

# L'intervenant comme gestionnaire de la relation thérapeutique, de l'échec de la thérapie et du suicide du patient

1

**Dr. Randolph Stephenson, psychologue  
Clinique de méthadone  
Hôpital général juif**

Présentée au XXXVIIe Colloque de l'AITQ le 27 Octobre 2009

## Objectifs d'apprentissage

2

1. Découvrir quelles stratégies peuvent s'avérer utile pour influencer de façon positive la relation thérapeutique.
2. Découvrir quelles stratégies peuvent s'avérer utile pour mieux gérer l'échec de la thérapie.
3. Découvrir les conditions dans lesquelles il peut s'avérer thérapeutique de continuer une thérapie que l'on évalue être un échec.
4. Détecter chez soi les signes avant-coureurs qui découlent du suicide d'un patient.
5. Découvrir quelles stratégies peuvent s'avérer utiles pour mieux gérer le suicide d'un patient.

## Notes

3

- Le masculin est utilisé comme générique dans le but d'alléger le texte.
- Une partie de cette présentation origine de l'article: Stephenson, R. (2005-2006). L'intervenant, la relation thérapeutique et l'échec de la thérapie. L'intervenant: Revue sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 22 (1), 7-9.
- Une partie de cette présentation origine de la présentation: Stephenson, R. (2004, Octobre). Psychotherapist, therapeutic alliance, and failure of therapy. Communication (conférencier invité) présentée come ÉMC pour les psychiatres à la Psychiatric Academic Rounds, Jewish General Hospital, Montréal, Québec.
- L'article et les présentations découlent d'une réflexion qui a débuté lors d'un cours sous la direction de Maryse Paré suivi dans le cadre du diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en toxicomanie (2002-2004) de l'université de Sherbrooke.

## Qu'est ce que la relation thérapeutique?

4

- **Variable qui est susceptible d'influencer non seulement l'issue de la thérapie mais aussi le cours de la thérapie.**
- **La relation ou lien thérapeutique appert être indépendante des divers paradigmes théoriques.**
- Ackerman et Hilsenroth (2003); Orlinsky et coll. (1994)

## Composantes de la relation thérapeutique

5

- **Accords mutuels sur les buts à atteindre**
- **Tâches assignées**
- **Liens qui se tissent entre l'intervenant et le patient**
- Bordin (1979)

## Ingrédients susceptibles d'influencer positivement la relation thérapeutique

6

- **Qualités personnelles de l'intervenant peuvent influencer le développement du lien thérapeutique au début et durant la thérapie.**
- **Application des techniques par l'intervenant.**
- Ackerman et Hilsenroth (2003)

## Attitudes susceptibles d'influencer positivement le lien thérapeutique au début de la thérapie

7

- **Démontrer envers le patient:**
  - Honnêteté
  - Capacité à mettre des balises
  - Flexibilité
  - Intérêt
  - Capacité d'être présent à ce que l'autre dit (écoute active)
  - Relaxé
  - Confiance en ses capacités
  - Niveau adéquat de compétence

○ Ackerman et Hilsenroth (2003)

## Attitudes susceptibles d'influencer positivement le lien thérapeutique durant la thérapie

8

- **Comportements affiliatifs tel que**
  - Aider
  - Protéger
- **Qualités personnelles**
  - Quelqu'un sur lequel l'on peut compter
  - Attitude amicale et chaleureuse
  - Ouverture à entendre l'autre sans le juger
  - Expérience clinique

○ Ackerman et Hilsenroth (2003)

## Qualités personnelles de l'intervenant

9

- **Peuvent aider le patient à avoir une opinion positive de l'intervenant.**
- **Peuvent susciter la confiance dans le processus thérapeutique.**
- **Peuvent aider à tisser un lien avec le patient.**

• Ackerman et Hilsenroth (2003)

## Qualités personnelles de l'intervenant...

10

- **Peuvent aider à créer une relation thérapeutique dans laquelle l'on constate chaleur, acceptation et support.**
- **Peuvent aider le patient accepter que la thérapie est un processus collaboratif.**

• Ackerman et Hilsenroth (2003)

## Application des techniques par l'intervenant

11

- **Afin de promouvoir le lien thérapeutique, l'intervenant doit utiliser des techniques qui**
  - démontrent le support
  - augmentent chez le patient la compréhension des difficultés qui l'ont amené à consulter
  - augmentent le niveau d'interconnectivité entre le patient et l'intervenant

## Techniques qui peuvent aider à tisser un lien positif

12

- **Pour démontrer de la compréhension**
  - Identifier et clarifier les problèmes du patient
  - Faciliter l'expression de l'affect (sphère affective)
  - Aider le patient à se concentrer sur des sujets pertinents à la thérapie

## Techniques qui peuvent aider à tisser un lien positif...

13

- **Pour promouvoir une meilleure compréhension de soi lors des séances**
  - Usage de stratégies d'exploration
    - ✦ Encourager le patient à explorer le sens sous-jacent à ses pensées, ses comportements ou ses émotions.
    - ✦ Aider le patient à découvrir des façons alternatives pour interpréter les situations problématiques.

## Techniques qui peuvent aider à tisser un lien positif durant la thérapie

14

- **Utiliser des interventions prescriptives**
  - Suggérer des changements de comportement
  - Donner son avis de façon explicite
  - Exercices à faire hors des séances
  - Expérimentations de comportements différents

## Qu'en est-il du silence?

15

- Peut démontrer l'acceptation et la tolérance envers certains aspects du patient.
- Peut être mis à contribution pour éviter d'exprimer un jugement moralisateur ou des critiques négatives.
- Peut promouvoir un environnement dans lequel le patient peut développer de l'insight.

• Lane et coll. (2002)

## Y-a-t'il un risque à utiliser le silence?

16

- Peut amener certains patients à ressentir des sentiments de privation.
- Peut amener certains patients à se sentir abandonné.
- Peut entraîner chez certains patients un retrait cognitif et une augmentation de l'anxiété.

• Lane et al. (2002)

## Qu'en est-il de la révélation de soi?

17

- **Peut moduler positivement le lien thérapeutique.**
- **Avant d'y faire appel, l'on suggère de se poser 4 questions:**
  - Est que cette révélation de soi est nécessaire?
  - Qui va bénéficier de cette révélation?
  - Est-ce que cette révélation va être utile à ce patient?
  - Est-ce que cette révélation risque de contaminer le progrès thérapeutique?

## Comment l'utilisation des techniques peut influencer de façon positive la relation?

18

- **Peut communiquer un intérêt dans le vécu du patient.**
- **Peut augmenter le sentiment d'interconnectivité entre le patient et l'intervenant.**
- **Peut augmenter la confiance du patient alors qu'il perçoit l'intervenant comme plus impliqué.**
- **Peut être perçu comme une connexion empathique démontrant de la chaleur et de l'intérêt pour le bien-être du patient.**

## Résumé des qualités de l'intervenant

19

- Flexible (s'adapte)
- Expérimenté
- Honnête
- Respectueux
- Digne de confiance
- Confiant
- Intéressé
- Alert
- Amical
- Chaleureux
- Ouvert

## Résumé des techniques maîtrisées par l'intervenant

20

- Exploration
- Ne se limite pas au superficiel
- Reflet
- Soutien
- Mentionne les succès thérapeutiques antérieurs
- Interprétation juste
- Facilite l'expression des émotions
- Actif
- Se positionne
- Compréhensif
- Attentif au vécu du patient

## Recommandation des exercices hors séances

21

1. Formuler les exercices
2. Indiquer l'importance des exercices
3. Envisager les limites du patient
4. Obtenir l'accord du patient
5. Demander la rétroaction du patient
6. Documenter

- Scheel et coll. (2004)

## Formuler les exercices

22

- Posez-vous la question si ce patient est prêt à faire cet exercice.
- Demander au patient si cet exercice lui convient.

## Préciser l'importance des exercices

23

- Indiquer au patient de façon explicite les raisons qui font que cet exercice est thérapeutique.
- Décrire au patient les comportements attendus qu'il doit faire durant l'exercice.
- Donner un rationnel pour l'exercice en lien avec la problématique ou la croyance du patient.
- Mentionner les changements qui peuvent survenir à la suite de l'exercice.

## Envisager les embûches ou barrières

24

- Demander au patient ce qui peut l'empêcher de faire l'exercice.
- Demander au patient son niveau de confiance à faire l'exercice (renégocier si nécessaire)
- Documenter l'exercice.

## Obtenir l'accord du patient

25

- **Obtenir l'accord du patient à faire l'exercice à l'intérieur d'une limite de temps précise.**
- **Aider le patient à pratiquer les comportements recherchés durant la séance en faisant appel au jeu de rôle.**
  - Vous jouez le rôle du patient dans une situation prescrite.
  - Patient joue son rôle dans une situation bien définie.

## Rétroaction du patient

26

- **Demander au patient une rétroaction sur l'exercice.**
- **Revoir avec le patient tout formulaire associé à l'exercice.**
- **Donner de l'encouragement pour toutes les tâches ou activités accomplies.**

## Prise de notes

27

- **Permet de documenter la performance du patient en lien avec l'exercice.**
- **Permet d'évaluer de façon objective le succès ou l'échec.**

## Échec de la thérapie

28

- **Patient refuse le traitement.**
- **Patient ne répond pas tel qu'attendu aux interventions.**
- **Patient détériore durant la thérapie.**
- **Patient fait une rechute à la suite d'une intervention qui avait obtenu du succès auparavant.**

## Stratégie usuelle pour gérer l'échec de la thérapie

29

- **Augmenter l'intensité ou la fréquence des interventions.**

## Stratégies pour mieux gérer l'échec de la thérapie

30

- **Monitoring conjoint fréquent des résultats des exercices.**
- **Ré-évaluer le patient puisque le diagnostic initial et les hypothèses de travail peuvent s'avérer être fausses.**
- **Obtenir l'accord du patient pour tout les exercices.**

• Persons et Mikami (2002)

## Prévention de l'échec de la thérapie

31

- **Évaluation globale et systémique afin d'atteindre un diagnostic et des hypothèses de recherches clairs.**
- **Plan de traitement qui fait appel à des interventions basées sur les données probantes.**
- **Ne pas traiter un patient dont les difficultés sont hors de votre champ de compétence.**

• Persons et Mikami (2002)

## Prévention de l'échec de la thérapie...

32

- **Planifier conjointement avec le patient des objectifs de traitement clairs et réalistes.**
- **Obtenir l'accord du patient avant de débiter la thérapie.**

• Persons et Mikami (2002)

## Prévention de l'échec de la thérapie...

33

- Garder à l'esprit que
- Parfois l'absence de détérioration peut se concevoir comme un succès thérapeutique.

## Que faire quant la thérapie échoue?

34

- Si après des efforts répétés, le patient ne répond pas aux interventions, il peut s'avérer nécessaire d'un point de vue éthique et professionnel de le référer à un autre intervenant.

## Est-ce acceptable de continuer une thérapie qui a échoué?

35

- **OUI! Seulement si**
  - Le patient est pleinement conscient de la situation et l'échec de la thérapie ne met pas sa vie en danger.
  - Aucun autre intervenant n'est mieux outillé ou qualifié.
  - Aucun autre intervenant est disponible.
  - La condition du patient est fréquemment évaluée.
  - Vos collègues supportent l'idée de continuer la thérapie qui est perçue comme un échec.

## Réactions de l'intervenant à la suite du suicide d'un patient

36

- **Culpabilité**
- **Peur d'être blâmé**
- **Peur de représailles**
- **Colère**

## Réactions de l'intervenant à la suite du suicide d'un patient...

37

- Sentiment d'avoir été trompé
- Doute de soi
- Sentiment d'être inadéquat
- Honte
- Embarras

• Hendin et coll. (2000); Valente (1994)

## Facteurs qui modulent la détresse de l'intervenant après le suicide

38

- Croire que le suicide découle du fait ne pas avoir hospitalisé le patient (ou référé à l'urgence).
- Croire que le suicide fait suite à une mauvaise décision clinique.
- Réactions négatives des administrateurs.
- Peur d'une poursuite légale.

• Hendin et coll. (2004)

## Facteurs qui peuvent aider l'intervenant

39

- **Support des collègues**
- **Supervision**
- **Thérapie**

• Hendin et coll. (2000)

## Présentation d'un cas

40

- **Le cas de Pierre Jean Jacques (nom fictif) mais l'histoire est bien réelle. Certains détails sont fictifs afin de protéger l'identité de la famille.**

## Le suicide de Pierre Jean Jacques

41

- Pierre Jean Jacques célibataire de 40 ans
- Drop-out du bacc en génie informatique
- 5 ans dans le PMM de la Clinique Herzl
- Capable de violence verbale et physique
- Souvent impliqué dans des batailles à l'extérieur
- Aime lire la science-fiction
- Passe son temps à créer des programmes informatiques

## Le suicide de Pierre Jean Jacques...

42

- **Diagnostic**
  - Axe I: Trouble schizo-affectif
  - Axe II: Trouble de personnalité schizotypique
  - Axe III: Hépatite C positif, type I
- **Medications**
  - Methadone
  - Zyprexa (olanzapine)
  - Sinequan (doxépine)

## Le suicide de Pierre Jean Jacques...

43

- 4 ans d'instabilité
- Depuis 1 an vient à l'heure à ses rendez-vous
- Gère mieux la prise de ses médicaments
- Cultive des plants d'opium sur la rue Papineau
- Boit du thé fait avec les feuilles d'opium

## Le suicide de Pierre Jean Jacques...

44

- Depuis 1 an plus du tout de délire de science-fiction
- Demande d'avoir des benzodiazépines pour mieux gérer son anxiété
- Parle de ses plans pour retourner aux études
- Se suicide par pendaison la journée de son rendez-vous (examen médical)

## Mes réactions

45

- Stupéfaction
- Comment est-ce que je n'ai pas vu ça venir?
  - Culpabilité
- Est-ce que j'aurais pu faire autrement?
  - Doute
  
- Verbalisation en équipe
- Verbalisation en supervision clinique

## References

46

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- Belding, M. A., Iguchi, M. Y., Morral, A. R., & McLellan, A. T. (1997). Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence, 48*, 51-59.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*, 252-260.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Haas, A. P., & Wynecoop, S. (2000) Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry, 157*, 2022-2027.

## References...

47

- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, H., & Rabinowiz, H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1442-1446.
- Lane, R. C., Koetting, M. G., & Bishop, J. (2002). Silence as communication in psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, *22*, 1091-1104.
- Norcross, J. C., & Hill, C. E. (2004). Empirically supported therapy relationships. *The Clinical Psychologist*, *57*(3), 19-24.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy—Noch einmal. In A. E. Bergen and S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–376). New York: Wiley.

## References...

48

- Person, J. B., & Mikami, A. Y. (2002). Strategies for handling treatment failure successfully. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, *39*, 139-151.
- Peterson, Z. D. (2002). More than a mirror: The ethics of therapist self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, *39*, 21-31.
- Scheel, M. J., Hanson, W. E., & Razzhavaikina, T. I. (2004). The process of recommending homework in psychotherapy: A review of therapist delivery methods, client acceptability, and factors that affect compliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, *41*, 38-55.
- Valente, S. M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthomolecular Psychiatry*, *64*, 614-621.

## Notes sur le présentateur

49

- Le docteur Randolph Stephenson est psychologue et membre de l'AITQ.
- Il est détenteur d'un Ph.D. en psychologie (profil recherche et intervention) de l'Université du Québec à Montréal, d'un diplôme de 2e cycle en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke et d'une formation post-doctorale en soins de santé primaire de l'Université Western Ontario.
- Randolph Stephenson travaille depuis septembre 2000 à la clinique de méthadone du Centre de médecine familiale Herzl de l'hôpital général Juif SMBD.
- Il peut être rejoint par courriel: [rstephen@jgh.mcgill.ca](mailto:rstephen@jgh.mcgill.ca)