Ce type de personnalité suicidaire n'étant pas déprimé, la restructuration cognitive (annexe n°17) a surtout pour but de dérouler l'enchaînement de la crise suicidaire, dans le contexte où elles surviennent, et de leur apprendre que ses cognitions sont inadaptées à la situation et engendrent des interprétations erronées. Ensuite, un travail sur l'affirmation de soi (Horvath & Morf, 2010 ; Maple & al., 2010 ; Marissen & al., 2012) et la thérapie conjugale ont pour objectifs de développer l'empathie, réduire la centralisation sur soi, et apprendre une communication plus respectueuse avec les autres.

Pour le cas de Marie, nous avons pu constater une amélioration considérable concernant ses symptômes dépressifs, ses idées suicidaires, la communication dans son couple, ses comportements perfectionnistes et ses comportements d'affirmation de soi (annexe n°19). Pour Julien, les améliorations sont plus lentes mais néanmoins non négligeables : sa situation professionnelle n'est pas encore totalement résolue, mais les relations avec ses collègues sont plus adéquates. Il a toujours la pression judiciaire et au niveau de son couple, bien que la communication soit moins agressive, ils font toujours chambre à part.

Dans cette étude quelques limites sont à prendre en considération : tout d'abord, une étude plus approfondie avec un échantillon plus important est nécessaire pour appuyer davantage nos résultats. L'inventaire de personnalité NEO Clin 120 dresse un portrait descriptif

complet de l'individu permettant au psychothérapeute de donner une thérapie adaptée à son patient. Cela nécessite d'avoir une alliance thérapeutique suffisamment bonne que pour aborder la personnalité en profondeur. Cette thérapie demande également un engagement sur du long terme de la part du patient, et la capacité de pouvoir fournir une psycho-éducation sur le trouble de la part du psychothérapeute. Ce dernier doit aussi avoir une bonne compréhension du vécu du patient afin de le synthétiser avec les traits de personnalité en lien avec les problèmes psychologiques relatés par le patient. Et enfin, une bonne expérience du psychothérapeute est nécessaire lors de l'utilisation des outils cognitifs, comportementaux et interpersonnels. Le psychothérapeute doit également être à l'aise avec les idées suicidaires et la mort : il doit pouvoir faire attention à des idées suicidaires qui persistent malgré la restructuration cognitive et être en garde face à des patients (trop) collaborants, ce qui pourrait représenter un risque d'un nouveau projet suicidaire. Enfin, le psychothérapeute doit être bien au fait du réseau de santé mentale afin d'éventuellement passer la main à un psychiatre voire à un hôpital psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

Ansell, E., Wright, A., Markowitz, J., Sanislow, C. & al. (2015). Personality Disorder Risk Factors for Suicide Attempts over 10 Years of Follow-up. *Personal Disord*, 6 (2), 161-167. Doi : 10.1037/per0000089.

Bascop, N. (2017). Dépression et idées suicidaire : le cas de Monsieur P. In S. Rusinek (Eds.), *Traiter la dépression et les troubles de l'humeur : 10 cas pratiques en TCC* (p.224-239). Malakoff : Dunod.

Bender, T., Gordon, K., Bresin, K., & Joiner, T. (2011). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. *Journal of Affective Disorders*, 129, 301-307. Doi : 10.1016/j.jad.2010.07.023

Bi, B., Liu, W., Zhou, D., Fu, X., Qin, X., & Wu, J. (2017). Personality traits and suicide attempts with and without psychiatric disorders: analysis of impulsivity and neuroticism. *BMC Psychiatry*, 17, 294. Doi : 10.1186/s12888-017-1453-S

Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M., & al. (2009). Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1583-1587. Doi:10.4088/JCP.08m04899

Chaloult, L., Audet, J., Brosseau, C., Couture, N., Goulet, J., Gravet, N., & al (2018). *L'affirmation de soi*. Canada: Tccmontreal. Retrieved from: https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/09/l_affirmation-de-soi-version-isbn-2018.pdf

Comtois, K. & Linehan, M. (2006). Psychosocial treatments of suicidal behaviors: a practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (2), 161-170. Doi: 10.1002/jclp.20220

Costa, P., Mc Rae, P., (1997). *NEO PI-R. Inventaire de Personnalité – Révisé*. Adapté en français par J.-P. Roland, Paris, Centre de Psychologie Appliquée, pp. 18-23

Cottraux, J. (1990). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson.

Cungi, C., & Note, I-D. (2001). *Faire face à la dépression : une démarche efficace pour guérir*. Paris: Retz

Denson, T., Pederson, W., Friese, M., Hahm, A., & Roberts, L. (2011). Understanding impulsive aggression: Angry rumination and reduced self-control capacity are mechanisms

underlying the provocation-aggression relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37, 850-862. Doi: 10.1177/0146167211401420

Dickson, J. & Moberly, N. (2013). Reduced Specificity of Personal Goals and Explanations for Goal Attainment in Major Depression. *Journal of Plos One*, 8, (5), 1-6. Doi : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064512>

Dobson, K. S. (1989). *A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression*. *J Consult Clin Psychol*, 57(3), 414-419.

Eckers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., & al. (2014). Behavioral Activation for Depression : An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *Journal of Plos One*, 9, (6), 1-11. Doi : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>

Fennell, M.J.V. (1998). Cognitive therapy in the treatment of low selfesteem. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, 296-304.

Forrester, R. Slater, H., Jomar, K., Mitzman, S. & Taylor, P. (2017). Self-esteem and non-suicidal self injury in adulthood: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 221, 172-183. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.06.027>

Gordon, K., Selby, E., Anestis, M., Bender, T., Witte, T., Braithwaite, S., Van Orden K., Bresin, K., & Joiner, T. (2010). The reinforcing properties of repeated deliberate self-harm. *Archives of Suicide Research*, 14, 329-341. DOI: 10.1080/13811118.2010.524059

Granier, E. (2006). *Idées noires et tentatives de suicides : réagir et faire face*. Paris: Odile Jacob.

Greenberg, D., & Padesky, C. A. (2005). *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive*: Décarie Éditeurs

Horvath, S., & Morf, C.C. (2010). To be grandiose or not to be worthless: different routes to self-enhancement for narcissism and self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 44, 585-592.

Institut Scientifique de Santé Publique. (n.d.). SPMA : Standardized Procedures for Mortality Analysis - Belgium. Retrieved from : <https://spma.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>

James A. McMartin (2016). *Personality Psychology : A Student-Centered Approach*. Los Angeles : Sage

Jean-Pierre Rolland (2004). *L'évaluation de la personnalité. Le modèle en cinq facteurs*. Sprimont : Mardaga.

Joiner, T., Ribeiro, J. & Silva, C. (2012). Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Behavior, and Their Co-occurrence as Viewed Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Association for Psychological Science* 21 (5), 342-347. Doi: 10.1177/096372141254873

Joiner, T., Van Orden, K., Witte, T., Selby, E., Ribeiro, J., Lewis, R. & Rudd, D. (2009). Main predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults. *Journal Abnormal Psychology*, 118 (3), 634-646. Doi: 10.1037/a0016500

Kraft, T., Jobes, D., Lineberry, T., Conrad, A., & Kung, S. (2010). Brief report: Why suicide? Perceptions of suicidal inpatients and reflections of clinical researchers. *Archives of Suicide Research*, 14, 375-382. DOI: 10.1080/13811118.2010.524073

Lafleur, C., & Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Canada : Les Presses de l'Université Laval.

Lemal, L.(2017). *L'estime de soi*. Unpublished document.

Lemal, L. *La thérapie basée sur la personnalité (TBP)*. Retrieved from <http://psyclin.be/therapie-basee-personnalite/#synthese1>

Linehan, M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Genève: Médecine & Hygiène.

Links, P., Gould, B., & Ratnayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 301-310. Doi: 10.1177/070674370304800505

Loas, G., Guelfi, J.D., Barrois, C., Gruselle, G. (1991). Les facteurs prédisposants des personnalités dépendantes. *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 39, 361-367.

Lorillard, S., Schmitt, L., & Andreoli, A. (2011). Comment traiter la tentative de suicide ? Seconde partie : une revue des traitements et de leur efficacité chez des patients borderline. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 229-236. Doi : 10.1016/j.amp.2010.08.008

Maples, J.L. et al. (2010). Narcissistic personality disorder and self-esteem: an examination of differential relations with self-report and laboratory-based aggression. *Journal of Research in Personality*, 44, 559- 563.

Marissen, M.A.E., Deen, M.L., & Franken, I.H.A. (2012). Disturbed emotion recognition in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research, 198*, 269-273.

McGirr, A., Alda, M., Sequin, M., Cabot, S., Lesage, A., & Turecki, G. (2009). Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: A three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*, 11124-1134. Doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08111744

McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 721-729. DOI: 10.4088/jcp.v68n0509

McManus, F., Waite, P., & Shafran, R. (2009). Cognitive behavior therapy for low self-esteem: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 266-275.

Mewton, L., & Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychology Research and Behavior Management, 9*, 21-29. Doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S84589>

Michael C. Asthon (2014). *Psychologie de la personnalité et des différences individuelles*. Louvain-la-Neuve : de Boeck.

Michel Hansenne (2006). *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles : de Boeck.

Ngô, T., Chaloult, L., & Goulet, J. (2018). *Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement cognitivo-comportemental du trouble dépressif majeur*. Canada: tccmontreal. Retrieved from: <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2018/07/guide-de-pratique-dc3a9pression-version-isbn-2018-pdf.pdf>

Organisation Mondiale de la santé : le suicide : un problème de santé publique énorme mais évitable (2004). Retrieved from : <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/fr/>

Perrot, C., Vera, L., & Gorwood, P. (2016). La faible estime de soi est corrélée à l'intentionnalité suicidaire, indépendamment de la sévérité de la dépression. *L'Encéphale, 1-6*. Doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.10.003>

Pervin & John (2005). *La personnalité. De la théorie à la recherche*. Bruxelles : de Boeck.

Pinna Puissant, S. (2020). Un Pass dans l'Impasse – *Centre de prévention du suicide et d'accompagnement. Guide Pratique : Intervenir auprès d'une personne en crise suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. Unpublished document, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.

Ritter K., Dziobek, I., Preissler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., & al. (2011). Lack of empathy in patients with narcissitic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187, 241-247. Doi: 10.1016/j.psychres.2010.09.013

Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). *Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research*. *Psychol Bull*, 108(1), 30-49.

Statbel. Belgique : décès par sexe et par région, pour quelques groupes de causes (2016). Retrieved from : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#panel-12>

Tarrier, N., Taylor, K., Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32 (1), 77-108. Doi: 10.1177/0145445507304728

Taylor, PJ. Gooding, A., Mood, A., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137 (3), 391-420. Doi: 10.1037/a0022935.

Thomas A. Widiger & Paul T., Jr. Costa (2012). *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*. Washington : Factor One.

Thompson, A. (2010). The Suicidal Process and Self-Esteem. *Crisis*, 31 (6), 311-316. Doi: 10.1027/0227-5910/a000045

Thompson, A., Barnsley, R., & Battle, J. (2004). The relative age effect and the development of self-esteem. *Educational Research*, 46, 313-320. Doi: <https://doi.org/10.1080/0013188042000277368>

Velting, D. (1999). Suicidal Ideation and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Difference* 27, 943-952. Doi : 0191-8869/99/\$

Versaevel, C., Vinckier, F., Jeanson, R., Defromont, L., Lebouteiller, V., & Lajugie, C. (2013). Liens entre personnalité indépendante, épisode dépressif majeure et tentative(s) de suicide. Dans une population de 108 suicidants, étude des liens entre personnalité dépendante,

dépression et différentes variables. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 232-237. Doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2012.10.014>

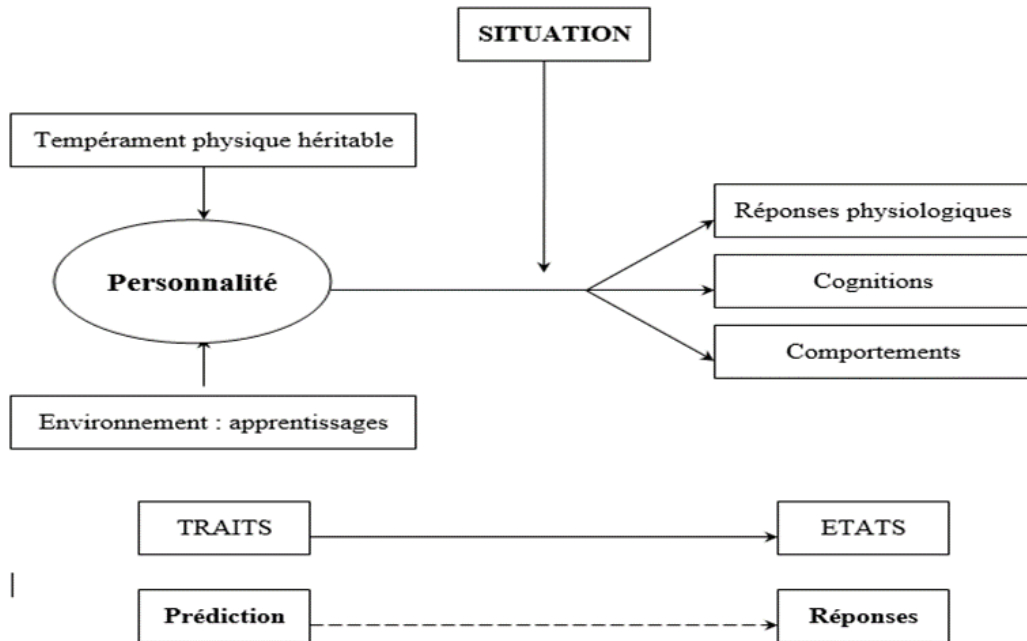
Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: a preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1049-1057.

Wedig, M., Silverman, M., Frankenburg, F., Bradford Reich, D., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*, 42, 2395-2404. Doi: 10.1017/S0033291712000517

Zeigler-Hill, V., Holden, C., Enjaian, B., Southard, A., Besser, A., Li, H., & Zhang, Q. (2015). Self-Esteem Instability and Personality: The Connections Between Feelings of Self-Worth and the Big Five Dimensions of Personality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41 (2), 183-198. Doi : 10.1177/0146167214559719

ANNEXES

Annexe n°1 – Schéma Cottreau : différence traits/états



Annexe n°2 – Five Factor Model (FFM) (issu de « Application Clinique du Five Factor Model – syllabus de sensibilisation au Five Factor Model de L.Lemal », 2013, p.6-10).

Déjà en 1932, McDougall suggéra que la personnalité pouvait être décrite à travers 5 facteurs indépendants. Deux ans plus tard, sa théorie fut confirmée par les résultats d'une recherche menée par Thurstone, un pionnier de la psychométrie moderne. Cependant, 50 années furent nécessaires pour voir ce modèle développé et pris en considération. C'est seulement en 1980 que de nombreux travaux montrèrent l'existence d'un modèle en cinq facteurs, le Five Factor Model (FFM). Le FFM de la personnalité a fait l'objet de très nombreuses recherches. Des méta-analyses ont pu démontrer sa robustesse, notamment par sa réplication à travers différentes méthodes et différents contextes. Sa validité interculturelle et les liens établis avec les dernières avancées scientifiques en biologie, en génétique, en neurologie ou en psychologie en ont fait le modèle de référence actuel dans le champ de la personnalité.

La personnalité humaine est caractérisée par une disposition durable à se conduire d'une manière particulière (cohérence intra-individuelle) dans des situations diverses au fil du temps

(cohérences temporelle et trans-situationnelle). Ces noyaux assez cohérents de cognitions, d'émotions et de comportements sont dénommés: traits ou sous-dimensions de personnalité. Ils sont inscrits dans des structures et des mécanismes biologiques qui ne sont ni observables ni accessibles à l'introspection. Ces prédispositions, ces tendances latentes interagissent avec le contexte environnemental et forment (par apprentissage) des adaptations caractéristiques (valeurs, attitudes, habilités sociales, schémas cognitifs, ...) qui sont observables et qui permettent d'inférer un ou des traits sous-jacents.

Les traits de personnalité sont appréhendés sur un continuum. La majorité des individus se situent sur un point vers le milieu du continuum et une minorité aux extrêmes. **Un type de personnalité (ou dimension de personnalité)** sera l'assemblage de différents traits. **Chaque personne a une configuration unique, intégrée et dynamique de traits qui la singularise et la différencie des autres.** Un trait devra donc toujours être interprété de manière dynamique et intégrée. Son expression dépendra notamment de sa force et de son interaction avec d'autres traits. Il en découle que deux individus très anxieux seront très différents si l'un est introverti et l'autre extraverti. L'agencement singulier des traits se traduit par d'importantes différences de sensibilité aux situations, dans les états émotifs et cognitifs qui en découlent et des distinctions dans les tendances de réponses, qui s'exprimeront ou non en comportements.

Depuis une dizaine d'années, un consensus s'est créé autour de cinq dimensions fondamentales et suffisantes pour décrire la personnalité. Il s'agit du modèle des cinq facteurs (Five Factor Model ou FFM) ou Big Five. Ces cinq dimensions (OCEAN) sont :

1. **Neuroticisme ou névrosisme** (versus stabilité émotionnelle) recouvre la perception de la menace, réelle ou symbolique, et les réactions à cette menace. Les personnes qui ont un score élevé sur ce facteur sont déprimées, font l'expérience chronique d'émotions négatives, manifestent une tension nerveuse importante, ressentent facilement de la culpabilité et présentent une conscience de soi élevée. Les individus qui présentent un score faible réagissent de manière calme et tempérée, voire « froide » aux évènements.
2. **L'Extraversion** (versus Introversion) est une dimension reposant sur trois composantes principales: la sociabilité, la dominance et la capacité à ressentir des émotions positives et intenses. Un faible score est l'expression d'une attitude réservée, silencieuse et timide, de repli sur soi, d'un contrôle important des pulsions

et d'une faible émotionnalité. Un score élevé traduit une recherche active de stimulations en vue de se procurer des sensations agréables.

3. **L'Ouverture** (versus Conformisme) est la dimension qui recouvre la sensibilité à l'esthétique, le goût pour les valeurs non conventionnelles, l'intérêt pour l'émotionnel dans l'existence et l'attrait pour l'imaginaire. Pour résumer, cette dimension régule les réactions à la nouveauté. Un score faible montre une préférence pour des idées conservatrices, une moindre expression des émotions et des comportements conventionnels.
4. **L'Agréabilité** (versus Antagonisme) est une dimension se rapportant à la gestion des relations interpersonnelles. Elle prend en compte la confiance en autrui et régule la tonalité des relations et des échanges avec les autres. Un score élevé est signe d'altruisme et de préoccupation pour le sort d'autrui et un score faible de scepticisme, de centration sur soi-même et de méfiance envers les autres.
5. **La Conscienciosité, Conscience ou Caractère Consciencieux** (versus Impulsivité) est une dimension recouvrant la capacité à inhiber les impulsions et à différer la satisfaction des besoins en tenant compte des contraintes et des objectifs à long terme. Un score élevé concerne des individus déterminés et persévérants qui atteignent les objectifs qu'ils s'assignent. A l'opposé, un score faible traduit le besoin de satisfaction immédiate des désirs et envies, une préférence pour les contextes faiblement structurés et une moindre exigence dans la volonté d'atteindre les buts.

Chaque dimension comporte six facettes représentant les traits ou les éléments plus particuliers qui constituent chacun des cinq grands facteurs.

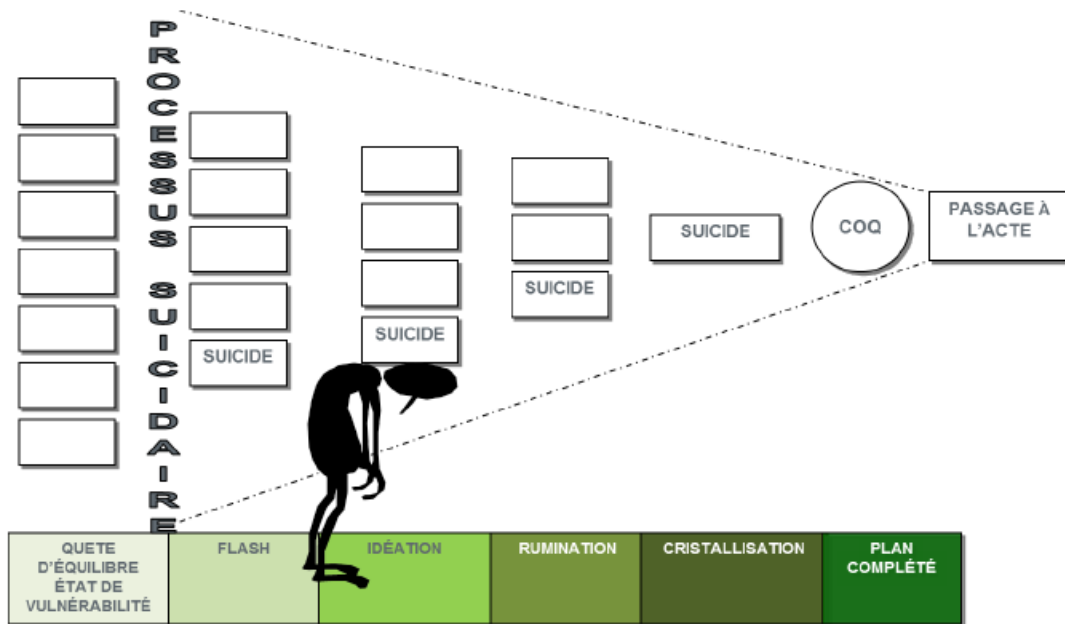
1. Le névrosisme comporte l'anxiété (N1), la colère/ l'hostilité (N2), la dépression (N3), la timidité sociale (N4), l'impulsivité (N5) et la vulnérabilité (N6).
2. L'extraversion se compose des facettes de la chaleur (E1), la grégarité (E2), l'assertivité (E3), l'activité (E4), la recherche de sensation (E5), et l'émotion positive (E6).
3. L'ouverture reprend les facettes de l'ouverture aux rêveries (O1), l'ouverture à l'esthétique (O2), l'ouverture aux sentiments (O3), l'ouverture aux actions (O4), l'ouverture aux idées (O5) et l'ouverture aux valeurs (O6).
4. L'agréabilité comporte la confiance (A1), la droiture (A2), l'altruisme (A3), la compliance (A4), la modestie (A5) et la sensibilité (A6).

5. La conscience se compose des facettes de compétence (C1), d'ordre (C2), de sens du devoir (C3), de recherche de réussite (C4), d'auto-discipline (C5) et enfin de délibération (C6).

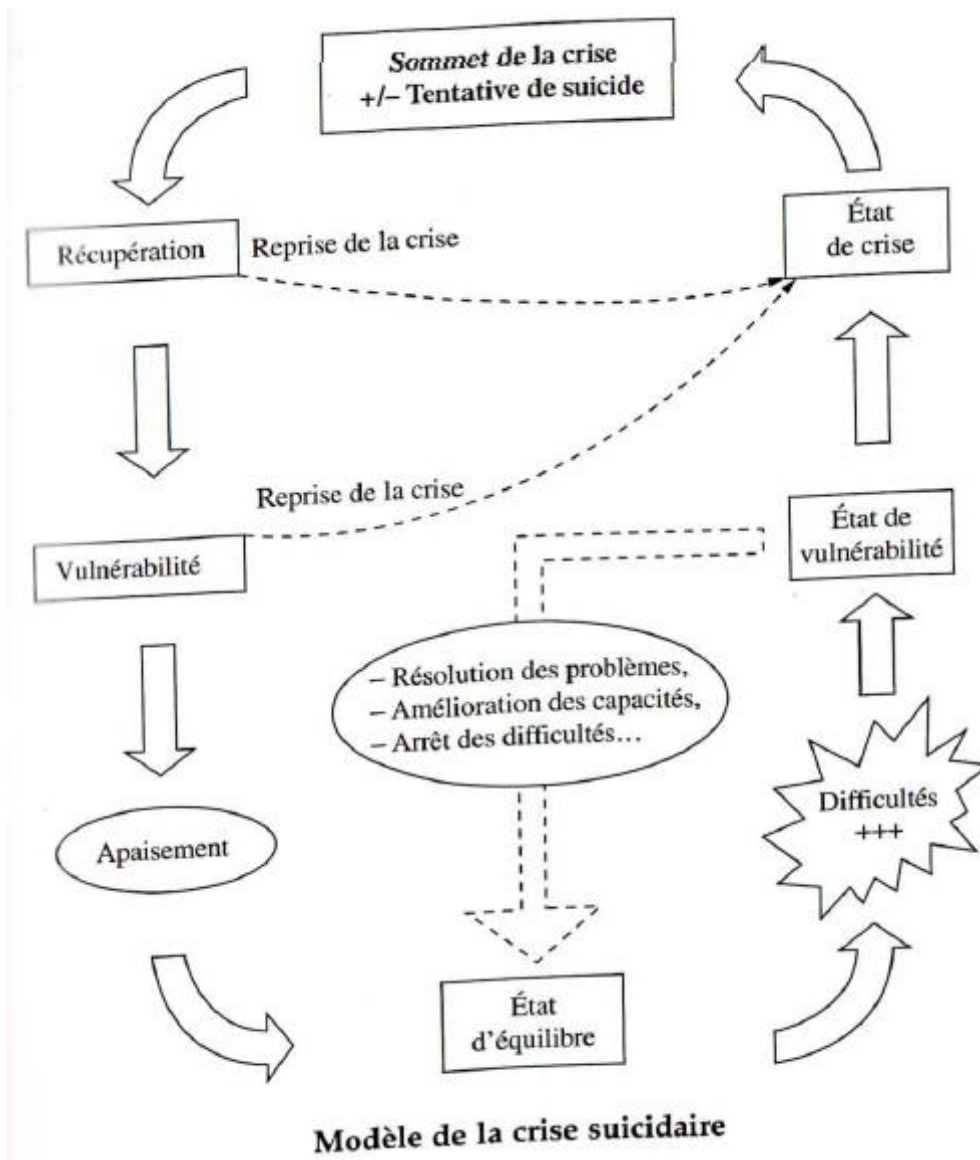
La personnalité d'un patient peut jouer un rôle important dans le cours d'une thérapie. Le FFM peut jouer un rôle dans le choix et la planification des thérapies. Le FFM dresse un portrait descriptif complet de l'individu et se prête ainsi à de nombreuses applications.

Le NEO Clin 120 développé par L.Lemal permet une application clinique du Five Factor Model.

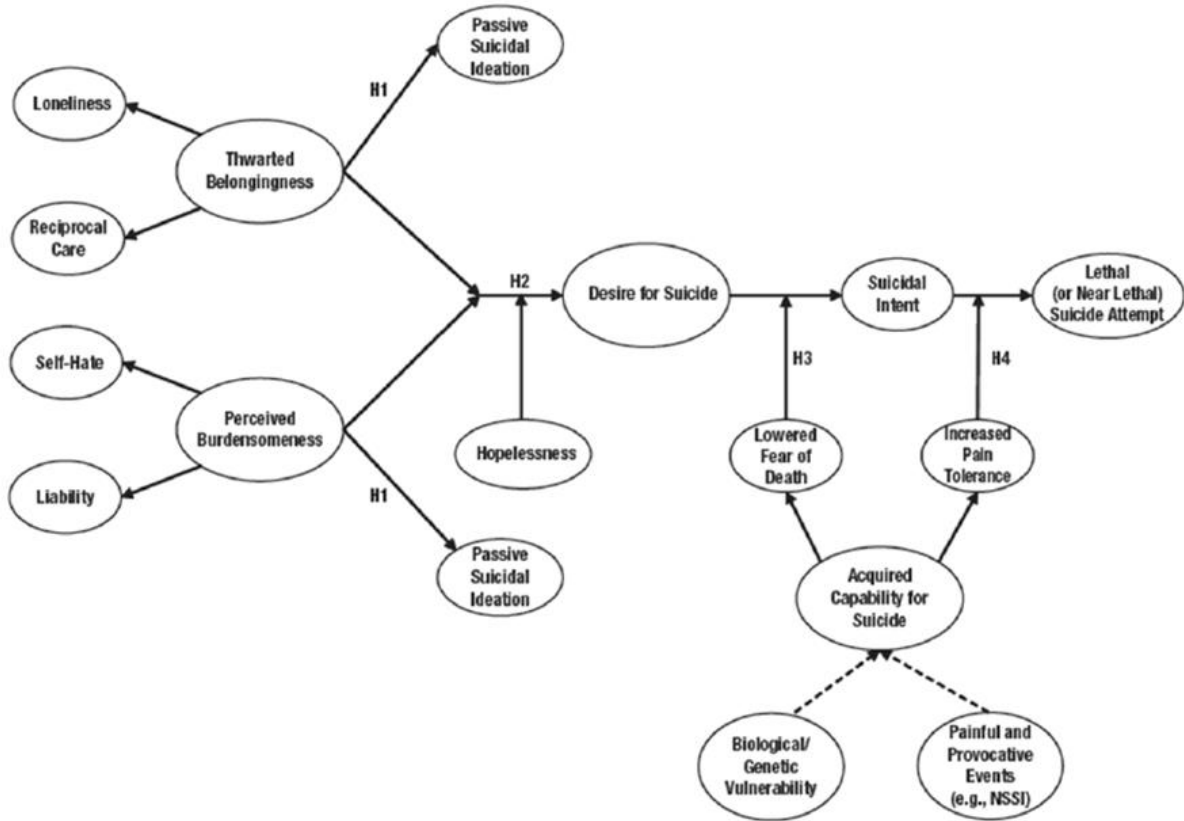
Annexe n°3 – Processus suicidaire (Séguin & Terra, cité par Lafleur & Séguin, 2008)



Annexe n°4 – Modèle de la crise suicidaire (Granier, 2006, pg. 53)



Annexe n°5 – Voies Causales au comportement suicidaire, comme conceptualisé dans la Théorie Interpersonnelle du suicide (Joiner & al., 2012)



Annexe n°6 – Corrélations entre Personnalité et Estime de soi (Syllabus Estime de soi de Lemal, 2017) – Partie I – 1.4. pg XX

Corrélations entre Personnalité et Estime de soi.

	Farmer et al. (2001)	Robins et al. (2001)	Watson et al. (2002)	Judge et al. (2002)	Robins et al. (2001)
				Synthèse	Synthèse
SE	.69	.50	.83	.62	.61
E	.44	.38	.44	.36	.40
O	.24	.17	.18	.14	.16
A	.22	.13	.42	.22	.11
C	.37	.24	.32	.39	.37
k				19	9
N	375	326.641	124	1.747	4.458

SE : Stabilité émotionnelle, E : Extraversion, O : Ouverture, A : Agréabilité, C : Caractère consciencieux. k = nombre d'études, N = effectif total.

Annexe n°7 : Données de l'échantillon

- **Echantillon type 1 Long :**

Cas	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 6	Cas 7	Cas 9	Cas10		Tot. T1 F	Tot.T2 H		Moy. T1 F	Moy. T1 H
Données													
Âge	52	32	38	18	37	31	40		193	55		38,6	27,5
Sexe (F=1 - H=2)	1	1	1	2	2	1	1						
Etat-civil (célib.=1 - Couple =2 - Séparé =3)	2	3	2	1	2	2	2						
Enfants (non =1 - oui =2)	2	2	2	1	2	2	2						
Niv études (1=prim. - 2=2nd inf - 3= 2nd sup - 4= sup. non unif - 5= Unif)	3	3	4	2	4	4	3						
Infos psy	Cas1	Cas2	Cas3	Cas6	Cas7	Cas9	Cas10						
Diag Axe I	Dépression	T.S	T.S	Dépression	Dépression	Dépression	b/ violence couple						
Diag Axe II		Boderline		Boderline	Evit. + Alexy								
Diag Axe III													
Médication	Sipraléxa	Trazodone	Sipraléxa	Venlafaxine			Effexor/Lysancia/Stilnoct/Xanas						
Assuétude	Nicotine	Nicotine		Alco. Canab.			Alcool						

Echantillon type 2 Court

Cas	Cas 4	Cas 5	Cas 8	Cas 11		Tot. T2 F	Tot. T2 H		Moy. T2 F	Moy. T2 H
Données										
Âge	33	27	18	38		27	89		27	29,66
Sexe (F=1 - H=2)	2	1	2	2						
État-civil (célib.=1 - Couple =2 - Séparé =3)	3	2	1	2						
Enfants (non =1 - oui =2)	2	1	1	2						
Niv études (1=prim. - 2=2nd inf - 3= 2nd sup - 4= sup. non unif - 5= Unif)	4	4	3	5						
Infos psy										
Diag Axe I	T.S	T.S	T.S	TS						
Diag Axe II										
Diag Axe III										
Médication	Diazepam		Wellbutrin							
Assuétude	Nicotine		Alcool							

Annexe n°8 : Comparaison diagnostic catégoriel Axe II

Type 1 - Long	Type 2 – Court
1. Alexithymie (64%)	1. Borderline (44%)
2. Boderline (61%)	
3. Evitant (61%)	
4. Schizotypique (50%)	
5. Paranoïque (49%)	
6. Dépendant (44%)	

Annexe n°9 : Comparaison NEO Clin 120

	Type 1 Long ⁷		Type 2 Court ⁸	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Très élevé	Dom. Névrosisme Anxiété (N1) Colère/hostil. (N2) Dépression (N3) Timidité soc. (N4) Vulnérabilité (N6)	Dom. Névrosisme Anxiété (N1) Colère/hostil. (N2) Dépression (N3) Timidité soc. (N4) Vulnérabilité (N6) Modestie (A5)	Chaleur (E1) Rech. Sensat. (E5) Droiture (A2) Ordre (C2) Auto-discipl. (C5)	Dom. Névrosisme Anxiété (N1) Impulsivité (N5) Compétence (C1)
Élevé	Impulsivité (N5) Droiture (A2) Sensibilité (A6)	Impulsivité (N5) Rech. Sensat. (E5) Dom. Ouverture Ouv. Rêve. (O1) Ouv. Esthét. (O2) Droiture (A2) Sensibilité (A6)	Dom. Agréabilité Altruisme (A3) Modestie (A5) Dom. Conscience Sens du devoir (C3)	Colère/host. (N2) Dépression (N3) Vulnérabilité (N6) Dom. Extraversion Grégarité (E2) Assertivité (E3) Rech. Sensat. (E5) Modestie (A5)
Bas	Dom. Extraversion Grégarité (E2) Ouv. Senti. (E3) Ouv. Action (O4) Ouv. Valeurs (O6) Compliance (A4)	Chaleur (E1) Ouv. Valeur (O6) Altruisme (A3) Dom. Conscience Sens du devoir (C3) Rech. Réussite (C4)	Timidité. Soc. (N4) Assertivité (E3) Ouv. Esthét. (O2) Ouv. Valeurs (O6) Confiance (A1) Compétence (C1)	Ouv. Action (O4) Ouv. Idées (O5) Dom. Conscience Ordre (C2) Auto-displ. (C5) Délibération (C6)
Très Bas	Emot. Positiv. (E6) Ouv. Rêve (O2) Confiance (A1) Compétence (C1)	Dom. Extraversion Assertivité (E3) Activité (E4) Emot. Positiv. (E6) Ouv. Action (O4) Confiance (A1) Compétence (C1) Ordre (C2) Auto-discipl. (C5)	Colère/hostil. (N2) Dom. Ouverture Ouv. Rêve (O2) Ouv. Idées (O5)	Compliance (A4) Sens du devoir (C3)

⁷ En gras, les facettes similaires chez les femmes et les hommes qui ont fait une T.S.

⁸ Le profil de personnalité de type 2 a été réalisé uniquement sur base des hommes car une seule femme compose cet échantillon et aucun trait en commun entre les hommes et elle n'a été trouvé

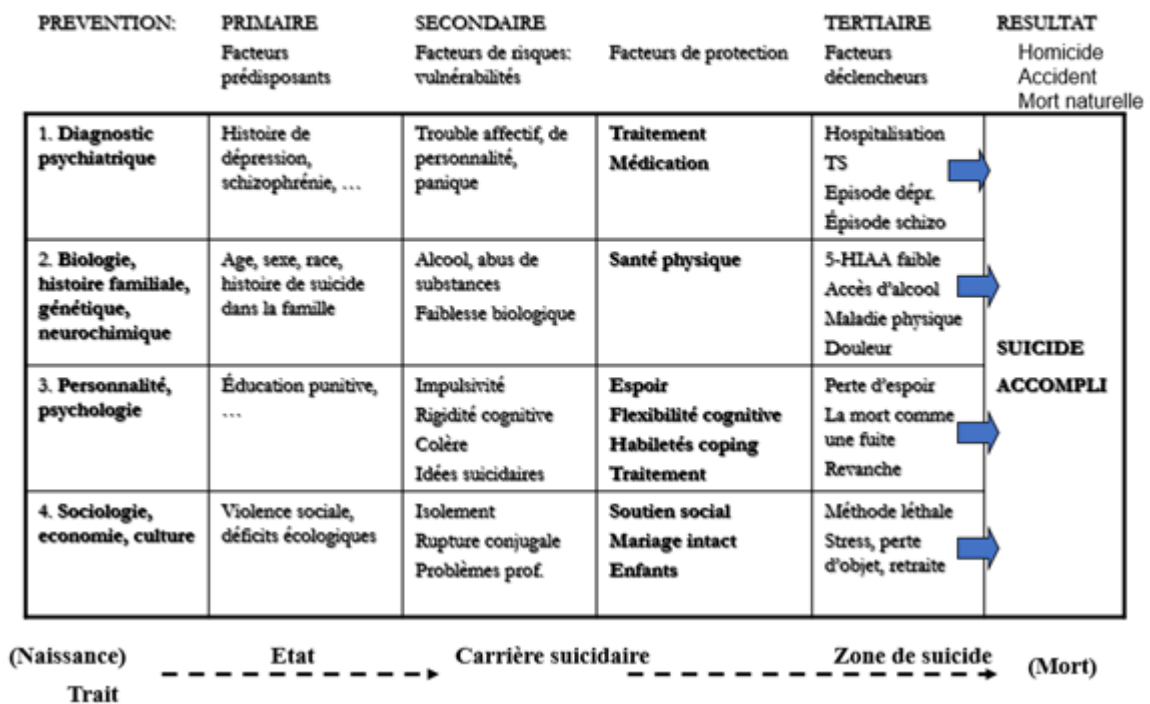
Annexe n°10 : Comparaison CED

	Type 1 Long	Type 2 Court
Compos. Physiologiques	Tension	/
Compos. Cognitives	Critique envers soi Solitude	/
Compos. Émotionnelles	Tristesse Se sent déprimé Culpabilité Irritation Anxiété	/

Annexe n°11 : Modèle bio-psycho-sociale des comportements suicidaires

Un modèle général des
comportements suicidaires

Source, Maris et al, 1992



**Annexe n°12 : – Grille d'évaluation du risque, de l'urgence et de la dangerosité
(Lafleur & Séguin, 2008, p. 58-59)**

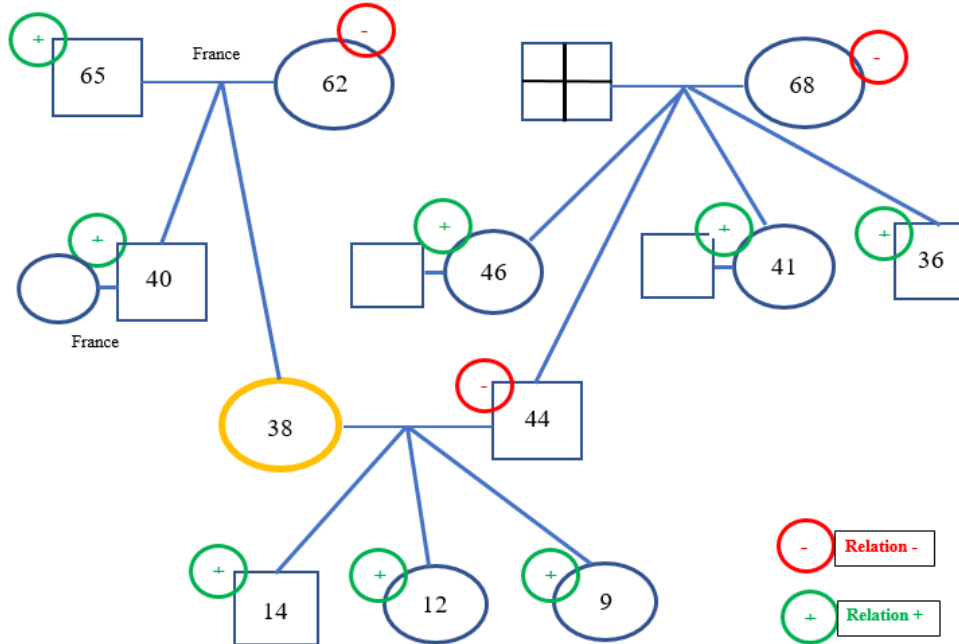
Risque		
Individuels et personnels	Familiaux	Événements de la vie
<p><i>Antécédents suicidaires</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tentatives de suicide • Antécédents de suicide dans la famille <p><i>Santé mentale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de trouble mental • Abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues • Difficultés dans le développement • Difficultés personnelles et sociales au cours de l'enfance et de l'adolescence • Estime de soi faible <p><i>Tempérament et style cognitif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence de comportements agressifs • Impulsivité • Rigidité de la pensée • Difficulté à résoudre un problème et trouver des solutions <p><i>Santé physique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Problème de santé physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de violence ou d'abus subis • Séparation ou perte récente qui l'affecte • Pertes et abandons précoces • Négligence des parents • Toxicomanie et alcoolisme des parents • Antécédents de troubles mentaux dans la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Éléments déclencheurs • Famille d'accueil dans l'enfance ou l'adolescence • Difficulté avec l'autorité administrative • Échecs ou événements humiliants
Urgence		
<p>Quand :</p> <p>Consommation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consomme présentement ou a consommé dans les dernières heures (alcool ou drogue) • Quantité : <p>Besoin de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manger • Dormir <p>Motivation à recevoir de l'aide (faible – moyen – élevé)</p>		
Danger		
<p>Le scénario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment ? • Où ? • Qui ? <p>Disponibilité du moyen ?</p>		

Annexe n° 13 : Tableau des niveaux d'urgence suicidaire (Lafleur & Séguin, 2008, p.60)

<i>Urgence faible</i>	<i>Urgence moyenne</i>	<i>Urgence élevée</i>
<ul style="list-style-type: none">• La personne a surtout besoin de parler à quelqu'un.• Elle pense au suicide, mais n'a pas réfléchi au moment où elle pourrait passer à l'acte.• Elle a des projets de vie pour les prochains jours.• Elle est souffrante, mais pas anormalement troublée.• Elle cherche et entrevoit des solutions à ses problèmes.• Elle accepte l'aide.	<ul style="list-style-type: none">• Elle laisse transparaître un équilibre émotif fragile.• Elle envisage clairement le suicide, mais en a reporté l'exécution.• Elle ne voit pas d'autres moyens que le suicide pour cesser de souffrir.• Elle a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.• Elle peut nier avoir besoin d'aide.	<ul style="list-style-type: none">• La personne est décidée et prévoit passer à l'acte dans les 48 heures.• Elle fait abstraction de ses émotions, rationalise sa décision ou, au contraire, est très émotive, agitée ou troublée.• Elle se sent complètement immobilisée par la dépression.• Elle manifeste sans cesse sa souffrance ou, au contraire, cherche constamment à la réprimer.• Elle est persuadée d'avoir réellement tout fait et tout essayé pour s'en sortir.• Elle peut ne pas vouloir d'aide.

Annexe n°14 : Marie – Type 1 Long

- **Génogramme :**



- **NEO Clin 120**

	Névroisme	Extraversion	Ouverture	Agréabilité	Conscience	Anxiété	Colère/Hostilité	Dépression	Timidité sociale	Impulsivité	Vulnérabilité	Chaleur	Grégarité	Assertivité	Activité	Recherche de sensations	Emotions positives	Ouverture aux rêves	Ouverture à l'esthétique	Ouverture aux sentiments	Ouverture aux actions	Ouverture aux idées	Ouverture aux valeurs	Confiance	Droiture	Altruisme	Compliance	Modestie	Sensibilité	Compétence	Ordre	Sens du devoir	Recherche de la réussite	Auto-discipline	Délibération		
	N	E	O	A	C	N1	N2	N3	N4	N5	N6	E1	E2	E3	E4	E5	E6	O1	O2	O3	O4	O5	O6	A1	A2	A3	A4	A5	A6	C1	C2	C3	C4	C5	C6		
Très élevé	X					X	X	X										X																		X	
Elevé						X				X	X				X				X	X							X						X				
Moyen		X	X									X			X														X	X							
Bas	X	X												X				X					X	X	X	X	X	X	X		X				X		
Très bas												X			X				X																		

- Diagnostics catégoriels

Plus de 40%	19	sur 36	Personnalité paranoïaque (PAR)
	8	sur 26	Personnalité schizoïde (SZD)
Plus de 40%	21	sur 44	Personnalité schizotypique (SZT)
	16	sur 46	Personnalité antisociale (ATS)
Plus de 40%	23	sur 44	Personnalité borderline (BDL)
	18	sur 54	Personnalité histrionique (HST)
Plus de 40%	16	sur 36	Personnalité narcissique (NAR)
Plus de 40%	20	sur 32	Personnalité évitante (AVD)
	13	sur 42	Personnalité dépendante (DEP)
	16	sur 46	Personnalité obsessionnelle-compulsive (OBC)
Plus de 40%	15	sur 22	Alexithymie (ALX)

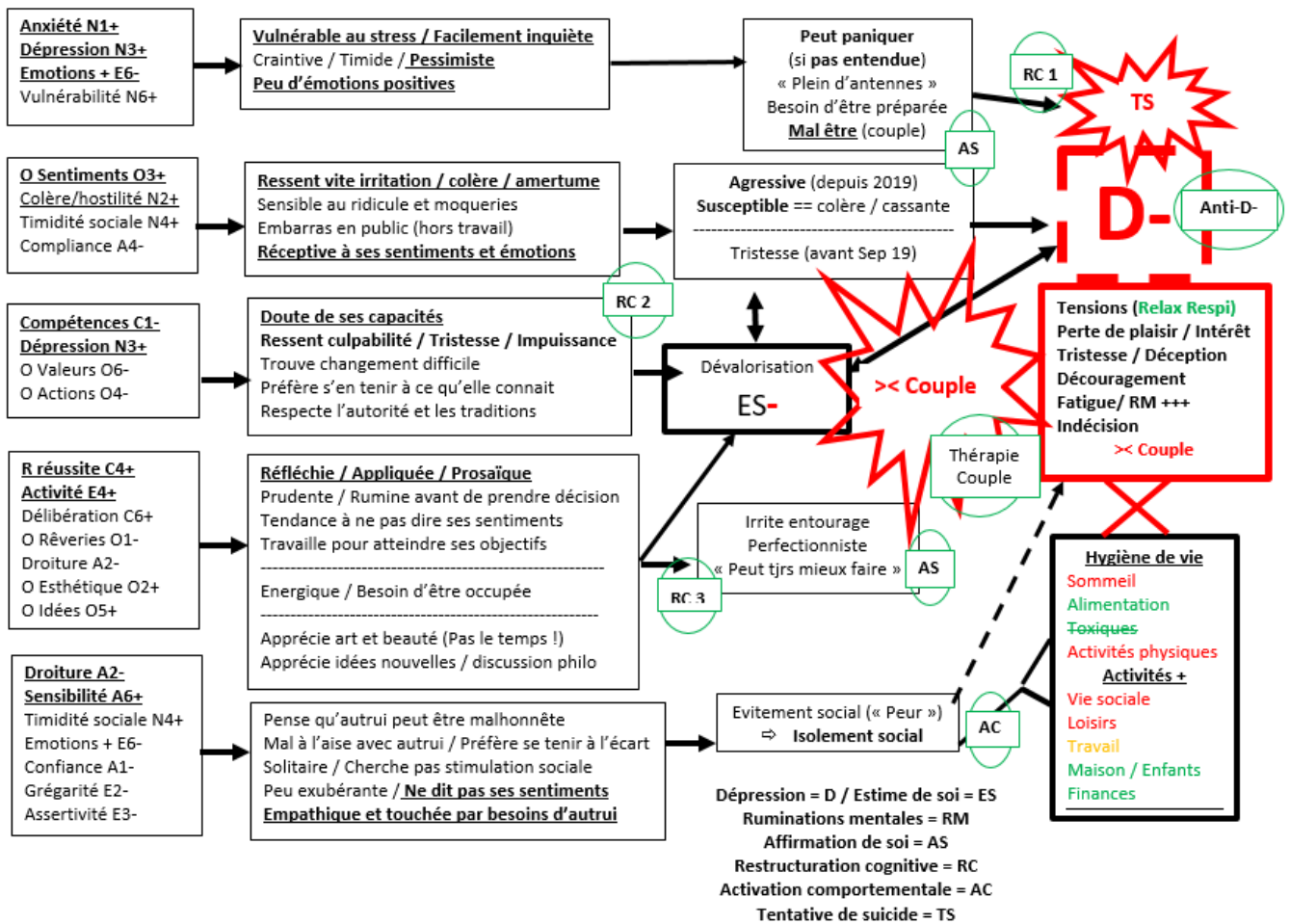
- Diagnostics différentiels

N°Dossier:	Xu-1184q	Alexithymie:	Facettes présentes	Facettes absentes
DATE:	23/9/2019		N3+N4+N6+E3-E6-O1-O4-A3-C1-	E1-E4-O3-O5-A5+A6-
	www.psyclin.be			
Introduire un code "Axe II" (PAR → OBC) :		PAR		
Scores très élevés et très bas		Scores élevés et bas		
E2-E6-O4-		N1+N2+A1-A2-A4-		
Autres scores				
E1-O2-O3-A5-A6-C1+				
Introduire un code "Axe II" (PAR → OBC) :		SZT		
Scores très élevés et très bas		Scores élevés et bas		
N3+N4+E2-E6-		N1+N6+O5+A1-		
Autres scores				
E1-O1+O3-O4+O6+				
Introduire un code "Axe II" (PAR → OBC) :		BDL		
Scores très élevés et très bas		Scores élevés et bas		
N2+N3+N4+		N1+N5+N6+A1-A2-A4-C1-		
Autres scores				
E2+E3+E6+C4-				
Introduire un code "Axe II" (PAR → OBC) :		AVD		
Scores très élevés et très bas		Scores élevés et bas		
N3+N4+E2-O4-		N1+N6+E3-		
Autres scores				
E4-E5-				

- CED

	Tristesse	Insomnie	Découragement	Echecs passés	Fatigue	Déception	Indécision	Appétit changé	Vie sans sens	Anxiété	Concentration perdue	Sexe / perte intérêt	Tensions	Pertes de mémoire	Perte d'énergie	Dévalorisation	Pessimisme	Culpabilité	Critique envers soi	Pleure plus	Irritabilité	Perte d'intérêt	Agitation	Perte de plaisir	Solitude	Se sent déprimé		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
La plupart du temps											X																	
Très souvent						X	X						X											X				
Souvent	X		X		X					X	X		X					X	X				X	X		X		
Parfois		X		X					X						X	X				X	X				X			
NON								X									X											
TOTAL :	44		/ 100		Dépression modérée																							

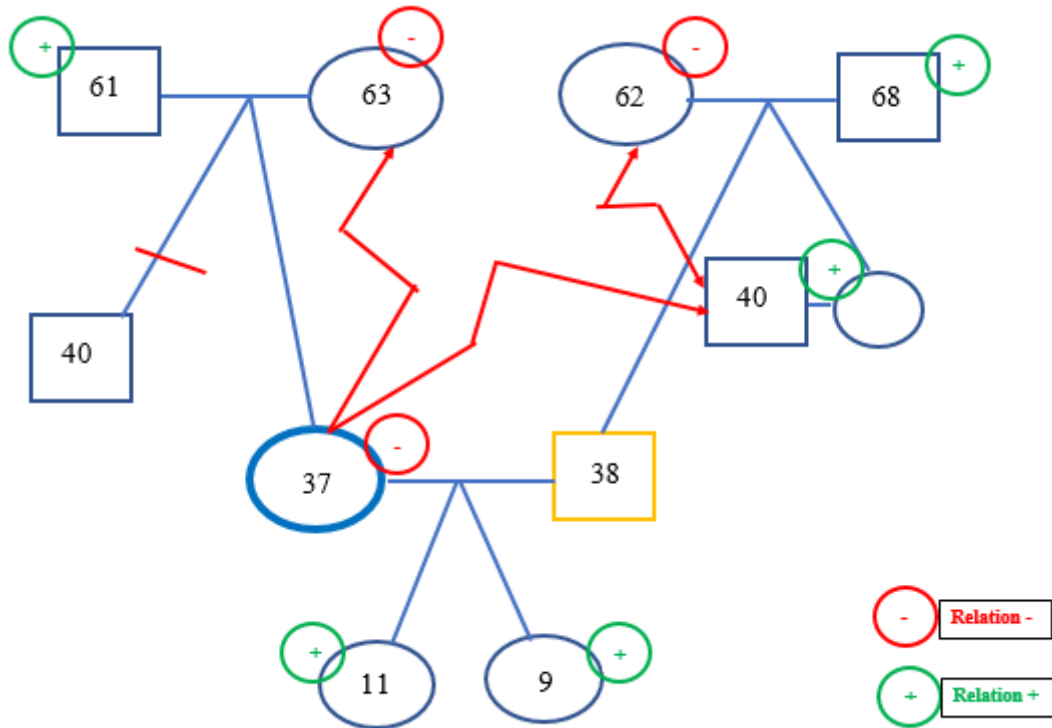
- Synthèse holistique et processuelle



Dépression					
Antécédents		Processus	Problème	Conséquences	
Facilitateur	déclencheur			immédiates	Différées
Fatigue Seule Soir	Situation de dispute avec son époux Ruminations de suicide	<u>Proc. Métacognitif</u> : Schéma d'inattractivité Croyances dysfonctionnelles dichotomiques Croyances dysfonctionnelles de lecture de pensées Pensées surgénéralisées <u>Proc. Cognitif</u> : Biais mnésique focalisé sur des souvenirs autobiographiques <u>Proc. Interperson.</u> : Besoin non comblé d'appartenance et perception d'être un fardeau Capacité acquise au suicide	<u>Comportement d'évitement émotionnel par des ruminations</u> : Vulnérabilité au stress N6+ Anxiété N1+ Dépression N3+ Peu d'émotions positives E6- <u>Comportement d'évitement social</u> : Assertivité E3- Grégarité E2- Confiance A1+ Droiture A2- Sensibilité A6+	+S- : intérieurisation des émotions négatives +S- : conscientisation de son mal être -S- pensées autodestructrices -S- : échappement social OS- : non confrontation	Désespoir Symptômes dépressifs (CED) TS Problème de couple Isolement social
Comportements de perfectionnisme					
Fatigue Seule Soir	Rumination perfectionnisme Epoux ne fait pas comme elle le veut	<u>Proc. métacognitif</u> : Écart perçu entre les sois <u>Proc. cognitif</u> : Biais interprétatif Biais attentionnel focalisé sur les compétences <u>Proc. émotionnel</u> : Évitement émotionnel	<u>Comportement d'exigence de soi</u> : R. réussite C4+ Activité E4+ Délibération C6+ Ov. Rêve. O1- Droiture A2- Ov. Esthétique O2+ Ov. Idées O5+ <u>Tentative d'échappement à l'anxiété</u> : Compétence C1- Dépression N3+ Ov. Valeurs O6- Ov. Action O4-	+S+ : satisfaction si objectif atteint OS- : non apparition de pensées auto-dévalorisantes OS- : évitement du risque d'échecs	Irrite son entourage Augmente les symptômes de dépression Dévalorisation de soi et dégradation de l'ES Renforcement des problèmes de couple

Annexe n°15 : Julien – Type 2 Court

- **Génogramme**



- **NEO Clin 120**

	N	E	O	A	C	N1	N2	N3	N4	N5	N6	E1	E2	E3	E4	E5	E6	O1	O2	O3	O4	O5	O6	A1	A2	A3	A4	A5	A6	C1	C2	C3	C4	C5	C6		
Très élevé	X					X	X		X				X																								
Elevé	X							X	X	X	X	X	X	X				X					X														
Moyen		X				X									X	X		X	X	X				X													
Bas																						X	X		X			X	X	X	X	X					
Très bas		X	X																					X	X	X	X	X	X	X						X	

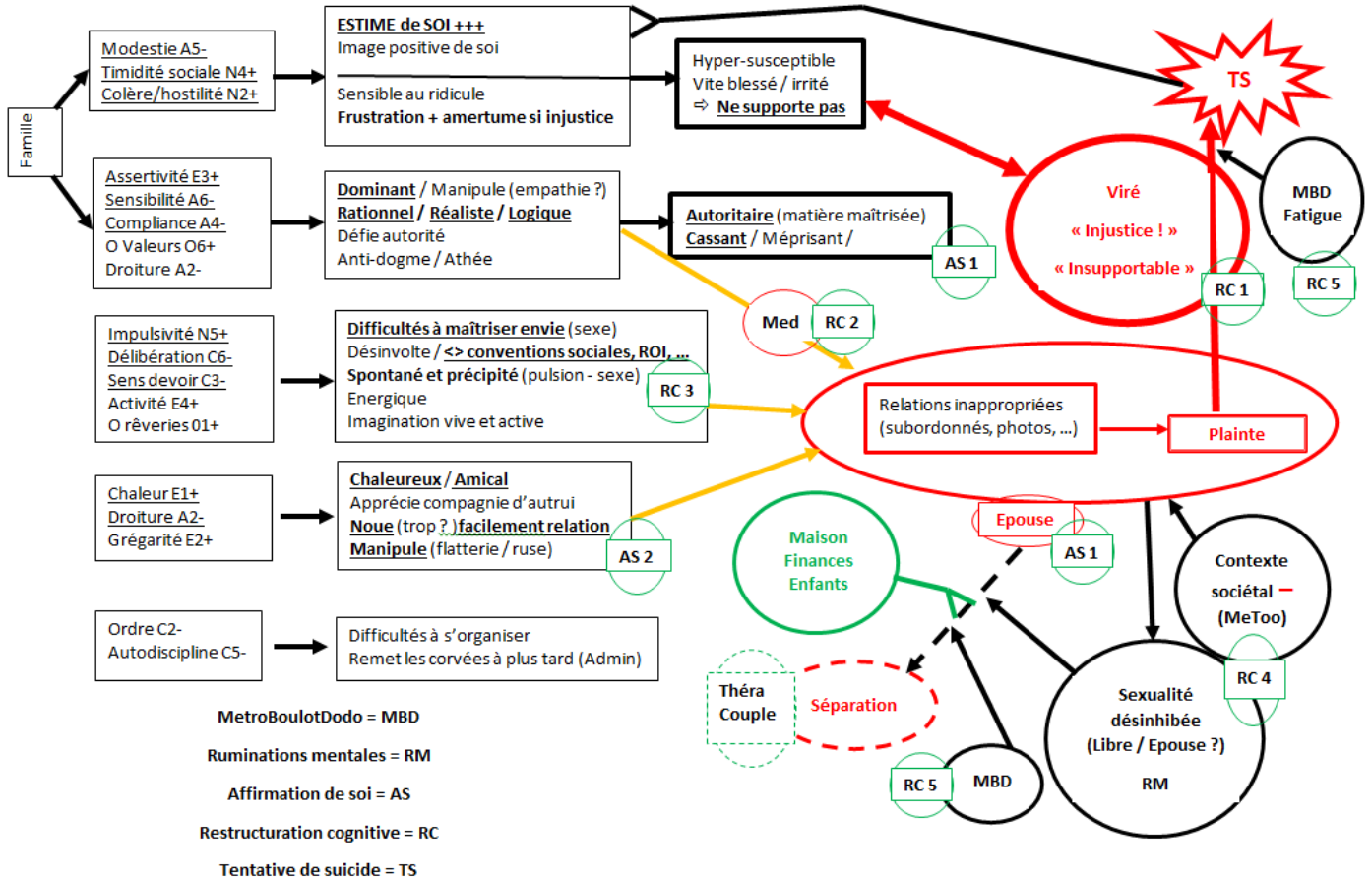
- Diagnostics Catégoriels

Résultats sur l'axe II			
Plus de 40%	19	sur 36	Personnalité paranoïaque (PAR)
	1	sur 26	Personnalité schizoïde (SZD)
	12	sur 44	Personnalité schizotypique (SZT)
Plus de 40%	29	sur 46	Personnalité antisociale (ATS)
Plus de 70%	31	sur 44	Personnalité borderline (BDL)
	18	sur 54	Personnalité histrionique (HST)
Plus de 40%	19	sur 36	Personnalité narcissique (NAR)
	10	sur 32	Personnalité évitante (AVD)
	11	sur 42	Personnalité dépendante (DEP)
	11	sur 46	Personnalité obsessionnelle-compulsive (OBC)
	6	sur 22	Alexithymie (ALX)

- Diagnostics différentiels

N°Dossier:	LI-961y	Alexithymie:	Facettes présentes	Facettes absentes
DATE:	2/5/2019		N4+O5-A3-A6-C1-	N3+N6+E1-E3-E4-E6-O1-O3-O4-A5+
	www.psyclin.be			
Introduire un code "Axe II" (PAR → OBC) :		BDL		
Scores très élevés et très bas		Scores élevés et bas		
N1+N2+N5+E3+A2-A4-C1-		N4+N6+E2+A1-C4-		
Autres scores				
N3+E6+				
Introduire un code "Axe II" (PAR → OBC) :		ATS		
Scores très élevés et très bas		Scores élevés et bas		
N2+N5+A2-A4-A6-C3-C6-		A5-C5-		
Autres scores				
N3+N4-E1-E5+A3-				
Introduire un code "Axe II" (PAR → OBC) :		PAR		
Scores très élevés et très bas		Scores élevés et bas		
N1+N2+A2-A4-A6-		A1-A5-		
Autres scores				
E1-E2-E6-O2-O3-O4-C1+				
Introduire un code "Axe II" (PAR → OBC) :		NAR		
Scores très élevés et très bas		Scores élevés et bas		
N2+E3+A2-A6-		N4+N6+O1+A5-		
Autres scores				
A3-C1+C4+				

- Synthèse holistique et processuelle



Estime de soi haute et stable					
Antécédents		Processus	Problème	Conséquences	
Facilitateurs	Déclencheurs			immédiates	Différées
Soir Seul Fatigue (métro-boulot-dodo)	Situations perçues comme injustes	<u>Process.</u> <u>Interperso.</u> : Déficit d'habileté empathique <u>Process. Cognitif</u> : Croyances perso. De supériorité Auto-attribution de grandeurs Biais perception dichotomique Attributions externes	Cmpts d'évitement émotionnel : Modestie A5- Timidité soc. N4+ Colère/host. N2+ Commu. Autoritaire : Assertivité E3+ Sensibilité A6- Compliance A4- Ov. Valeurs O6+ Droiture A2- Cmpts d'impulsivité: Impulsivité N5+ Déléberation C6- Sens de devoir E4+ Ov. Rêve. O1+	+S+ satisfaction de soi +S+ : sentiment positif envers soi, valorisation de soi -S- : quand image positive de soi n'est pas confirmée par les autres -S- : quand émotions d'injustice	T.S. Problème de couple Relations inappropriées avec collègues

Annexe n°16 : Tableau auto-observation des registres des activités quotidiennes

REGISTRE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Date : Du _____ Au _____
 Note : Cotez de 0 à 10 le degré de plaisir (P), de maîtrise (M) et de tristesse (T) à côté de chaque activité
 (0 =absence, 10 maximale)

HEURE	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
6-7h							
7-8h							
8-9h							
9-10h							
10-11h							
11-12h							
12-13h							
13-14h							
14-15h							
15-16h							
16-17h							
17-18h							
18-19h							
19-21h							
21-24h							
00-6h							

Annexe n°17 : Restructuration Cognitive (RC)

Dans son livre, Granier (2006, p. 196-232) propose une procédure pour la restructuration cognitive en 4 étapes principales :

1) La première étape est le fait de faire venir les idées suicidaires à la conscience.

Pour les patients en crise suicidaire aiguë, pour qui un évènement brutal conduit à la crise suicidaire, le thérapeute va lui demander une description la plus précise possible des idées qui lui passaient par la tête au moment où il songeait à mourir. Le thérapeute va le replonger en imagination dans la scène où ces idées lui sont apparues en lui faisant raconter à chaque étape ses émotions, ses pensées, sa perception de l'environnement. Le but est de dérouler l'enchaînement de la crise au niveau des pensées et des émotions, dans le contexte où elles surviennent.

Pour les patients en crise suicidaire « au long cours », qui font face à des stresseurs répétés qui les amènent dans un état continu de stress et où un évènement devient alors « la goutte qui fait déborder le vase », l'abord de ces idées passe par la validation et la reconnaissance de la volonté de mourir : la personne qui a des idées suicidaires, les présente un peu de façon exagérée et ne les prend pas elle-même au sérieux. Cependant, en ne se méfiant pas de ses idées, elle peut facilement passer à l'acte. Le thérapeute doit faire reconnaître à la personne que ses idées sont possibles, leur donner une réalité et lui faire prendre conscience que son attitude n'est pas si provocatrice et qu'elle n'est pas loin de retenir le suicide comme solution à ses problèmes.

2) La deuxième étape est d'aborder la signification des idées de suicide

L'utilisation de la flèche descendante va permettre de reconstruire l'enchaînement des pensées qui va de la situation problématique, au suicide comme solution. C'est donc de partir de la pensée « je veux mourir » pour remonter à celle qui la justifie et qui sera à remettre en cause. L'idée est d'arriver à un résumé, à la conceptualisation de la situation ; telle pensée est tellement insupportable qu'elle amène à la conclusion que seul le suicide est possible. Le but étant de simplifier la situation afin de permettre une première correction de pensées.

3) La troisième étape permet de remettre en cause la justification des idées suicidaires

Cette étape est le cœur de la restructuration cognitive en tant que telle dont le but est de remettre en cause l'idée de mort, de débloquent l'idée du suicide et d'envisager la réalité autrement. Plusieurs techniques sont détaillées ci-dessous pour nous y aider :

- a) Premièrement, le thérapeute questionne le patient sur la réalité de la vision de lui-même : cette question se pose surtout lorsque le patient a une vision de lui-même dévalorisée avec un sentiment d'échec. Le thérapeute interroge le patient sur les faits sur lesquels reposent ce sentiment, sur la vision que les autres ont de lui, sur des faits passés qui viennent confirmer ou contredire cette opinion de lui-même, etc.
- b) Ensuite, le patient évalue la façon dont il se juge lui-même. C'est la technique de décentration : Cungi et Note (2001, p.107) expliquent que cette technique consiste « à imaginer comment nous réagirions si quelqu'un d'autre tenait en notre présence nos propos dépressogènes d'une part et, d'autre part à prendre du recul par rapport à nos pensées négatives et à imaginer quelles seraient nos réactions si nous n'étions pas déprimés ». Cette technique permet de réviser le jugement sévère que tient le patient et l'aide à envisager un point de vue plus réaliste et constructif pour sortir de la dépression.
- c) Une troisième technique est de pousser la logique à l'extrême, c'est-à-dire contextualiser les idées de suicide. Chez les patients qui vivent une crise suicidaire « au long cours », les idées suicidaires sont présentes à l'esprit de manière floue, en les rattachant à des circonstances précises, leur justification peut disparaître rapidement. Cungi & Note (2001, p. 115) proposent également la technique de la catastrophe qui consiste à faire envisager au patient le pire pour soi et pour les autres dans une situation très précise, il s'expose ainsi à ce qu'il redoute le plus. De cette façon, il prend conscience que ce qu'il redoute le plus a peu de chance de se produire ou/et qu'il peut y faire face en trouvant des solutions adaptées. Le thérapeute peut aider le patient à considérer clairement les conséquences du geste. Parfois, la personne peut avoir la pensée qu' « au moins ils seront bien tranquilles et moi aussi, si je me suicide ». Le thérapeute peut alors inviter le patient à se questionner sur la certitude de cette pensée et de la réaction de ses proches s'il venait à mettre fin à ses jours.
- d) Deux autres techniques sont celles qui consistent à estimer le prix de la vie et à s'assurer que la raison pour laquelle une personne souhaite mettre fin à ses jours est la bonne (le pour et le contre). Ces techniques consistent à recueillir le maximum

d'arguments en faveur de la pensée négative et ceux qui contredisent cette pensée.
Cette technique s'applique aux pensées négatives, pas aux situations.

Exemples issus de Cungi, 2001 :

Avantages de la pensée « si je disparaissais ils vivraient beaucoup mieux »	Désavantages de la pensée « si je disparaissais ils vivraient beaucoup mieux »
Il serait mieux sans moi (20%) Les petits aussi (10%) Je les énerve (50%) Je suis bonne à rien (80%) J'embête tout le monde (70%) Je les reverrai au ciel (10) Total : 240%	Je ne verrai plus les enfants (100%) Je les aime (100%) Il faut vivre, c'est humain (80%) Ma belle-mère ne saura pas me remplacer (75%) Total : 355%

Avantages de la pensée « je ne veux rien »	Désavantage de la pensée « je ne veux rien »
Je me donne une excuse pour ne pas essayer de changer (30%) Je peux éviter l'angoisse du changement (45%) Je me fais aider par les autres (35%) Total : 110%	Cette pensée me fait souffrir (70%) Je ne change pas (80%) Les autres finissent par en avoir assez (60%) Total : 210%

Raisons pour mourir	Raisons pour vivre
Ras le bol, c'est l'horreur Divorce : il ne veut plus faire à l'amiable, il fait trainer Il ne me donne plus l'argent pour le loyer Il veut que je sois sans ressources Les amis m'ont larguée, ils sont de son côté Je ne vais pas tenir Mon fils est à l'abri du besoin	L'horreur je l'éprouvais l'autre soir et elle est passée au bout de deux heures. Quand je suis rentrée, c'était passé. J'ai le petit Si le divorce s'était bien passé, je serais très contente Si je meurs, il va être content : je ne lui laisserai pas cette satisfaction En fait, les amis, ce n'étaient pas de vrais amis Je reviens vous voir Je m'occupe de mon fils Je vais être gagnante dans ces procès, même si je me dis le contraire à cause de la dépression Pourquoi mettre du sentiment là où il n'y a pas sa place (pour tout ce qui est matériel, par exemple)

	Mes raisons pour mourir sont dues à ma souffrance, et je ne sais pas si je souffrirai encore autant dans trois mois
--	---

- e) Et enfin, celle qui consiste à demander au patient si toutes les solutions ont vraiment été essayées. Est-ce vraiment mourir ou échapper à la situation pénible actuelle ? Si c'est la seconde réponse, nous pouvons nous donner du temps pour essayer d'autres solutions. Cette technique vise les situations (et pas les pensées). Il s'agit de résoudre des problèmes qui se présentent dans l'environnement et indirectement influencer favorablement les émotions et les pensées négatives. (// thérapie de résolution de problème). Sept étapes : (1) définir le problème, (2) générer des solutions (brainstorming), (3) classer les solutions, (4) choisir une solution, (5) évaluer les moyens de l'appliquer, (6) appliquer la solution et (7) tester les résultats.
- f) Une autre technique utilisée avec les patients est le Tic-toc et But Rebuttal (D.Burns) (réfutation du « mais »). Le but de cette méthode est d'aider le patient à repérer les pensées qui inhibent l'action (Task Interfering Cognitions), puis à les remplacer par des pensées encourageant l'action (Task Oriented Cognitions). A chaque fois bien insister sur ce que le patient ressent avec une pensée TIC et avec une pensée TOC. Le psychothérapeute fait remarquer au patient qu'une confrontation de pensées est souvent suivie d'une nouvelle pensée automatique remettant en question le résultat obtenu (la modification de l'émotion dans un sens plus supportable) et commençant souvent par "mais". La méthode est le plus souvent couplée au TIC TOC et s'applique à l'aide de feuilles à deux colonnes : Il suffit de ne s'arrêter que dans la colonne de gauche.

4) La dernière étape est la réévaluation

Le thérapeute examine si le patient a une autre approche de la vie et sur la crise suicidaire. Il lui pose la question « en voyant les choses comme cela, comment vous sentez-vous et que devient votre envie de mort ? ». L'idée est de mesurer l'impact d'une vision plus réaliste des émotions. Le thérapeute peut lui proposer une fiche d'auto-observation afin de l'aider à bien acquérir le mécanisme de la restructuration cognitive.

La technique de la restructuration cognitive comporte plusieurs limites :

1. **Décharges émotionnelles trop intenses.** L'approche cognitive est centrée d'abord sur les émotions, ensuite sur les pensées qui y sont associées. Si le patient n'a pas accès à ses émotions et qu'il est submergé par celles-ci, l'approche cognitive n'est pas indiquée.
2. **Blocage sur l'idée de suicide ou sur la mort.** Malgré une bonne RC avec un patient qui a accès à ses émotions et à ses pensées, il peut ne pas envisager d'autre solution et rester décidé à mourir. Il faut alors chercher d'autres solutions à la gestion de la crise (Environnement ? Pathologie mentale à traiter ? Hospitalisation ?).
3. **Erreur sur les pensées.** Il est essentiel de ne pas se tromper de signification en projetant sur le patient nos propres conceptions et sentiments quant à la mort ou au suicide.
4. **Trop grande facilité.** Attention au patient très coopérant dans la RC et qui cherche à nous rassurer pour ne pas être contrarié dans son projet de suicide.
5. **Pas d'autosuggestion** et pas de transformation de la vision du monde chez le patient. La RC n'a pas pour but de « gagner », mais d'accompagner et soutenir l'exploration de son vécu.

Annexe n°18 : Tableau d'enregistrement des pensées automatiques

TABEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES AUTOMATIQUES

ÉVÈNEMENT Situation ou occasion ou fil des pensées	ÉMOTION Spécifier l'émotion (0-100%)	PENSÉES AUTOMATIQUES Écrire textuellement les pensées et images à l'origine de l'émotion	FAITS QUI SOUTIENNENT LA PENSÉE AUTOMATIQUE	FAITS QUI CONTREDISENT LA PENSÉE AUTOMATIQUE	PENSÉES ALTERNATIVES Écrire les pensées réalistes résultant de la restructuration cognitive	RÉSULTAT Réévaluer l'intensité de l'émotion (0-100%)

Annexe n°19 : Evolution de Marie – Type 1 Long

- **RC des pensées perfectionnistes**

Psychothérapeute : "Tout ce que vous réalisez doit être parfait, vous en attendez de même de votre conjoint et des enfants. Si quelque chose qui a été fait présente un défaut (même minime), ça ne vaut rien et doit être recommencé. Est-ce une règle très importante pour vous ?"

Marie : "Oui, c'est essentiel de bien faire ses tâches"

P. "A votre avis d'où vient cette règle?"

M. "De mes parents, bien faire les choses est une valeur importante dans ma famille. Enfant, je devais recommencer mes devoirs jusqu'au moment où ils étaient parfaits»

P. (Avantages/désavantages) "Je pense que cela a en effet des avantages, et que beaucoup de choses que vos parents vous ont apprises sont très utiles... C'est bien cela ?"

M. "Effectivement, ils étaient honnêtes et tenaient leurs engagements."

P. "A votre avis quels sont les avantages du perfectionnisme, c'est-à-dire de tout faire parfaitement ?"

M. "Les gens voient que je travaille sérieusement et ils ont alors confiance en moi"

P. "Y a-t-il d'autres avantages?"

M. "Tout ce que je fais est bien fait."

P. «Toute chose a des avantages et des désavantages ... A votre avis, quels pourraient être les désavantages du perfectionnisme?"

M. "Ça prend beaucoup de temps. Il me faut parfois recommencer, c'est ce que mon mari me dit, que je devrais en faire moins.... Mais il n'est pas bien placé pour dire cela, il n'est pas très consciencieux, il vaut mieux une chose bien faite que plusieurs "à peu près".

P. «Je pense que pour beaucoup de situations, votre point de vue est le bon ... Existe-t-il des situations dans lesquelles le fait de perdre du temps est un inconvénient?"

M. "Oui, au travail, mon mari me dit que ce que je fais est trop bien, qu'il préférerait que je fasse les choses plus vite et avoir plus de temps pour la famille. A la maison aussi, je passe beaucoup de temps à faire le ménage, mais si la maison n'est pas rangée, c'est pénible."

P. (Evaluation des conséquences du schéma)"Je vais vous demander d'évaluer le coût, combien vous coûte le perfectionnisme dans votre vie, sur une échelle de 0 à 100, 0 ça ne coûte rien 100 ça vous coûte le maximum ? "

M. «Disons 80"

P. «C'est un coût élevé ... Qu'est-ce qui vous coûte le plus?"

M. "C'est surtout au niveau familial, je pense que je les embête tous. Ils disent que je suis maniaque"

P. «Y aurait-il un avantage pour vous d'être moins perfectionniste à la maison?"

M. «C'est probable, oui."

P. "Quels seraient ces avantages ?"

M. "Être plus avec mes enfants et mon mari, ne plus être en permanence sur leur dos, leur faire plus plaisir, cela améliorerait l'ambiance."

P. "Il semble donc intéressant d'être moins perfectionniste à la maison, à combien estimez-vous l'avantage que ça pourrait représenter, toujours sur une échelle de 0 à 100?"

M." au moins 80.

P. "En résumé, le perfectionnisme aurait deux avantages 1) Les gens voient que je travaille bien et ils m'accordent davantage de confiance, 2) ce que vous faites est bien fait. Les inconvénients sont au niveau professionnel (vous travaillez plus que nécessaire) et surtout au niveau familial, vous "irritez" tout le monde ce qui dégrade l'ambiance familiale. Vous évaluez le coût de votre perfectionnisme à 80/100, les avantages d'être moins perfectionniste dans votre famille à 80/100, cela rend probablement souhaitable d'être moins perfectionniste en famille, êtes-vous d'accord?"

M. "Oui, bien sûr... Mais ce n'est pas facile, il faut quand même bien que les choses soient bien faites!"

P. "Effectivement, il est très important que les choses soient bien faites ... Avez-vous le temps de tout faire parfaitement, par exemple vous occuper de votre famille, faire votre ménage, et votre profession de manière parfaite?"

M. "Non ... c'est impossible, je le vois bien ... Mais c'est bien ce que j'essaie de faire"

P. "C'est effectivement difficile, est-il possible d'établir, ensemble, des priorités et de partager le temps en fonction de ces priorités?"

M. "Oui, nous pouvons essayer."

P. "Quelles sont les priorités dans votre vie?"

M. "Ma famille, puis mon travail au bureau et pour terminer mon ménage."

P. "Vos parents seraient-ils d'accord avec ces priorités?"

M. " Oui, tout à fait, la famille a toujours été leur priorité "

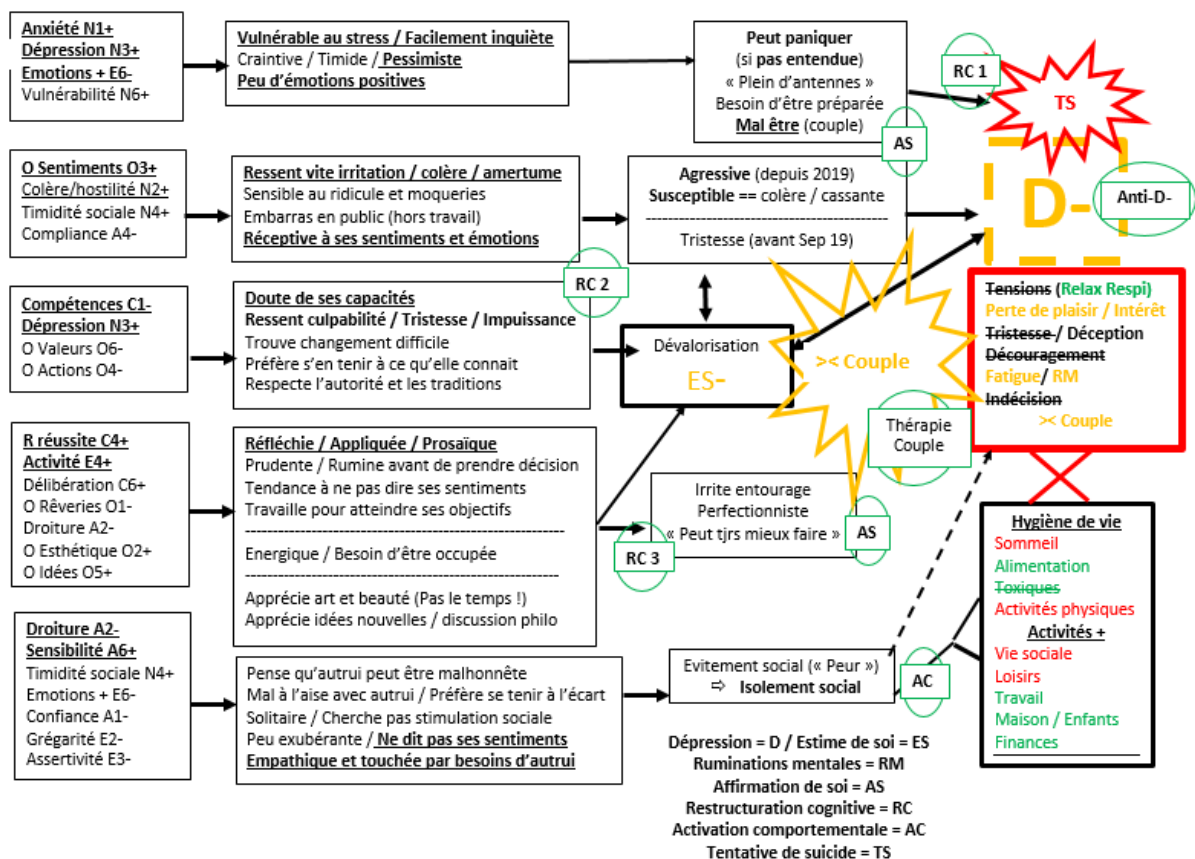
P. "En résumé, vous ne pouvez pas tout faire à la fois de manière parfaite et il serait mieux de s'occuper davantage dans l'ordre : de votre vie familiale, puis de votre travail, et enfin de votre ménage, c'est cela?"

M. «Oui.»

- Comparaison traits de personnalité de Pierre & Marie

N°Dossier patient 1:		Marie																								www.psyclin.be										
N°Dossier patient 2:		Epoux																																		
	N	E	O	A	C	N1	N2	N3	N4	N5	N6	E1	E2	E3	E4	E5	E6	O1	O2	O3	O4	O5	O6	A1	A2	A3	A4	A5	A6	C1	C2	C3	C4	C5	C6	
Très élevé	1						1	1	1	2								2	1																	1
Elevé			2				1			1	1				1	2		2	X		X	2		2			X							1		
Moyen				1	2	1		2				1	2	1								2			2	2				1	1	2				
Bas	2	X		1	2				2	2		2	2	1	2			1						1	X	1	1	X		X	2			X	2	
Très bas							2	2					1	2	1							1												2		

- Synthèse holistique et processuelle évolutive



- CED d'évolution

	Tristesse	Insomnie	Découragement	Echecs passés	Fatigue	Déception	Indécision	Appétit changé	Vie sans sens	Anxiété	Concentration perdue	Sexe / perte intérêt	Tensions	Pertes de mémoire	Perte d'énergie	Dévalorisation	Pessimisme	Culpabilité	Critique envers soi	Pleure plus	Irritabilité	Perte d'intérêt	Agitation	Perte de plaisir	Solitude	Se sent déprimé
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
La plupart du temps																										
Très souvent																										
Souvent												X														
Parfois	X	X		X	X	X	X			X	X		X	X				X	X		X	X		X		X
NON								X	X						X	X	X			X			X		X	
TOTAL :	17		/ 100																							

Annexe n°20 : Modèle de la dégradation de la relation du couple (Bodenmann & al., 2007)

Modèle de la dégradation de la relation du couple

(Bodenmann et al., 2007)

