

# La thérapie de résolution de problèmes: une approche par le réel, adaptée au traitement des adolescents suicidaires

François M. Chagnon

*Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (Larehs)  
Université du Québec à Montréal*

## Résumé

Il existe peu de modèles de traitement adaptés aux adolescents suicidaires. Cet article présente la thérapie de résolution de problèmes et son application à l'intervention auprès d'adolescents suicidaires. Cette méthode de traitement pourrait être particulièrement adaptée aux besoins des jeunes suicidaires. L'auteur traite en synthèse de la relation entre le stress et les habiletés de résolution de problèmes chez les adolescents suicidaires. Par la suite, l'article décrit les origines de la thérapie de résolution de problèmes, ses buts et ses assises théoriques, ainsi que les différentes étapes de son déroulement. Suit une illustration de l'application de la thérapie auprès d'adolescents suicidaires.

Mots clés: adolescence, suicide, traitement, résolution de problèmes.

Les suicides et les tentatives de suicide sont des comportements étonnamment fréquents chez les adolescents: selon les statistiques officielles, environ 15% des décès chez les jeunes canadiens âgés de 14 à 19 ans sont des suicides (Rapport du groupe de travail sur le suicide au Canada, 1991). Au Québec le suicide est, après les accidents de la route, la seconde cause de décès chez les jeunes de ce groupe d'âge: 31,9% des décès chez les jeunes québécois de 15 à 19 ans sont des suicides. Plusieurs estiment que ces taux offrent un estimé très conservateur de la réalité et qu'ils constituent une mesure très peu sensible de tous les cas de mortalité jugés accidentels, dont une partie toutefois, sont en fait des suicides non identifiés. Selon Diekstra et Hawton (1987), les taux officiels de décès par le suicide chez les jeunes seraient de 20 à 40% inférieurs à la

réalité. L'impact d'un suicide, ou de la tentative de suicide d'un adolescent, entraîne des conséquences très importantes chez la victime et sur son entourage. Considérant l'importance de cette problématique, il est primordial de développer des moyens d'intervention efficaces auprès des adolescents suicidaires. Bien qu'il existe plusieurs instruments cliniques qui facilitent l'évaluation du risque suicidaire chez le adolescents, peu de modèles de traitement adaptés aux besoins de ces jeunes sont connus. Parmi ceux-ci, rares sont ceux dont l'efficacité a été éprouvée. La thérapie de résolution de problèmes offre une avenue intéressante au traitement des adolescents suicidaires et semble particulièrement adaptée aux besoins de ces jeunes.

Cet article a pour objectif de présenter la thérapie de résolution de problèmes, ses assises théoriques, son déroulement et son utilisation auprès d'adolescents suicidaires. La première section situe le cadre théorique sur lequel s'appuie cette approche, et la seconde présente l'application de la thérapie de résolution de problèmes auprès d'adolescents suicidaires. En conclusion, les limites de cette approche sont discutées et des recommandations pour des pistes de recherches sont formulées.

### Stress et suicide: les modèles explicatifs

Il n'existe pas d'explication simple pour le suicide; les suicides et les tentatives de suicide sont des comportements qui peuvent se produire sous diverses circonstances (Diekstra & Hawton, 1987). Depuis une dizaine d'années, un nombre croissant de recherches supportent la relation entre la présence d'événements stressants et le suicide chez les adolescents (Brent, Kolko, Alan, & Brown, 1990; Brent et al., 1993; Brent et al., 1988; Brown, Overholser, Spirito, & Fritz, 1991; Jacobs, 1971; Pfeffer et al., 1993; Spirito, Overholser, & Stark, 1989). Bien que l'on observe cette relation, la nature, la fréquence ou la désidérabilité des événements que vivent les adolescents suicidaires ne suffit pas toujours à les distinguer des adolescents non suicidaires (Khan, 1987; Spirito et al., 1989). Il est de plus en plus admis que la relation entre le stress et les événements de vie est de nature transactionnelle: des ressources internes et externes à la personne ont un rôle de médiateur face à l'évaluation des événements stressants et envers leurs conséquences à court et à long terme (Compas, 1987; Lazarus & Folkman, 1984). Au nombre de ces médiateurs, des mécanismes d'adaptation inefficaces ou inadéquats face aux événements stressants, dont de faibles habiletés de résolution de problèmes, pourraient avoir un rôle déterminant sur la relation entre les événements stressants et le suicide (Patsiokas, Clum, & Luscomb, 1979; Schotte & Clum, 1987).

Peu de recherches se sont intéressées aux habiletés de résolution de problèmes chez les adolescents suicidaires. Toutefois, ces recherches suggèrent que ces jeunes, lorsqu'on les compare aux adolescents non suicidaires, sont moins aptes à adopter ou à envisager de nouvelles solutions lorsqu'ils se confrontent à des taux importants de stress: (a) ils utilisent des stratégies de résolution de

problèmes déficitaires ou moins efficaces face aux difficultés de vie (Asarnow, Carlson, & Guthrie, 1987; Orbach, Rosenheim & Hary, 1987); (b) ils adoptent un style cognitif plus rigide et génèrent moins d'alternatives face aux situations conflictuelles (Levinson & Neuringer, 1971; Orbach et al., 1987); (c) ils sont plus impulsifs (Clum et al., 1979; Shaffer & Bacon, 1986).

Les événements stressants peuvent entraîner des conséquences très différentes selon les personnes, leurs caractéristiques et les ressources dont elles disposent. Clum et al. (1979) sont les premiers à proposer un modèle diathésique de la relation entre le stress et les comportements suicidaires. Selon ce modèle, des habiletés inadéquates de résolution de problèmes et/ou des attitudes cognitives rigides face à des événements stressants, augmentent le risque d'un suicide. Le modèle prédit que des déficits dans les habiletés de résolution de problèmes, lorsque combinés à la présence d'événements de vie stressants, mèneraient à des sentiments de dépression, de perte d'espoir et ultimement au suicide. Il existe plusieurs appuis empiriques de la relation univariée entre les composantes du modèle et le suicide chez les adolescents (Spirito, Brown, Overholser, & Fritz, 1989). Deux recherches, menées auprès d'étudiants américains de niveau collégial, appuient le modèle. Schotte et Clum (1982) éprouvent le modèle de Clum et al. (1979) auprès de 65 étudiants et trouvent que les participants qui ont des idéations suicidaires vivent plus d'événements stressants que les participants non suicidaires. De plus, les jeunes qui ont de faibles habiletés de résolution de problèmes et qui vivent un taux élevé d'événements stressants ont plus d'idéations suicidaires que ceux qui ont de bonnes habiletés de résolution de problèmes et ils ont plus d'idéations suicidaires que ceux qui ont de faibles habiletés de résolution de problèmes et qui vivent un niveau moins élevé de stress. Plus récemment, Bonner et Rich (1987) examinent les facteurs reliés à la présence de comportements suicidaires auprès de 158 étudiants: les participants qui rapportent des comportements suicidaires (idéations et tentatives) vivent plus de désaffection sociale, ont un taux plus élevé de rigidité cognitive et ont moins de ressources d'adaptation que leurs pairs non suicidaires. Ces résultats suggèrent que l'entraînement au développement d'habiletés de résolution de problèmes peut s'avérer une avenue intéressante pour le traitement des adolescents suicidaires.

L'adolescence est une période au cours de laquelle se multiplient les demandes d'adaptation et les changements et ce, au moment où ces jeunes personnes disposent d'une courte expérience de vie sur laquelle ils peuvent s'appuyer afin de faire face à ces demandes. La plupart des adolescents cherchent des solutions immédiates aux situations conflictuelles auxquelles ils se confrontent. Le suicide peut offrir une solution accessible à un problème face auquel aucune autre alternative n'est disponible. La thérapie de résolution de problèmes prédict qu'en augmentant les habiletés de résolution de problèmes chez les adolescents suicidaires, on diminue leurs sentiments d'impuissance et de perte d'espoir face aux situations conflictuelles. La dépression et le sentiment de perte d'espoir sont des composantes très importantes à l'intérieur du processus suicidaire. La thérapie de résolution de problèmes permet aux adolescents

suicidaires de générer des alternatives face aux situations conflictuelles et d'acquiescer ainsi un plus grand contrôle sur ces événements stressants (Cimboric & Jobes, 1990; Fremouw, Perczel, & Ellis, 1990; Hawton, 1986). Ils disposent ainsi de plus d'alternatives afin de résoudre leurs conflits. De plus, de par sa structure qui fait appel à la collaboration et qui augmente l'autonomie et le contrôle face aux situations conflictuelles, la thérapie de résolution de problèmes permet d'aller au-delà des résistances des adolescents suicidaires, lesquels sont souvent impulsifs et/ou en opposition face à leur environnement (Wilkes, Belsher, Rush, & Frank, 1994). Enfin, puisque cette approche utilise les situations conflictuelles telles qu'elles se manifestent dans le quotidien, elle s'avère particulièrement accessible à la réalité des adolescents. Certaines limites doivent cependant être tenues pour compte dans le traitement des jeunes suicidaires: les jeunes qui présentent une déficience intellectuelle profiteraient d'autres modalités de traitement; les adolescents aux prises avec une problématique de toxicomanie doivent cesser leur consommation avant de s'engager dans le processus; la présence d'un désordre bipolaire ou psychotique chez l'adolescent nécessite au préalable d'être contrôlé par le support d'une médication (Wilkes et al., 1994).

### La thérapie de résolution de problèmes; origines et déroulement

Issue d'un courant de recherches qui visent à développer des stratégies de prévention et d'intervention pouvant augmenter la compétence sociale, c'est à la fin des années 1960 qu'apparaissent les premières applications cliniques de la thérapie de résolution de problèmes (D'Zurilla, 1988). Goldfried et D'Zurilla (1969) sont les premiers à décrire les applications de la thérapie de résolution de problèmes auprès d'adultes. Chez les jeunes, Spivack, Platt et Shure (1976) font office de pionniers et adaptent l'application de la thérapie de résolution de problèmes aux caractéristiques des enfants et des adolescents. Si l'on retourne, selon les auteurs consultés, diverses applications de la thérapie de résolution de problèmes, on s'entend toutefois généralement que ce concept représente un ensemble de processus cognitifs et comportementaux, dont les fonctions sont doubles: (a) rendre disponible une variété de solutions alternatives potentiellement efficaces; (b) augmenter la probabilité d'identifier une solution adéquate (Platt, Prout, & Metzger, 1987).

#### Buts et assises théoriques.

Le but ultime de la thérapie de résolution de problèmes est d'augmenter les habiletés dont disposent les personnes afin de résoudre les problèmes, tels qu'ils se manifestent dans la vie quotidienne. Il ne s'agit donc pas de promouvoir des conseils en vue de régler une situation spécifique, mais de modifier le processus qu'utilise ces personnes pour résoudre leurs problèmes, afin de le rendre plus efficace. Selon cette approche, un problème est une demande qui

vent entraîner ces solutions. L'insécurité et une image négative de soi amènent fréquemment ces jeunes à adopter des critères sévères à ce point qu'ils rendent à toute fin quasi inaccessibles les solutions potentiellement adéquates. Par son accompagnement, le thérapeute apprend à l'adolescent à identifier ces critères et à les modifier. Diverses techniques peuvent être utilisées à cette fin: jeux de rôles, auto-observation, miroir, raisonnement à voix haute.

3. Variété. Des solutions, quoique nombreuses, peuvent s'apparenter à la même catégorie. Par exemple, essayer d'oublier les conséquences d'un problème, sortir avec des amis, écouter de la musique afin de se distraire, sont autant de moyens d'évitement que peut adopter un adolescent confronté à une situation conflictuelle. Les personnes qui ont de faibles habiletés de résolution de problèmes génèrent souvent les mêmes catégories de solutions face aux situations problématiques. Elles adoptent ainsi un répertoire moins efficace de solutions. Par le principe de variété, les actions du thérapeute ont pour but d'apprendre à ces jeunes à diversifier les catégories de solutions qu'ils utilisent afin de résoudre les situations problématiques.

4. Prise de décision. Le but de cette étape est d'évaluer les solutions alternatives afin de choisir la plus adaptée face à la situation problématique. Bien qu'il existe une multitude de conséquences possibles pouvant découler d'un même événement, D'Zurilla et Nezu (1982) estiment que l'on peut regrouper ces conséquences en quatre catégories: court terme, moyen terme, sociale, personnelle. Ces auteurs suggèrent deux paramètres à partir desquels on peut évaluer les conséquences éventuelles des solutions envisagées: la probabilité que les actions produisent un effet sur l'individu ou sur son environnement social; la probabilité que la personne soit capable d'implanter la solution choisie. Cette étape peut se subdiviser en deux temps. Dans un premier temps, le thérapeute soutient l'adolescent à effectuer un survol des solutions possibles de manières à éliminer celles qui semblent les moins adaptées ou accessibles. Par la suite, chacune des solutions conservées sera évaluée en fonction des paramètres énoncés ci-dessus. Suite à ce processus, l'adolescent devrait être en mesure de répondre aux trois questions suivantes: le problème est-il résoluble; des informations supplémentaires sont-elles nécessaires afin de choisir et d'implanter la solution; quelles solutions ou combinaisons de solutions devraient être implantées? Une réponse satisfaisante à ces questions permet de passer à la dernière étape du processus. À l'opposé, une réponse insatisfaisante nécessite un retour aux étapes précédentes (D'Zurilla, 1988).

*Implantation et vérification de la solution.* Cette dernière étape du processus a pour but de vérifier l'efficacité de la solution choisie. Jusqu'ici l'ensemble du processus s'est effectué de manière théorique. Différemment, il s'agit ici d'éprouver l'efficacité non pas potentielle mais réelle de la solution sélectionnée. D'Zurilla et Nezu (1982) conceptualisent cette étape en quatre activités: accomplissement, observation, évaluation et renforcement.

1. Accomplissement. On vise ici l'implantation de la solution dans la vie réelle. Divers obstacles peuvent contraindre l'accomplissement de la solution (inhibition, insécurité, manque d'habiletés...) ces obstacles peuvent être abordés lors de la thérapie. Ils peuvent également être contournés par le choix d'une solution alternative.
2. Observation. Cette activité réfère à la mesure des résultats engendrés par l'application de la solution aux divers niveaux où ils sont susceptibles de se produire. Divers indices devront être choisis à cette fin.
3. Évaluation. L'évaluation des résultats implique la comparaison entre les résultats anticipés et ceux observés. Cette étape est en lien directe avec la définition du problème et des résultats attendus. Des résultats insatisfaisants peuvent découler de deux sources de difficultés soit, des difficultés à l'intérieur du processus de résolution de problème ou encore, des difficultés dans l'implantation de la solution.
4. Renforcement. Il est important que l'atteinte de résultats s'accompagne de renforcements positifs afin de maintenir la motivation du jeune à persévérer dans ses efforts de changement. À cette fin, le thérapeute devra porter une attention particulière aux renforceurs susceptibles de soutenir la motivation de l'adolescent.

#### Application de la thérapie de résolution de problèmes auprès des adolescents suicidaires

On peut conceptualiser l'intervention auprès des adolescents suicidaires selon deux phases : l'intervention de crise et le traitement. C'est au cours de cette seconde phase, au sortir de la période de crise, que l'on utilisera la thérapie de résolution de problèmes. Une évaluation continue du risque suicidaire doit toutefois être exercée tout au long du traitement. Il est possible d'utiliser la thérapie de résolution de problèmes tant à l'intérieur d'un processus individuel que dans le contexte d'une intervention de groupe. Ce choix devrait tenir compte de l'état affectif du jeune et de son aisance à s'intégrer à un groupe de pairs; certains jeunes peuvent présenter un équilibre affectif précaire à ce point qu'ils nécessitent une attention individuelle de la part du thérapeute, attention qui ne peut être manifestée dans le cadre d'une thérapie de groupe. Toutefois, lorsqu'indiquée, l'approche de groupe nous semble particulièrement adaptée aux besoins des adolescents suicidaires. Elle peut permettre aux adolescents d'aborder la relation avec le thérapeute de manière moins menaçante, puisqu'ils bénéficient de la présence de pairs qui contribuent à rétablir un certain rapport de force plus égalitaire, du point de vue des jeunes. De plus, la disponibilité de pairs supporte le sentiment d'appartenance à un groupe et elle peut aider à briser l'isolement et les sentiments de marginalité qui caractérisent ces jeunes. Enfin, la situation de groupe favorise les échanges et les jeux de rôles, elle peut faciliter l'appropriation du processus thérapeutique.

#### Engagement du processus thérapeutique.

La plupart des adolescents qui consultent un thérapeute à la suite de conduites suicidaires n'ont pas pris eux-mêmes cette décision. Cette situation peut générer un climat particulièrement anxiogène pour ces jeunes clients. Ces adolescents peuvent résister à entrer en relation et éprouver des sentiments de culpabilité ou de colère qui posent obstacle à l'engagement du processus thérapeutique. Dès les premières étapes du traitement, le thérapeute doit centrer son action sur la mise en place d'un climat affectif qui favorise la compréhension et la formulation des antécédents reliés aux conduites suicidaires du jeune. Cette étape scelle en quelque sorte le début de l'alliance thérapeutique, puisqu'elle affirme au jeune qu'il n'est dorénavant plus seul face à sa souffrance. Cette alliance instaurée, le thérapeute peut dès lors présenter à l'adolescent le processus de thérapie par la résolution de problèmes en lui expliquant les différentes étapes et objectifs du processus. Il est important de traduire ces objectifs en des termes concrets et qui collent à la réalité du jeune. Par exemple: "le but du processus est de te permettre d'apprendre à trouver des solutions plus efficaces lorsque tu te retrouves en conflit avec tes parents". En conclusion à cette étape le thérapeute proposera à l'adolescent le choix de la modalité de traitement soit, individuelle ou de groupe.

#### Orientation générale.

Lors de cette phase initiale, le travail s'amorce autour des attitudes et des croyances qu'entretient l'adolescent face aux problèmes du quotidien. Les adolescents suicidaires ont souvent une perception négative d'eux même et ils entretiennent des croyances erronées face aux causes de leurs difficultés de vie. Au cours de cette phase, le thérapeute amène graduellement le jeune à identifier les hypothèses négatives qu'il entretient face aux situations problématiques et à resituer la place qu'occupent ces problèmes dans la vie quotidienne. L'adolescent apprend graduellement à établir la différence entre des hypothèses personnelles qui augmentent ou diminuent l'impact des situations problématiques. À cette fin, les techniques de façonnement (modeling), de relaxation et les instructions verbales sont particulièrement indiquées.

#### Définition et formulation du problème

Durant cette étape, l'adolescent apprend à recueillir des informations objectives et pertinentes sur les situations problématiques auxquels il se confronte; les difficultés sont conceptualisées comme un écart entre ce qui est et ce que l'on souhaiterait. Dans cette perspective, le suicide n'est pas présenté comme le problème mais comme une mauvaise solution, le but du processus étant d'en arriver à trouver des solutions plus efficaces face aux antécédents des comportements suicidaires. Par son action, le thérapeute amène le jeune à formuler différentes définitions de ses problèmes et à identifier les buts attendus

par leur résolution ainsi que les divers obstacles qui s'opposent à l'atteinte de ces buts. L'adolescent devient ainsi plus habile à définir avec objectivité et en des termes concrets les problèmes auxquels il se confronte et à établir des buts réalistes suite à leur résolution. Au fil de ses interventions le thérapeute explore, en collaboration avec l'adolescent, les cognitions et les émotions qui baignent sa définition des situations problématiques. L'adolescent développe sa capacité d'attention aux sources variées d'informations pouvant être disponibles dans son environnement.

#### *Développement de solutions alternatives.*

Il est fréquent que les adolescents suicidaires, lorsque confrontés aux situations à l'origine de leur souffrance psychologique, montrent une plus grande rigidité cognitive et disposent de peu de solutions alternatives afin de résoudre ces difficultés. Pour plusieurs d'entre eux, le suicide devient graduellement la seule avenue disponible afin d'échapper à cette souffrance. Cette phase du traitement vise à apprendre au jeune à développer des alternatives face aux situations conflictuelles. Il s'agit ici d'une action conjointe entre le thérapeute et l'adolescent dans laquelle le thérapeute, par son accompagnement, procure au jeune une prise de distance nécessaire afin qu'il puisse identifier des alternatives aux situations problèmes. Les obstacles à ces alternatives sont identifiés et formulés en des termes concrets. Fort souvent ces obstacles ont pour origine le manque de confiance qu'éprouve le jeune et l'anxiété que suscite la peur de l'échec face à la résolution des situations problématiques. Ces sentiments négatifs, lorsqu'ils sont combinés à une faible estime de soi, amènent l'adolescent à se fixer des attentes élevées à ce point qu'elles restreignent l'identification de solutions et contraignent l'accessibilité à des alternatives multiples. Des jeux de rôles, ainsi que des périodes d'imagination libre dans laquelle des alternatives aux situations que rapportent les jeunes sont énoncées librement et sans évaluation sont particulièrement indiquées à cette fin.

#### *Prise de décision.*

Cette étape vise à permettre aux adolescents de s'approprier une démarche structurée qui supporte leur prise de décision. Dans un premier temps le thérapeute aide l'adolescent à établir une distinction entre les conséquences possibles d'une solution, à court et à long terme, sur soi et sur son environnement. Suite à cette étape, l'adolescent est amené à considérer chacune des solutions alternatives selon ses conséquences. Des discussions sur ces conséquences entre le jeune et le thérapeute supportent ce processus et permettent d'identifier la solution la plus réaliste et la plus souhaitable du point de vue du jeune. Il est aidé de débiter cet exercice à partir d'événements que le jeune évalue comme étant de moindre importance. Au fil du processus, l'adolescent développera ses habiletés et sera amené à aborder des situations de plus en plus complexes.

#### *Implantation et vérification de la solution.*

Au cours de cette dernière étape du traitement, l'adolescent est encouragé à vérifier sur le terrain l'efficacité de ses stratégies de résolution de problèmes. À cette fin, jeune et thérapeute établiront des indices cognitifs, affectifs et comportementaux, auxquels l'adolescent devra être attentif lors de l'implantation des stratégies de résolution. Au préalable à l'implantation de la solution, les obstacles possibles à cette activité (ex: gêne, peur de l'échec, anxiété...) ainsi que les ressources de soutien disponibles (ex: amis, parents, téléphone au thérapeute...) sont abordées. Dans le cadre des rencontres qui suivront l'implantation, l'adolescent et le thérapeute effectueront un retour sur les résultats de ces activités afin de distinguer l'efficacité de la solution, du défi que pose son application.

#### *Fin du processus.*

En fin de processus, l'adolescent est amené à travailler sur des situations de plus en plus importantes tout en exerçant son autonomie. À cette fin, le thérapeute adopte une position de moins en moins directive. Il apporte des éléments de rétroaction au jeune et renforce positivement ses attitudes adéquates face aux situations problématiques. Le processus se conclut lorsque le jeune se sent capable de résoudre avec satisfaction les situations antécédentes de ses comportements suicidaires.

### Conclusion

Lorsque l'on constate les taux élevés de comportements suicidaires chez les adolescents, notamment en sol québécois, il apparaît primordial de développer et d'expérimenter des modèles de traitement adaptés aux besoins de ces jeunes. Plusieurs recherches soutiennent la relation entre les événements stressants et le suicide chez les adolescents; il est reconnu que l'adolescence est une étape particulière du développement ou se multiplient les demandes d'adaptation. La thérapie de résolution de problèmes pourrait être une alternative intéressante au traitement des jeunes suicidaires, puisqu'elle augmente l'autonomie et le sentiment de contrôle des jeunes clients sur leurs événements de vie. Sa structure, axée sur le partenariat et la collaboration entre l'adolescent et le thérapeute peut aider à diminuer les résistances des jeunes. Par son approche basée sur l'utilisation du quotidien, elle présente des situations accessibles face auxquelles les jeunes peuvent, à court terme, éprouver un sentiment de contrôle de plus en plus affirmé. Certaines limites doivent cependant être prises en considération dans son application auprès d'adolescents suicidaires: (a) que plusieurs auteurs recommandent l'utilisation de la thérapie de résolution de problèmes au traitement des adolescents suicidaires, très peu de recherches ont évalué son efficacité; (b) la thérapie de résolution de problème

devrait être utilisée de manière complémentaire dans le contexte plus large d'une intervention multimodale; (c) la déficience intellectuelle est un obstacle à son application et la présence de certains désordres chez les jeunes suicidaires tels, l'alcoolisme et la toxicomanie, les désordres bipolaires ou psychotiques posent des conditions préalables à son application. Enfin, il serait particulièrement intéressant d'éprouver l'efficacité de ce traitement à l'intérieur de schèmes de recherche permettant la comparaison avec d'autres modalités d'interventions. À ce chapitre, une attention particulière devrait être portée à l'impact de cette approche sur la motivation des jeunes à collaborer à la thérapie, ainsi qu'aux effets de la thérapie de résolution de problèmes sur l'incidence à long terme de manifestations suicidaires et de symptômes de dépression chez les participants.

### Références

- Asarnow, J.R., Carlson, G.A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (3), 361-366.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depressives*. New York: Guilford Press.
- Bonner, R.L., & Richt, A.L. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17 (1), 50-63.
- Brent, D.A., Kolko, D.J., Alan, M.J., & Brown, R.V. (1990). Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (4), 586-593.
- Brent, D.A., Kolko, D.J., Wartella, M.E., Boylan, M.B., Moritz, G., Baugher, M., & Zelenak, J.P. (1993). Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (2), 95-105.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, C.E., Kolko, D.J., Alan, M.J., Allman, C.J., & Zelenak, J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.
- Brown, L.K., Overholser, J., Spirito, A., & Fritz, G.K. (1991). The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (1), 95-99.
- Cimbalic, P., & Jobes, D.A. (1990). *Youth suicide: Issues, assessment and intervention*. Springfield, IL: C.C. Thomas.
- Compas, B.E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 27, 275-302.
- Diekstra, R., & Hawton, K. (1987). *Suicide in adolescence*. Dordrecht, Pays-Bas: M. Nijhoff.
- D'Zurilla, J.T. (1988). Problem-solving therapies. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 85-135). New York: Guilford Press.

- D'Zurilla, J.T., & Nezu, A. (1982). Social problem-solving in adults. In P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp.202-275). New York: Academic Press.
- Fremouw, W.J., Perczel, M., & Ellis, T.E. (1990). *Suicide risk: Assessment and response guidelines*. New York: Pergamon Press.
- Goldfried, M.R., & Davison, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M.R., & D'Zurilla, J.T. (1969). A behavior analytic-model for assessing competence. In C.D. Spielberg (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology: Vol. 1*. New York: Academic Press.
- Hawton, K. (1986). *Suicide and attempted suicide among children and adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Jacobs, J. (1971). Adolescent who attempt suicide: Preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 27, 1248-1257.
- Khan, A.U. (1987). Heterogeneity of suicidal adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (1), 92-96.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1985). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Levenson, M., & Neuringer, C. (1971). Problem-solving behavior in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37 (3), 433-436.
- Orbach, I., Rosenheim, E., & Hary, E. (1987). Some aspects of cognitive functioning in suicidal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (2), 181-185.
- Patsiokas, A.T., Clum, G.C., & Luscomb, R.L. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (3), 478-484.
- Pfeiffer, R.C., Klerman, G.L., Hurt, S.W., Kakuma, T., Peskin, J.R., & Stefler, C.A. (1993). Suicidal children grow-up: Rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (1), 106-113.
- Platt, J.J., Prout, M.E., & Metzger (1987). Interpersonal cognitive problem-solving therapy. In W. Dryden & W.L. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy* (pp.261-289). New York: Hemisphere.
- Rapport du Groupe d'étude nationale sur le suicide au Canada (1991). *Le suicide au Canada*, Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services et de la promotion de la santé.
- Schotte, D.E., Clum, G.E. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 49-54.
- Schotte, D.E., Clum, G.E. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-696.
- Shaffer, D., & Bacon, K. (1986, Juin). *A critical review of prevention and intervention efforts in suicide with particular reference to youth suicide*. Conférence présentée à l'atelier de prévention et d'intervention du Groupe de travail HHS sur le suicide chez les jeunes, Oakland, CA.
- Spirito, A., Brown, L., Overholser, & Fritz, G. (1989). Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 335-363.

Spirito, A., Overholser, & Stark, L.J. (1989). Common problems and coping strategies II: Findings with adolescent suicide attempters. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17 (2), 213-221.

Spiivack, G., Platt, J.J., & Shure, M.B. (1976). *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.

Wilkes, T.C.R., Belsher, G., Rush, A.J., & Frank, E. (1994). *Cognitive therapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press.

### Abstract

There exist few treatment models which specifically address adolescents with suicidal intent. This article presents a problem solving intervention and its application to cases of potential adolescent suicide. The treatment model could be particularly suited to meet the needs of younger people at risk. The author discusses the close relationship between stress and the ability to solve problems in adolescents with suicidal intent. The article then describes the origins of the problem solving therapy, its goals and its theoretical underpinnings, as well as the different steps in its implementation. Finally the use of the therapy is illustrated in adolescents with suicidal intent.