

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

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

**Frédéric Dionne<sup>1</sup>**

*Université du Québec à Trois-Rivières  
Centre de recherche et d'intervention  
sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)*

**Réal Labelle**

*Université du Québec à Trois-Rivières  
Centre de recherche et d'intervention  
sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)*

« L'ennemi de la vie est la douleur. »

(Shneidman, 1999a, p. 124)

## **INTRODUCTION**

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

## **L'HOMME**

Edwin S. Shneidman (né en 1918) Ph.D., est considéré comme le père de la suicidologie moderne et représente une des personnes, sinon la personne, qui a le plus contribué à l'étude et à la prévention du suicide aux États-Unis au cours du dernier demi-siècle (Maris, 1993). Élève et ami du célèbre professeur Henry A. Murray<sup>2</sup>, Shneidman ne cache pas l'influence que ce dernier exerça sur sa vie et sa théorie (Shneidman, 1991). Shneidman mène des études brillantes en psychologie à l'UCLA et obtient son doctorat en 1948 à l'Université de la Caroline du Sud. Une année plus tard, alors qu'il travaille comme psychologue à l'Hôpital des Anciens Combattants de Los Angeles, il découvre par hasard des centaines de

1. Adresse de correspondance : Frédéric Dionne, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (QC), G9A 5H7. Téléphone : (819) 376-5011, poste 3512. Télécopieur : (819) 376-5195. Courriel : frederick.dionne@uqtr.ca
2. Henry A. Murray (1893-1988) — M.D. et Ph.D. — est un psychanalyste américain reconnu pour avoir élaboré une théorie de la personnalité basée sur les besoins psychologiques et pour avoir développé le *Thematic Apperception Test* (TAT). Edwin S. Shneidman a travaillé avec lui à Harvard.

notes de suicidés. Il photocopie ces notes et les compare plus tard « en aveugle » avec des notes de suicide rédigées par des personnes non suicidaires. Ce point tournant donnera par la suite naissance à une série de travaux novateurs dans le domaine du suicide, notamment son premier ouvrage intitulé *Clues to Suicide* (Shneidman et Farberow, 1957).

C'est à Chicago que naît en 1968 l'Association américaine de suicidologie dirigée par Shneidman et Farberow. Parallèlement, en 1969, un Centre d'études sur le suicide est créé au sein du *National Institute of Mental Health*. Shneidman le dirigera plusieurs années. Il sera ensuite le fondateur et l'éditeur de plusieurs journaux scientifiques comme le *Bulletin of Suicidology* et *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Actuellement, on compte plus de 170 livres, chapitres et articles publiés par Shneidman traitant la question du suicide. Il existe un seul ouvrage en langue française de Shneidman (1999a), *Le tempérament suicidaire : Risques, souffrances et thérapies*.

## LA THÉORIE

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

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

En se référant à la Figure 1, on peut voir que, selon Shneidman, le suicide se produit lorsque le psymal, la pression négative ainsi que la perturbation sont à leur niveau maximum (5-5-5) et lorsque le suicide

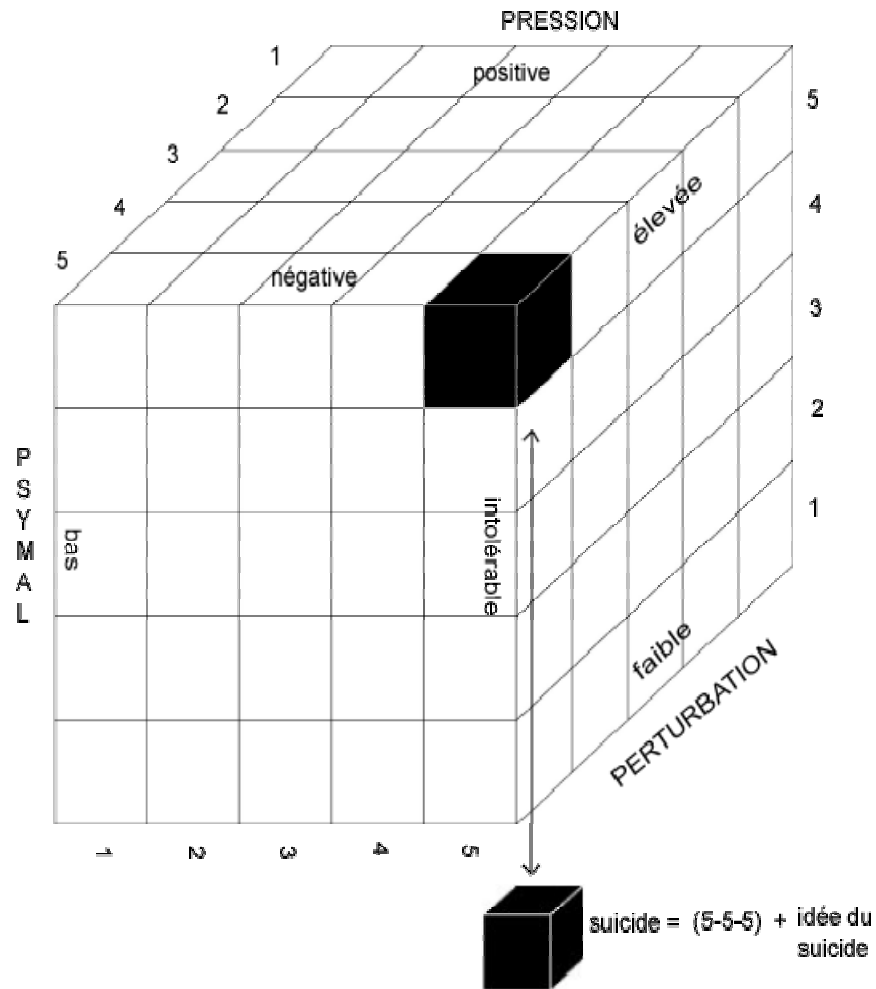


Figure 1 Modèle tridimensionnel de Shneidman

devient une option disponible pour résoudre les problèmes d'un individu. Au cours des paragraphes qui suivent, chacun de ces quatre éléments sera expliqué.

### Le psymal

Le psymal (*psychache*) est le terme employé par Shneidman pour désigner la souffrance psychologique insupportable qui est présente dans presque tous les cas de suicide. Ce concept est la pierre angulaire de sa théorie. Les gens ne se suicident jamais de joie ou d'exaltation. Ils se tuent

plutôt parce qu'ils sont malheureux et qu'ils souffrent (Shneidman, 1999a). Shneidman définit le psymal comme étant :

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

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

Mais comment opère cette souffrance? En fait, la souffrance psychologique qui amène un individu à vouloir s'enlever la vie naît de la prise de conscience de sa propre perturbation interne et de la perception selon laquelle cette souffrance est insoutenable, intolérable et inacceptable. Les deux premiers termes (insoutenable et intolérable) font référence à l'évaluation, par un individu, de son propre niveau de souffrance et de sa capacité à supporter cette souffrance (« je ne peux plus endurer cette souffrance »). Le seuil de tolérance à la souffrance d'un individu est donc d'une importance capitale pour comprendre et prévenir le suicide. Le troisième terme (inacceptable) se rapporte au fait qu'il y a une détermination individuelle à ne pas vouloir endurer la souffrance (« je ne veux plus endurer cette souffrance »; « je n'ai pas à tolérer cette souffrance »). La souffrance ne cadre alors plus avec l'image et l'idéal de l'individu (Shneidman, 1999a). Les individus suicidaires auraient le sentiment d'une douleur unique, spéciale, différente voire même plus importante que les autres, ce qui l'a rendrait plus difficile à supporter (Shneidman, 1999a; 2004b).

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

### **La pression négative**

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

(Shneidman, 1992). Shneidman a emprunté cette notion de pression à la terminologie de Murray (1938).

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

De plus, ces besoins psychologiques doivent être perçus comme étant vitaux aux yeux de l'individu pour qu'ils puissent entraîner un suicide (Shneidman, 1998; 1999a). Chaque individu poursuit deux types de besoins : des besoins plus ordinaires (ou modaux) qui régissent le quotidien et des besoins jugés plus importants (ou vitaux), pour lesquels l'individu serait prêt à mourir dans un moment de détresse intense et de contrariété. Or, au moment d'une crise suicidaire, lorsque la souffrance et la perturbation sont à leur maximum, l'attention de l'individu demeure fixée sur certains besoins vitaux qui sont alors évalués, à ce moment, comme étant essentiels et indispensables pour continuer à vivre. Ces besoins prennent une ampleur disproportionnée dans la vie de l'individu, s'accompagnant d'une douleur, d'une perception d'échec, d'emprisonnement et d'urgence (Shneidman, 1999a) que seul le suicide semble alors pouvoir apaiser.

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

Enfin, pour mieux comprendre le suicide, Shneidman (1980a) se sert de la classification des besoins psychologiques de Murray (1938). Celle-ci comprend une vingtaine de besoins psychologiques qui sous-tendent les comportements humains. Parmi eux, Shneidman (1998) en identifie huit qui sont souvent impliqués dans le suicide : les besoins 1) d'affiliation, 2) de contre-attaque, 3) de défense, 4) d'intégrité, 5) d'évitement de la honte, 6) de réconfort (être aimé et compris), 7) d'ordre et, 8) de compréhension.

### La perturbation psychologique marquée

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

En ce qui concerne le phénomène de la constriction, il le définit comme la réduction de la qualité de la perception de l'individu autant sur le plan cognitif qu'affectif (Shneidman, 1999a). À un certain moment, lorsque la perturbation et la souffrance sont trop élevées, l'individu atteint ce mode de raisonnement inhabituel où il n'est plus en mesure d'aborder son problème et de générer de nouvelles solutions à celui-ci. Autrement dit, intoxiqué par ses émotions, il ne peut plus produire d'*insight* (Shneidman, 2004a). L'individu adopte alors une « vision en tunnel » de l'attention, un mode de pensée dichotomique ou en tout ou rien («Le suicide est *la seule* solution»). L'individu est alors exclusivement centré sur sa souffrance et sur son problème. Le passé n'existe plus et le futur est impossible. Les options diminuent jusqu'au point où l'individu ne voit plus que la mort pour solutionner son problème et mettre fin à son mal intérieur. Pour Shneidman, le suicide ne représente pas tant les contrecoups de forces inconscientes, mais plutôt le résultat d'une erreur de logique dans un moment où l'individu se trouve envahi par un trop plein d'émotions.

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

(comportements de mise en échec). Ces tendances autodestructrices feraient partie du style de vie de l'individu suicidaire et se répéteraient dans le temps.

### **L'idée du suicide comme une solution**

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

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

### **LA PSYCHOTHÉRAPIE**

Les implications du modèle cubique de Shneidman présenté à la Figure 1 sont assez évidentes en ce qui concerne sa manière d'intervenir avec des individus hautement suicidaires. Le but du thérapeute, selon lui, est de ramener d'un point vers le bas l'une des trois composantes (psymal, pression et perturbation) du modèle explicatif du suicide (ex : de 5-5-5 à 4-5-5). Ces composantes sont toutes interreliées de sorte qu'agir sur une dimension aura un effet direct sur les autres. Étant donné que, pour Shneidman, la variable la plus centrale au suicide est le psymal, l'essentiel de sa psychothérapie repose sur l'apaisement de la souffrance psychologique du patient. À cet effet, Shneidman appelle son approche la « thérapie calmante » (*anodyne therapy*) pour illustrer le rôle du thérapeute qui agit comme un « calmant », pour soulager la douleur de son patient (1999a; 2004a).

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

### **Établir un transfert positif**

Les notions de transfert et de contre-transfert sont très importantes dans l'intervention auprès d'individus suicidaires. Établir une bonne relation thérapeutique peut littéralement sauver des vies humaines (Shneidman, 1980b). Dans ce genre de relation, il faut accueillir l'individu souffrant de manière inconditionnelle et aborder son sentiment de souffrance directement : « Où souffrez-vous ? » ou « Parlez-moi de votre douleur ». En intervention de crise suicidaire, le but premier pour Shneidman (1980b; 1999a) est de garder la personne en vie et non de remédier au trouble psychologique. Dans ce cas précis, la relation doit être adaptée en fonction des besoins psychologiques qui ont été frustrés. Ainsi, advenant le cas où un individu tente de se suicider à la suite de la frustration de son besoin d'affiliation (perte d'une relation significative) et que son réseau social est carencé, une attitude aimante et plus amicale de la part du thérapeute serait alors « prescrite » en thérapie, pour combler le besoin d'affiliation. Le transfert et le contre-transfert deviennent donc des agents « calmants », apaisants, et ils doivent être adaptés aux besoins de l'individu suicidaire. Par son attitude, le thérapeute doit transmettre de l'espoir à son patient.

### **Impliquer une personne significative**

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

### **Enlever les oeillères perceptuelles**

L'individu en souffrance se trouve dans un état de constriction de la perception; il n'est plus en mesure d'aborder et générer des alternatives à sa situation, et le suicide apparaît comme la meilleure solution. La première tâche avec un individu suicidaire est de l'aider à trouver des solutions réalistes de remplacement (Shneidman, 1999a). Une technique privilégiée par Shneidman (1993b; 1999a) est de dresser avec le patient une liste des différentes possibilités ou solutions pour remédier au problème qui engendre la souffrance psychologique. Ces solutions peuvent ensuite être ordonnées en fonction de leur viabilité. Le but est d'amener l'individu à avoir deux ou trois options réalistes autres que le

suicide comme solution première. L'idée du suicide peut être abordée dans la liste et être traitée avec une attitude de non-jugement de la part du thérapeute. Le simple fait d'élaborer cette liste et d'exprimer de la compassion aura un effet apaisant sur la personne (Shneidman, 1999a). Cette technique de résolution de problèmes agira sur le désespoir de l'individu. Le thérapeute doit alors montrer à son patient qu'il peut être aidé, que sa souffrance est traitable et qu'il y a d'autres options à son problème que le suicide.

### **Désamorcer la situation**

Dans le même ordre d'idées, pour amenuiser la souffrance psychologique, l'événement créant une pression négative chez l'individu peut être ciblé (Shneidman). Souvent, cet événement est exagéré ou mal perçu. Il est possible que l'individu surestime le problème auquel il fait face et que les besoins frustrés qui contribuent à créer une pression négative chez lui occupent une importance disproportionnée à ses yeux. Il s'agit dès lors de modifier ou de relativiser la perception que l'individu se fait des circonstances pour ainsi désamorcer et adoucir la situation (Shneidman, 1999a).

### **Redéfinir les limites du supportable**

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

### **Favoriser l'acceptation de la souffrance**

Par ailleurs, pour qu'il y ait suicide, Shneidman (1999a) affirme que la souffrance doit être perçue comme étant inacceptable. Il y a un refus d'endurer la douleur, la rendant ainsi plus difficile à tolérer car associée à quelque chose d'avérsif. Il se peut aussi que l'individu suicidaire considère sa souffrance comme étant plus importante que celle des autres. En intervention, il s'agit de favoriser l'acceptation de la souffrance en

normalisant l'expérience du patient, en lui mentionnant, par exemple, que la souffrance qu'il ressent est légitime selon la situation, et de discuter plutôt du moyen qu'il a pris pour agir sur cette souffrance. Il faut tenter de changer la relation de l'individu suicidaire à sa souffrance, faire voir la souffrance, par exemple, comme une partie intégrante et inévitable de la condition humaine : « Je souffre, donc je suis » (Shneidman, 2001, p. 7).

### **Dévoiler la fonction de l'idée suicidaire**

Le thérapeute peut agir sur l'idée du suicide. En fait, le suicide en tant que fuite est, pour Shneidman, un élément que le thérapeute se doit de garder constamment à l'esprit au cours de l'intervention. La tâche du thérapeute est d'amener le patient à percevoir le suicide comme une stratégie d'adaptation et de révéler la fonction du geste. Prenant conscience que le suicide est fait essentiellement dans le but de cesser de souffrir, par exemple, aide le thérapeute et le patient à trouver d'autres manières de composer avec les aspects moroses et douloureux de la vie. La signification du geste n'apparaît pas toujours clairement aux yeux de l'individu. À plus long terme, il peut être bénéfique de montrer à ce dernier comment ce moyen (le suicide comme un moyen d'éviter la souffrance) est un comportement qui revient sans cesse dans diverses situations de son histoire personnelle. Dévoiler que la tendance à capituler, à fuir, à évacuer le problème et à y échapper se répète constamment face à des situations de détresse ou de souffrance passées est important (Shneidman, 1999a).

### **Prendre conscience des tendances autodestructrices**

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

En somme, bien que la conception de Shneidman s'inspire d'une approche psychodynamique, son modèle d'intervention n'adhère pas à une approche de psychothérapie précise (Ellis, 2001). En fait, il adopte une attitude fondamentalement humaniste qui s'apparente à celle de Rogers (1957). Sa conception du besoin dans la thérapie ressemble à celle d'un gestaltiste. L'implication d'une autre personne dans le traitement d'un individu suicidaire ressemble à ce qu'un psychologue d'orientation systémique pourrait faire. Shneidman utilise enfin des techniques aux

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

## LA RECHERCHE

Une recherche dans les bases de données *PsyINFO*, *Medline* et *Current Contents*, permet de constater qu'il y a un courant d'études qui va dans le sens de la théorie du père de la suicidologie. Ce courant montre notamment que les raisons les plus souvent évoquées par des individus ayant commis une tentative de suicide sont d'obtenir un soulagement émotionnel face à un état d'esprit douloureux et d'échapper à une situation difficile (Bancroft, Hawton, Simkin, Kingston, Cumming et Whitwell, 1979; Bancroft, Skrimshire et Simkin, 1976; Hawton, Bancroft et Simkin, 1978; Holden et Kroner, 2003; Holden, Kerr, Mendonca et Velamoor, 1998; Kovacs, Beck et Weissman, 1975; Parker, 1981; Varadaraj, Mendonca et Rauchenberg, 1986).

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

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

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

## CONCLUSION

Il aurait été présomptueux de vouloir rendre compte en quelques lignes de l'oeuvre de Shneidman. Il semble toutefois intéressant de conclure en tentant une synthèse critique de sa pensée, et ce, en quatre temps<sup>1</sup>.

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

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

---

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

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

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

Enfin, Shneidman ouvre la voie à un champ de recherche très prometteur dans le domaine du suicide, c'est-à-dire étudier le suicide comme une difficulté d'autorégulation de l'affect, des émotions ou de l'humeur (Catanzaro, 2000; Vohs et Baumeister, 2000). Au niveau théorique, il serait intéressant d'examiner dans l'avenir comment certains modèles explicatifs, qui intègrent la théorie de Shneidman ou s'y apparentent, peuvent être vérifiés empiriquement. On pense ici particulièrement au modèle de la psychologie du soi et de la personnalité de Baumeister (1990) et à celui issu de la psychothérapie cognitive de Rudd (2004).

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

#### Références

- Baechler, J. (1975). *Les suicides*. Paris : Calmann-Lévy.
- Bancroft, J. H. J., Skrimshire, A. M. et Simkin, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry*, 128, 538-548.
- Bancroft, J., Hawton, K., Simkin, S., Kingston, B., Cumming, C. et Whitwell, D. (1979). The reasons people give for taking overdose : A further inquiry. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 353-365.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from the self. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, P. A., Wingate, L. R. et Joiner, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adults mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 8-17.
- Catanzaro, S. J. (2000). Mood regulation and suicidal behavior. In T. Joiner et M. D. Rudd (Éds), *Suicide science : Expanding the boundaries* (p. 81-103). New York : Kluwer Academic Publishers.

## À propos de la souffrance et du suicide

---

- Dionne, F., Labelle, R., Daigle, M. et Baillargeon, J. (2004, Mai). *Un nouveau venu en suicidologie : l'échelle du psymal*. Communication présentée au Congrès international des pratiques novatrices pour la prévention du suicide, Montréal, Canada.
- Dionne, F., Labelle, R. et Baillargeon, J. (2005, Juin). *Hopelessness and psychache in the prediction of suicide*. Affiche présentée au International congress of cognitive psychotherapy, Göteborg, Suède.
- Ellis, T. E. (2001). Psychotherapy with suicidal patients. In D. Lester (Éd.), *Suicide prevention : Resources for the millennium* (p. 129-151). *Series in death, dying, and bereavement*. États-Unis : Taylor and Francis.
- Hanus, M. (2004). E. S. Shneidman et la suicidologie. In M. Hanus (Éd), *Le deuil après suicide* (p. 86-89). Paris : Éditions Maloine.
- Hawton, K., Bancroft, J. et Simkin, S. (1978). Attitudes of psychiatric patients to deliberate self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*, 132, 31-35.
- Holden, R. R., Kerr, P. S., Mendonca, J. D. et Velamoor, V. R. (1998). Are some motives more linked to suicide proneness than others? *Journal of Clinical Psychology*, 54(5), 569-576.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, J. et Mcleod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a Scale of Psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(4), 224-232.
- Holden, R. R. et Kroner, D. G. (2003). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a forensic sample. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(1), 35-44.
- Kovacs, M., Beck, A. T. et Weissman, A. (1975). The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. *American Journal of Psychotherapy*, 29, 363-368.
- Kral, M. J. (1994). Suicide as social logic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 245-255.
- Kropf, J. (1990). An empirical assessment of Murray's personological formulation of suicide. Unpublished doctoral dissertation. California School of Professional Psychology, Fresno, CA.
- Leenaars, A. A. (1988). *Suicide notes : Predictive clues and patterns*. New York : Human Sciences Press.
- Leenaars, A. A. (1996). Suicide : A multidimensional malaise. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 26, 221-236.
- Lester, D. (1991). The study of suicidal lives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 164-173.
- Lester, D. (1994). A comparison of 15 theories of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(1), 80-88.
- Lester, D. (2000). Psychache, depression, and personality. *Psychological reports*, 87, 940.
- Maris, R. W. (1993). The evolution of suicidology. In A. A. Leenaars (Éd.), *Suicidology : Essays in honor of Edwin S. Shneidman* (p. 2-21). Northvale, New Jersey, London : Jason Aronson, Inc.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York : Oxford University Press.
- Orbach, I. (2003). Mental pain and suicide. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40(3), 191-201.
- Orbach, I., Mikuliner, M., Gilboa-Schechtma, E. et Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 231-241.
- Orbach, I., Mikuliner, M., Sirota, P. et Gilboa-Schechtma, E. (2003). Mental pain : A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 219-230.
- Parker, A. (1981). The meaning of attempted suicide to young parasuicides : A repertory grid study. *British Journal of Psychiatry*, 139, 306-312.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rudd, D. M. (2004). Cognitive therapy for suicidality : An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 59-72.
- Shneidman, E. S. et Farberow, N. (Éds). (1957). *Clues to suicide*. New York : McGraw-Hill.

- Shneidman, E. S. (1980a). A possible classification of suicidal acts based on Murray's need system. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 10(3), 175-181.
- Shneidman, E. S. (1980b). Psychotherapy with suicidal patients. In T. B. Karasu, et L. Bellak (Éds), *Specialized techniques in individual psychotherapy* (p. 305-313). New York : Brunner/Mazel.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York : Wiley.
- Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. VanderBos et B. K. Bryant (Éds), *Cataclysms, crises and catastrophes : Psychology in action* (p. 147-183). Washington : American Psychological Association.
- Shneidman, E. S. (1989). Overview : A multidimensional approach to suicide. In D. Jacobs et H. N. Brown (Éds), *Suicide : Understanding and responding* (p. 1-30). Madison : International University Press.
- Shneidman, E. S. (1991). A life in death : Notes of a committed suicidologist. An epistolary autobiography. In E. C. Walker (Éd.), *The history of clinical psychology in autobiography* (p. 225-291). Belmont, CA : Brooks/Cole Publishing Compagny.
- Shneidman, E. S. (1992). A conspectus of the suicidal scenario. In R. W. Marris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger et R. I. Yufit (Éds), *Assessment and prediction of suicide* (p. 50-64). New York : Guilford.
- Shneidman, E. S. (1993a). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.
- Shneidman, E. S. (1993b). *Suicide as psychache : A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ : Jason Aronson Inc.
- Shneidman, E. S. (1998). Further reflexions on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245-250.
- Shneidman, E. S. (1999a). *Le tempérament suicidaire : risques, souffrances et thérapies*. Bruxelles : De Boeck et Berlin.
- Shneidman, E. S. (1999b). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 287-294.
- Shneidman, E. S. (2001). Suicidology and the University : A founder's reflections at 80. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 31(1), 1-8.
- Shneidman, E. S. (2004a). Some thoughts about psychotherapy with suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 5-6.
- Shneidman, E. S. (2004b). *Autopsy of a suicidal mind*. New York : Oxford University Press.
- Varadaraj, R., Mendonca, J. D. et Rauchenberg, P. M. (1986). Motives and intent : A comparison of views of overdose patients and their key relatives/friends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 621-624.
- Vohs, K. D. et Baumeister, R. Y. (2000). Escaping the self consumes regulatory resources : A self-regulatory model of suicide. In T. Joiner et M. D. Rudd (Éds.), *Suicide science : expanding the boundaries* (p. 33-41). New York : Kluwer Academic Publishers.

#### Résumé

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

#### Mots clés

souffrance, suicide, théorie, psychothérapie, recherche, Shneidman

## À propos de la souffrance et du suicide

---

### **Abstract**

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

### **Key words**

*pain, suicide, theory, psychotherapy, research, Shneidman*