

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
NATHALIE CARON

PROGRAMME DE TRAITEMENT CENTRÉ SUR LA COMPASSION POUR SOI
POUR INTERVENIR SUR LA HONTE ET SUR LA CULPABILITÉ

AVRIL 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.P.S.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PROGRAMME DE TRAITEMENT CENTRÉ SUR LA COMPASSION POUR SOI
POUR INTERVENIR SUR LA HONTE ET SUR LA CULPABILITÉ

PAR
NATHALIE CARON

Sylvie Lapierre, directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Daniela Wiethaeuper, évaluatrice

Université du Québec à Trois-Rivières

Lise Gagnon, évaluatrice externe

Université de Sherbrooke

Sommaire

La compassion pour soi est un concept qui réfère à une attitude de bonté et de bienveillance envers soi, à un état émotionnel où la personne se laisse toucher par sa propre souffrance en situations d'épreuves ou d'échec, ainsi qu'à une reconnaissance et une acceptation sans jugement de ses émotions et de ses limites (Neff, 2003b, 2004). Des études révèlent de fortes corrélations entre la compassion pour soi et des indices de santé mentale, tels que la diminution de la dépression et de la détresse (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, Hsieh, & DeJitterat, 2005). Elle serait également associée à des niveaux moins élevés de critique de soi et d'anxiété et à l'utilisation de stratégies positives d'adaptation comme la prise en charge personnelle et la gestion efficace des sentiments dans des situations d'échecs. Gilbert et ses collègues ont élaboré une thérapie centrée sur la compassion pour soi afin d'aider les personnes qui ont des niveaux élevés de honte et de critique de soi et des effets bénéfiques ont été observés sur ces variables (Gilbert, 2010; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006). Les objectifs de la présente recherche sont d'adapter cette approche thérapeutique centrée sur la compassion pour soi à une population francophone, d'en faire un programme de traitement dans l'intervention sur la honte et la culpabilité tout en proposant une application structurée en 12 à 15 rencontres. Le *Programme de traitement centré sur la compassion pour soi* a été offert à deux personnes qui ont été référées parce qu'elles souffraient de honte ou de culpabilité; les symptômes se manifestant par le blâme de soi ou des exigences élevées envers elles-mêmes. Des questionnaires et une entrevue semi-structurée ont été administrés aux candidats, avant et après le traitement, afin d'évaluer

les changements sur le plan de la compassion pour soi, des stratégies de coping, des symptômes (dépression et anxiété) et de l'intensité de la honte et de la culpabilité chronique ainsi que leurs manifestations dans le domaine des relations interpersonnelles et de l'image de soi. Le *Programme de traitement centré sur la compassion pour soi* a favorisé le développement de la compassion pour soi des participants et a eu des effets bénéfiques sur la honte et la culpabilité tout en améliorant leur bien-être. Plusieurs suggestions et recommandations ont été faites dans le but d'aider les cliniciens qui voudraient appliquer le programme auprès de leur clientèle.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Contexte théorique	5
Culpabilité.....	6
Définition du concept.....	6
Caractéristiques de la culpabilité	9
Dimension affective.....	9
Dimension cognitive.....	10
Dimension sociale.....	11
Dimensions comportementale et motivationnelle.....	12
Culpabilité et identité.....	13
Fonctions et bénéfices de la culpabilité	14
Honte.....	15
Définition du concept.....	15
Caractéristiques de la honte	16
Dimension affective.....	16
Dimension cognitive.....	17

Dimension sociale.....	18
Dimensions comportementale et motivationnelle.....	19
Honte et identité.....	20
Fonctions de la honte.....	22
Stratégies de coping face à la culpabilité et à la honte.....	23
Compassion pour soi.....	24
Définition du concept.....	24
Composantes de la compassion pour soi.....	26
Composante bienveillance et bonté pour soi.....	26
Composante humanité partagée.....	26
Composante acceptation pleinement consciente.....	27
Compassion pour soi et identité.....	27
Bénéfices de la compassion pour soi.....	30
Compassion pour soi et intervention.....	31
Objectifs de la recherche.....	36
Méthode.....	37
Programme de traitement centré sur la compassion pour soi.....	38
Élaboration du programme de traitement.....	38
Description générale du programme.....	40
Thème 1 : Régulation affective et expérience d'acceptation pleinement consciente (séance 1).	43
Thème 2 : Motivation et obstacles au changement (séance 2)	44

Thème 3 : Théorie et pratique sur la compassion pour soi (séances 3, 4 et 5).....	46
La compassion et ses habiletés (séance 3).....	46
Figure de compassion (séance 4).....	47
Poursuite de l'élaboration d'une figure de compassion (séance 5).....	50
Thème 4 : Développement de mécanismes de protection en réaction à la honte et à la culpabilité (séances 6, 7 et 8).....	50
Origines et fonctions de la critique de soi (séance 6).....	51
Distinctions entre honte et culpabilité (séance 7).....	53
Poursuite du travail sur les thèmes de honte, de culpabilité et de critique de soi (séance 8).....	55
Thème 5 : Pratique du dialogue de compassion à l'aide de l'écriture (séance 9).....	57
Thème 6 : Restructuration cognitive et autocorrection de compassion (séances 10 et 11).....	58
Thème 7 : Compassion dans l'action (séance 12).....	60
Thème 8 : Approfondissement des thèmes et exercices et consolidation des acquis. (Séances 13, 14 et 15).....	60
Recrutement.....	61
Participants.....	63
Instruments de mesure.....	67
Résultats.....	72
Description des analyses.....	73
Évolution de Madame X.....	74
Analyse quantitative.....	74

Analyse qualitative.....	80
Évolution de Monsieur Y	84
Analyse quantitative.....	84
Analyse qualitative.....	89
Discussion	92
Forces	93
Limites	95
Recherches subséquentes	96
Éléments clés du programme et ses améliorations	97
Retombées cliniques	103
Conclusion	106
Références	109
Appendice A. Processus thérapeutique circulaire.....	116
Appendice B. Les systèmes de régulation affective.....	118
Appendice C. Exercice d'acceptation pleinement consciente.....	120
Appendice D. Élaboration d'une figure de compassion.....	123
Appendice E. Visualisation d'une figure de compassion.....	126
Appendice F. Fonctions de la critique de soi	128
Appendice G. Journal de bord 1.....	131
Appendice H. Échelle sur les expériences de honte.....	133
Appendice I. Exploration des pensées non-aidantes et formulation de pensées alternatives	137
Appendice J. Restructuration avec compassion	139

Appendice K. Journal de bord 2.....	141
Appendice L. Aide-mémoire.....	143
Appendice M. Présentation de la recherche.....	146
Appendice N. Formulaire de consentement.....	150
Appendice O. Questionnaire d'informations générales.....	152
Appendice P. Échelle de Neff.....	155
Appendice Q. Test des affects moraux (TOSCA-3).....	159
Appendice R. Échelle de Dejong et Overholser.....	169
Appendice S. Entrevue semi-structurée.....	172

Liste des tableaux

Tableau

1	Déroulement du traitement	41
2	Comparaison des moyennes aux questionnaires au prétest et au post-test pour Madame X	75
3	Comparaison des moyennes aux questionnaires au prétest et au post-test pour Monsieur Y	86

Liste des figures

Figure

1	Structure de chaque séance	42
2	Processus thérapeutique circulaire.....	117
3	Trois principaux systèmes de régulation affective	119

Remerciements

L'auteure exprime ses plus sincères remerciements à Mme Sylvie Lapierre, directrice de recherche, pour sa contribution à la réalisation de cet essai doctoral, pour son aide et son soutien dans le choix du sujet, dans l'élaboration du projet de recherche et de ses différentes étapes, pour ses conseils et son enseignement tout au long de la recherche. Elle remercie également Mme Lyson Marcoux pour son apport à l'aspect clinique de la recherche (coaching dans l'élaboration du programme et supervision). La contribution du Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP) de l'Université du Québec à Trois-Rivières mérite d'être soulignée, plus spécialement son co-directeur M. Frédéric Langlois et l'agente administrative, Mme Chantale Bergeron, pour leur collaboration au recrutement et à la logistique. La chercheuse exprime sa gratitude aux personnes qui ont pris part à la recherche en s'investissant dans le processus thérapeutique proposé ou dans la préparation à l'élaboration du programme de traitement. De plus, l'auteure tient à remercier sincèrement M. Paul Gilbert pour la formation à la « Compassion Focused Therapy », pour ses réponses et sa généreuse contribution lors de la préparation de la recherche, ainsi qu'à Mmes June Tangney et Kristin Neff pour leur diligence et pour leur autorisation à utiliser et à traduire leurs questionnaires (« TOSCA-3 » et « Compassion Scale »). Enfin, l'auteure témoigne sa gratitude à son époux, ses parents, sa famille, ses amis et collègues pour leur soutien et leur compréhension tout au long de la recherche, ce qui a facilité l'intégration de la bienveillance et de la compassion pour soi au quotidien.

Introduction

Que ce soit en clinique, en recherche ou dans la population en général, la honte et la culpabilité sont souvent confondues (Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002). Pourtant, plusieurs distinctions existent entre ces deux émotions sur le plan de leur nature, de leurs caractéristiques, de la psychopathologie et des facteurs d'ajustement psychologique associés (Deblinger & Runyon, 2005; Kaufman, 1996; Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002). De plus, le développement de nouveaux instruments de mesure a contribué à élargir les connaissances sur ces émotions et leurs liens avec la santé mentale (Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Dearing, Wagner, & Gramzow, 2000).

La honte et la culpabilité sont des réactions émotionnelles normales en réponse à des situations d'humiliation, d'échec ou de transgression de règles, que ces situations soient publiques ou privées (Gilbert, 1998; Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002). Ces émotions font partie de ce qu'on appelle les affects moraux (« moral emotions ») parce qu'elles sont constituées à la fois d'affects et d'une conscience morale qui permet de juger et d'évaluer un comportement (Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007). Les auteurs en identifient quelques autres : l'embarras, la gratitude, la fierté. Les affects moraux ou émotions morales diffèrent des émotions primaires, telles que la tristesse, la colère et la joie. Elles s'en distinguent par leur complexité et parce qu'elles apparaissent plus tard dans le développement humain (Chemana & Vandermersch, 2003; Tangney et al., 2007).

La honte et la culpabilité sont liées au sentiment d'avoir transgressé une règle et se distinguent particulièrement par leur cible d'évaluation : le comportement, dans le cas de la culpabilité, et le soi, dans le cas de la honte (Lewis, 1971; Orth, Berking, & Burkhardt, 2006; Tangney & Dearing, 2002).

La honte et la culpabilité sont souvent difficiles à surmonter, même en psychothérapie (Deblinger & Runyon, 2005; Lee, Scragg, & Turner, 2001) et peu d'interventions sont proposées pour les gérer efficacement (Gilbert & Procter, 2006). Il apparaît pertinent et d'un grand intérêt d'approfondir ces thèmes et leurs implications cliniques et de cerner des avenues d'intervention afin de diminuer efficacement ces affects moraux lorsqu'ils persistent et nuisent au bien-être de la personne. En effet, tel que le relèvent plusieurs auteurs (Gilbert & Irons, 2004; Lee et al., 2001; Orth et al., 2006; Quiles & Bybee, 1997; Webb, Heisler, Call, Chickering, & Colburn, 2007), ils sont souvent associés à des problématiques telles que l'abus et le trauma dans l'enfance, le trouble de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, l'hostilité à l'égard de soi ou d'autrui, les troubles obsessionnels, les troubles alimentaires et ceux liés à l'alcool, une faible estime de soi et à des aspects pathologiques du narcissisme. Les recherches des dernières années mettent en évidence le caractère problématique de la honte en termes d'adaptation, de motivation au changement, et d'intensité de la douleur ressentie (Tangney, 1995). Un traitement centré sur la compassion pour soi semble être une alternative prometteuse (Gilbert, 2010; Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Procter, 2006; Lee, 2005; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007) car il met l'emphase sur l'acceptation

plutôt que sur la condamnation de soi; il favorise le changement positif et la prise en charge de soi et il est associé au bien-être (Neff, 2003a, 2003b; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). L'application d'un tel traitement pourrait faciliter la diminution de la prédisposition à la honte et la réduction de la culpabilité chronique.

L'essai est divisé en quatre chapitres. Le premier chapitre décrit les concepts de culpabilité, de honte et de compassion pour soi ainsi que les relations entre ces variables. Il aborde également l'origine du traitement proposé de même que les objectifs de cette étude pilote, c'est-à-dire l'adaptation et la formulation d'une application structurée du Programme de traitement centré sur la compassion pour soi (PTCCS). Le deuxième chapitre comprend d'abord une description détaillée du PTCCS et présente ensuite la méthode utilisée dans cet essai : recrutement, caractéristiques des participants et instruments de mesure ayant servi à évaluer les effets du programme. Le troisième chapitre présente les changements relevés chez les participants à la suite de leur implication dans le PTCCS, tandis que le quatrième chapitre discute des résultats et propose des recommandations aux cliniciens et aux chercheurs qui voudraient employer ce programme.

Contexte théorique

Le présent chapitre est consacré à la description des concepts, plus précisément à la définition des émotions morales de culpabilité et de honte. L'accent est mis sur les caractéristiques et fonctions de ces émotions, sur leurs relations avec l'identité, ainsi que sur les stratégies de coping que les individus emploient pour composer avec la souffrance liée à ces émotions. Le concept de compassion pour soi sera également abordé et étudié sous les mêmes angles, soit sa définition, ses composantes, sa contribution au concept d'identité et ses bénéfices. Enfin, le chapitre se termine sur la pertinence des interventions utilisant la compassion pour soi dans le traitement de la honte et de la culpabilité chronique et des différentes étapes menant à l'élaboration du PTCCS (Programme de traitement centré sur la compassion pour soi).

Culpabilité

Définition du concept

Être coupable consiste à être jugé responsable de la violation d'une loi morale ou pénale (Harre & Lamb, 1983). Notons qu'une personne peut se sentir coupable sans l'être réellement et, à l'inverse, être coupable sans ressentir l'affect de culpabilité (Sagne, 1971). D'un point de vue subjectif, la culpabilité est une expérience à la fois cognitive et émotionnelle : c'est la conscience douloureuse d'être en faute à la suite de la transgression d'une loi ou de standards moraux, d'un échec ou d'un acte jugé répréhensible (Chemana & Vandermersch, 2003; Tangney et al., 2007). La culpabilité

implique une évaluation négative d'un comportement spécifique (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002). C'est une expérience caractérisée par des remords et des regrets ainsi que par le désir de soulager la douleur émotionnelle par des actions réparatrices (Deblinger & Runyon, 2005; Fisher & Exline, 2006; Tangney & Dearing, 2002). L'intériorisation des exigences et des interdits parentaux dans l'enfance et l'intégration des standards moraux (Bloch et al., 1999; Tangney et al., 2007) sont nécessaires à l'émergence de la culpabilité, de même que l'acquisition de la pensée abstraite qui permet de juger les comportements pour eux-mêmes sans les ramener à soi (Bybee & Quiles, 1998; Deblinger & Runyon, 2005).

L'état affectif de culpabilité est le sentiment qui apparaît en réaction à une situation spécifique (Tangney & Dearing, 2002). Les recherches de Tangney (Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Wagner, Fletcher, & Gramzow, 1992) ont mis en évidence le fait que cette réaction émotionnelle peut être sous forme de culpabilité « pure » ou de culpabilité fusionnée à de la honte. La culpabilité pure est exempte de honte et n'est pas liée à la psychopathologie. Cependant, la culpabilité fusionnée à la honte atteint l'identité de l'individu et elle est corrélée positivement à divers symptômes et indices de mauvais ajustement (Tangney et al., 2007). C'est la composante honte qui est alors problématique. Elle annule les bienfaits que pourrait apporter la culpabilité et conduit la personne à vivre des sentiments de mépris et de dégoût envers un soi considéré indigne (Tangney et al., 2007). Par exemple, l'affirmation « j'ai commis un geste horrible » qui correspond à la culpabilité pure, peut-être magnifiée et généralisée

au soi et devenir « je suis une horrible personne » lorsque la honte s'en mêle (Tangney et al., 2007, p. 353).

L'équipe de Tangney ainsi que Lewis (1992) font ressortir l'existence d'une prédisposition à la culpabilité. Il s'agit d'un trait de personnalité qui conduit la personne à réagir plus souvent ou plus fortement par un sentiment de culpabilité dans une variété de situations. La réaction de culpabilité, qui est alors suscitée, est temporaire et pure. Ce trait est associé à des facteurs de bien-être et à des comportements prosociaux (Quiles & Bybee, 1997; Tangney & Dearing, 2002).

D'autres auteurs (Bybee & Quiles, 1998; Quiles & Bybee, 1997) ont démontré l'existence d'une culpabilité dite chronique qui diffère à la fois de la culpabilité pure et de la culpabilité fusionnée à de la honte tant sur les plans conceptuel que psychométrique. La culpabilité chronique serait corrélée à des symptômes divers, tels que la dépression, la somatisation, l'anxiété et le trouble obsessionnel-compulsif. La culpabilité chronique ne suit pas nécessairement un événement, mais elle persiste dans la durée et le temps. Elle est excessive ou démesurée et difficile à soulager. Bybee et Quiles (1998) et Tangney et Dearing (2002) mentionnent que sa chronicité peut être influencée par des facteurs individuels et par des situations qui peuvent aggraver ou prolonger inutilement la culpabilité (p. ex., la dépression et les ruminations). La recension de Tangney et al. (2007) et les travaux de Bybee et Quiles (1998) mettent en évidence que la confusion ou l'ambiguïté de la responsabilité dans une situation, ou son

exagération par rapport aux événements, particulièrement quand ces derniers sont hors du contrôle personnel, peut avoir un impact sur la chronicité de la culpabilité et sur la symptomatologie.

Caractéristiques de la culpabilité

Dimension affective. Le sentiment de culpabilité comporte une certaine détresse et se caractérise par la présence de remords et de regrets concernant l'action commise (Bybee, Merisca, & Velasco, 1998; Fisher & Exline, 2006; Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002; Tangney et al., 1992) ou omise (Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998), par une déception et une peur de la punition (Bybee et al., 1998). La culpabilité, à cause de son caractère désagréable, est vécue comme une forme de blessure ou une punition subséquente à la transgression (Baumeister, 1998) mais elle mène rarement à des comportements autopunitifs et de haine de soi (Bybee et al., 1998). Le sentiment de culpabilité peut aussi impliquer de se sentir connecté à l'autre et d'être sensible à son bien-être (Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998). Dans deux études indépendantes (Tangney et al., 1992), la disposition à vivre de la culpabilité exempte de honte est inversement corrélée à des indices de colère, d'hostilité et de ressentiment. Elle n'est pas corrélée au sentiment d'être coincé dans une situation sans issue (Martin, Gilbert, McEwan, & Irons, 2006), ce qui la distingue encore une fois de la honte qui se caractérise par de l'impuissance.

La culpabilité chronique offre un autre portrait. Plusieurs recherches indiquent que ceux qui ont un niveau élevé de culpabilité chronique rapportent plus de colère, de ressentiment, de méfiance, de solitude et d'insécurité (Bybee & Quiles, 1998), donc des difficultés dans la régulation émotionnelle (Quiles & Bybee, 1997). Lorsque l'angoisse, les remords et les regrets qui accompagnent la culpabilité deviennent envahissants et excessivement souffrants, ils peuvent affecter la santé mentale, par exemple, exacerber les humeurs dépressives (Bybee et al., 1998; Donenberg & Weisz, 1998). La culpabilité chronique implique parfois du ressentiment quand l'induction de culpabilité par un tiers conduit une personne à se soumettre au désir de l'autre (Baumeister, 1998).

Dimension cognitive. Dans sa dimension cognitive, la culpabilité implique l'évaluation et le jugement de son action, la conscience de sa responsabilité à propos d'un comportement ou d'une condition d'iniquité (Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998; Lewis, 1971; Martin et al., 2006; Tangney & Dearing, 2002). La recherche de Tangney et al. (1992) suggère que la culpabilité amène l'acceptation de sa responsabilité. Elle est marquée par des préoccupations et des inquiétudes sur l'effet de son action sur les autres, tels que de blesser et de décevoir (Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998; Lewis, 1971; Martin et al., 2006; Tangney & Dearing, 2002), sans toutefois être corrélée au blâme de soi tel qu'il aurait pu être attendu (Lutwak, Panish, & Ferrari, 2003). Lutwak et al. (2003) prétendent que le souci des individus à poser des gestes de réparation pourrait dissiper la possibilité de se blâmer. Également, une prédisposition élevée à la culpabilité saine est associée négativement à l'emploi de la

rationalisation, de la justification et aux excuses (Bybee et al., 1998). L'inverse est aussi vrai. Enfin, parce que la culpabilité a un contenu plus spécifique que la honte, il est plus facile de l'exprimer (Lewis, 1971).

Si la culpabilité devient chronique, la personne peut alors faire l'expérience de ruminations et de pensées obsessionnelles : une attention spécifique et persistante est portée à la transgression ainsi que sur le souhait d'avoir agi différemment et de renverser l'action posée (Lewis, 1971; Quiles & Bybee, 1997). Des idéations paranoïdes peuvent même y être associées (Lewis, 1971).

Dimension sociale. Dans sa dimension sociale, on constate que la culpabilité peut favoriser les relations interpersonnelles (Bybee & Quiles, 1998) en jouant un rôle majeur dans leur initiation, leur développement et leur maintien (Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998). Par exemple, une prédisposition élevée à la culpabilité (exempte de honte) est liée négativement à la peur de l'intimité (Lutwak et al., 2003). Loin d'être centrée sur le soi, la culpabilité et sa prédisposition tendent, au contraire, à être associées au fait de se sentir concerné par autrui (Tangney et al., 1992), surtout dans des cas de blessure interpersonnelle. Les corrélations positives fortes entre la prédisposition à la culpabilité et l'empathie le confirment (Quiles & Bybee, 1997; Tangney et al., 2007). La culpabilité promeut la responsabilité et l'attention orientée vers la victime et les tentatives d'augmenter le contact social (Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998).

Selon Baumeister (1998), le fait de ressentir de la culpabilité suppose qu'une relation est marquée par de l'attention mutuelle, un sentiment de responsabilité, par un lien émotionnel ou par un attachement fort, spécialement entre le parent et l'enfant par exemple. Selon le même auteur, la culpabilité chronique peut, au contraire, s'accompagner de ressentiments envers autrui qui perdurent dans le temps et ainsi mener à des ruptures dans les relations.

Dimensions comportementale et motivationnelle. Le sentiment de culpabilité pure et sa prédisposition mènent à des actions telles que la confession, la réparation, les excuses, la demande de pardon ou la réalisation d'actions permettant de renverser ou de dénouer les conséquences de son comportement (Deblinger & Runyon, 2005; Tangney & Dearing, 2002; Tangney et al., 2007). Ces actions sont motivées par le désir de soulager la détresse, les remords et la douleur qui sont associés à la culpabilité (de Gaulejac, 1996) et à rétablir le lien (Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998; Tangney, 1995). Finalement, puisque la culpabilité suit l'évaluation d'un comportement spécifique plutôt que celle du soi global (Lewis, 1971; Orth et al., 2006), on suppose qu'elle est moins menaçante et moins susceptible d'éveiller des moyens de défense (Tangney, 1995). En effet, la prédisposition à vivre de la culpabilité est inversement corrélée à l'extériorisation de blâme, à de l'hostilité et à du ressentiment (Tangney et al., 1992).

Quant aux individus ayant un niveau élevé de culpabilité chronique, ils seraient plus portés à adopter des comportements antisociaux tels que le mépris, la vantardise, le

détachement et la froideur à autrui (Bybee & Quiles, 1998). La culpabilité chronique est associée à une plus grande hostilité (Lutwak et al., 2003; Quiles & Bybee, 1997).

Culpabilité et identité

Puisque la culpabilité concerne une critique personnelle d'une action précise et non du soi, ce dernier demeure intact et unifié (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002). Selon Freud, elle correspond à la critique du surmoi sur le moi (Chemana & Vandermersch, 2003; Tangney & Dearing, 2002). Au plan du développement de l'identité et de l'autonomie de la personne, la culpabilité est un facteur de maturation qui renforce la capacité à affronter le réel et à s'affirmer plutôt que d'être livré à ses seules impulsions et à l'angoisse sous-jacente (Sagne, 1971). La présence de remords et de regrets inhérents à la culpabilité, s'ils sont appropriés, sont le signe de la présence de règles et de limites internes, de valeurs et d'un fonctionnement adéquat de la conscience (Bybee et al., 1998; Sagne, 1971).

Un équilibre entre l'estime de soi et la culpabilité (exempte de honte) est souhaitable pour le développement de l'individu, son entourage et la société tandis que son absence est à craindre (Baumeister, 1998). D'ailleurs, l'absence de culpabilité est caractéristique de la psychopathie et d'un manque de considération pour autrui (Sagne, 1971). Des personnes qui commettent des actes criminels très graves (p. ex., meurtriers en série) se perçoivent souvent comme bons (Bybee et al., 1998) et présentent une estime de soi particulièrement élevée (Baumeister, 1998; Bybee et al., 1998). L'absence

de culpabilité peut s'expliquer en partie par une habileté à neutraliser les remords à travers des intellectualisations, par la dissociation et par le fait de compartimenter les informations, mécanismes de défense qui sont utilisés par l'individu afin de préserver son estime et sa valeur personnelle (Bybee et al., 1998).

Fonctions et bénéfices de la culpabilité

La culpabilité, sauf la culpabilité chronique ou celle fusionnée à la honte, peut être bonne, utile et essentielle à une vie sociale saine (Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998) dans la mesure où elle est utilisée de façon appropriée, sans abus ni excès (Baumeister, 1998; Bybee & Quiles, 1998; Tangney, 1995). La culpabilité joue un rôle dans l'apprentissage de la socialisation et dans la stimulation, le renforcement et le maintien des relations en collectivité (Baumeister, 1998; Bybee & Quiles, 1998). Par exemple, elle motive l'adoption de comportements adaptés socialement, sans nécessité de coercition, ni d'instance punitive extérieure (Baumeister, 1998; Bybee & Quiles, 1998; Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998; Fisher & Exline, 2006). Lorsqu'une personne exprime de la culpabilité et pose des actions réparatrices, elle souligne la valeur accordée à la relation (Estrada-Hollenbeck & Heatherton, 1998). Les coûts associés à la culpabilité (p. ex., remords) peuvent dissuader l'individu d'agir de façon inappropriée (Baumeister, 1998). De plus, la culpabilité peut mener à une introspection, à la recherche des causes du comportement répréhensible, des éléments qui auraient permis de l'éviter et des motivations inconscientes sous-jacentes. Elle peut aussi entraîner une plus grande responsabilisation pour son méfait (Bybee et al., 1998). Elle

est nécessaire à l'autonomie et à la réalisation des buts personnels (Baumeister, 1998; Bybee & Quiles, 1998).

Honte

Définition du concept

La honte est une émotion morale et pénible à laquelle on attribue une détresse intense et qui conduit souvent à fuir ou à se cacher (de Gaulejac, 1996; Lewis, 1971; Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002). Elle surgit le plus souvent à la suite d'une infraction à la conduite sociale ou morale (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002), d'une humiliation, ou à cause d'une crainte de la condamnation et de la disgrâce (Chemana & Vandermersch, 2003). Le sentiment de honte est dirigé contre le soi global auquel il porte atteinte (Deblinger & Runyon, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Lewis, 1971; Lutwak et al., 2003; Tangney & Dearing, 2002). Cet affect envahit le sujet lorsque le soi est dévalué et condamné (Fisher & Exline, 2006; Tangney & Dearing, 2002) ou lorsqu'une personne, une situation, ou un événement menace le soi en mettant à jour la distance entre ce qu'il est et ce qu'il voudrait être idéalement (Chemana & Vandermersch, 2003; Harre & Lamb, 1983). La honte signale la dévalorisation de sa propre image (Chemana & Vandermersch, 2003; de Gaulejac, 1996).

Il y a deux types de honte, l'une interne, l'autre externe (Gilbert, 1998; Gilbert & Procter, 2006; Lee et al., 2001). La honte interne est caractérisée par la critique et la dévaluation de soi ainsi que par le sentiment d'être inadéquat, mauvais ou anormal

(Gilbert & Procter, 2006; Lewis, 1992). Quant à la honte externe, elle est constituée de ce que l'individu imagine être les pensées et les sentiments des autres à propos de soi (Gilbert & Irons, 2005; Tangney, 1995). Dans ce cas, l'individu ressent ou a l'impression d'être à découvert, exposé, nu devant autrui (de Gaulejac, 1996; Kaufman, 1996; Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002). Les aspects non aimés de lui-même lui semblent vus de tous (Kaufman, 1996), ce qui peut activer des réactions de défense à l'égard d'autrui (Gilbert, 1998; Gilbert & Procter, 2006). Les deux types de honte peuvent se combiner et former le soi exposé (Gilbert & Procter, 2006; Lewis, 1992) où le monde extérieur est perçu contre soi et le monde intérieur, par la critique du soi, est vu comme hostile et persécuteur (Gilbert & Procter, 2006; Lewis, 1992). Enfin, comme pour la culpabilité, on retrouve chez certains individus, une prédisposition à la honte. Elle fait référence à la tendance d'une personne à réagir avec honte aux situations. Ce trait de honte est problématique (Lewis, 1992; Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002).

Caractéristiques de la honte

Dimension affective. La honte est une expérience subjective complexe : « Un mal de soi et de l'âme » [traduction libre] (Kaufman, 1996, p. 5), composée d'expériences affectives telles que la solitude (de Gaulejac, 1996; Tangney & Dearing, 2002), l'impuissance, le sentiment d'être pris au piège (Martin et al., 2006), incompris (de Gaulejac, 1996) et aliéné ainsi que l'impression de rétrécir et d'être petit (Tangney & Dearing, 2002). La honte suscite un embarras et une gêne (Kaufman, 1996). On y

associe également le dégoût et une douleur psychologique intense (Chemana & Vandermerch, 2003; de Gaulejac, 1996). Les recherches récentes mettent en évidence des corrélations de la honte avec l'anxiété (Thompson, Altmann, & Davidson, 2004), la détresse (Tangney, 1995) et la dépression (Orth et al., 2006; Tangney & Dearing, 2002; Webb et al., 2007), la honte ayant un effet direct sur les ruminations qui elles, ont un effet médiateur sur la dépression (Orth et al., 2006). La honte serait également fortement corrélée à des affects négatifs (Thompson et al., 2004) comme la colère et l'hostilité dirigées à l'extérieur de soi, l'irritabilité, le ressentiment et la méfiance. Ces manifestations sont très présentes chez ceux qui ont une prédisposition à la honte, tel que souligné par de nombreuses études rapportées par Tangney (1995). Dans le même sens, d'autres chercheurs notent un lien significatif entre la disposition à la honte et des peurs élevées face aux relations intimes (Lutwak et al., 2003; Gilbert & Procter, 2006). Selon Kaufman (1996), la honte ébranle les sentiments de sécurité interne et la confiance. Enfin, l'état des recherches montrent une certaine difficulté des personnes honteuses à générer des sentiments d'apaisement, d'amour, de chaleur et de réconfort envers soi (Gilbert & Procter, 2006).

Dimension cognitive. Le processus cognitif sous-jacent à la honte suppose une évaluation négative de soi qui résulte de la conscience d'avoir transgressé une règle, d'être en échec ou de croire qu'il y a en soi quelque chose de fondamentalement mauvais ou problématique (Tangney & Dearing, 2002). Le sentiment de honte est marqué par des jugements et des critiques sévères envers soi, des réprimandes

concernant ses actions, par des distorsions de la réalité et par des croyances négatives sur soi. Le blâme ou le dénigrement de soi peuvent être faits de manière consciente ou non (Kaufman, 1996; Lutwak et al., 2003; Tangney & Dearing, 2002). Une personne honteuse évalue le plus souvent ses performances en termes d'échec plutôt que de succès (Thompson et al., 2004). La personne honteuse vit des préoccupations à propos des pensées et des sentiments des autres sur soi et par l'idée d'être à découvert face aux autres (de Gaulejac, 1996; Tangney & Dearing, 2002). Le sentiment de honte est généralement relié à des attributions internes, stables et globales aux événements négatifs. Le traitement de l'information serait fortement perturbé, c'est-à-dire inhibé et rendu confus par de la honte externe (Gilbert, 1998; Gilbert & Proter, 2006).

Dimension sociale. La honte se manifeste lorsqu'une personne vit des contradictions entre « les identités prescrites, souhaitées et acquises » (de Gaulejac, 1996, p. 32). En effet, la honte touche les besoins d'appartenance et de reconnaissance (de Gaulejac, 1996). Ainsi, une personne peut vivre de la honte lorsqu'elle est exclue par son groupe d'appartenance (p. ex., famille, groupe culturel) ou lorsqu'une personne à laquelle elle s'identifie est dévalorisée (Chemana & Vandermersch, 2003; de Gaulejac, 1996).

Cette émotion est un obstacle majeur dans les relations (Kaufman, 1996). En effet, la prédisposition à la honte implique précisément une attention centrée sur soi, un manque d'empathie (Tangney, 1995) et une incapacité à aller chercher de l'aide (Gilbert

& Procter, 2006). Étant donné qu'au niveau cognitif les personnes prédisposées à la honte sont plus portées à se blâmer et à blâmer les autres (Gilbert & Miles, 2000; Lewis, 1971; Lutwak et al., 2003), elles risquent donc de miner leurs chances de maintenir des relations proches et satisfaisantes (Lutwak et al., 2003). D'ailleurs Gilbert et Miles (2000) observent que le blâme de soi est en corrélation positive avec l'anxiété sociale qui mène à plusieurs formes d'évitement.

Dimensions comportementale et motivationnelle. Certaines attitudes corporelles et expressions du visage dévoilent un sentiment de honte : le repli du corps sur lui-même, l'abaissement de la tête, l'incapacité à maintenir le contact visuel, la tendance à parler à voix basse, à peine audible (Kaufman, 1996; Webb et al., 2007). Le sentiment de honte est associé à divers comportements : la passivité, l'inhibition et le retrait, la difficulté à s'exprimer et à divulguer des informations douloureuses (ou événements associés), le désir de fuir, la tendance à faire moins d'efforts que d'autres dans une tâche et à obtenir des performances plus faibles que ce qui est attendu, l'agression directe, indirecte et déplacée, l'hostilité dirigée contre soi, les intentions malveillantes (de Gaulejac, 1996; Gilbert, 1998; Gilbert & Procter, 2006; Tangney, 1995; Tangney & Dearing 2002; Thompson et al., 2004).

La détresse et l'inconfort intenses propres à la honte motivent les personnes à trouver des moyens pour éviter ce sentiment ou en diminuer l'intensité (de Gaulejac, 1996; Gilbert, 1998; Kaufman, 1996; Tangney & Dearing, 2002; Thompson et

al., 2004). Pour cela, elles se conforment aux exigences d'un soi idéal et aux modèles sociaux proposés ou adoptent des comportements de défense à la honte (de Gaulejac, 1996). Des auteurs ont classifié ces réactions de défense à la honte (de Gaulejac, 1996; Kaufman, 1996; Lewis, 1992). Plus particulièrement, Kaufman (1996) en a défini huit : la rage, le mépris, la recherche de perfection, la recherche de pouvoir, le transfert du blâme sur autrui, le retrait à l'intérieur de soi, le déni, l'humour. Les réactions de défense à la honte peuvent être utilisées seules ou en combinaison à d'autres. Par exemple, lorsque l'humilié humilie, c'est que la recherche de pouvoir est couplée au mépris (de Gaulejac, 1996). L'humour peut conduire à une dépréciation de soi lorsqu'il est utilisé de manière inflexible et combiné à d'autres réactions (p. ex., au mépris ou à l'orgueil) mais, comme nous le verrons plus loin, il peut aussi être aidant s'il est utilisé de façon adaptée et flexible (de Gaulejac, 1996; Kaufman, 1996). Ces moyens servent à anticiper, à contrôler et à se protéger des situations de honte (de Gaulejac, 1996; Kaufman, 1996; Tangney, 1995). Le plus souvent, ils perpétuent le cycle de la honte plutôt que de permettre sa résolution (de Gaulejac, 1996). Par exemple, Gilbert et Procter (2006) notent qu'une colère non résolue peut être une stratégie de protection qui gardent les autres à une distance sécuritaire, ou une forme de pouvoir et de contrôle par la punition d'autrui.

Honte et identité

D'un point de vue psychodynamique, la honte résulte d'un échec du soi actuel à atteindre l'idéal du soi (Chemana & Vandermersch, 2003; Tangney & Dearing, 2002).

Lindsay-Hartz (1984) suggère plutôt que la honte est la résultante de la perception d'être à l'opposé de ce que l'on voudrait être : c'est la réalisation d'un soi non souhaité.

Le sentiment de honte apparaît au cours du développement humain comme une émotion normale dans certaines situations. Or, il arrive que la honte s'imbrique étroitement au processus de développement du soi (Kaufman, 1996; de Gaulejac, 1996; Tangney & Dearing, 2002). Dans ce cas, elle entraîne ainsi une blessure au soi global qui a pour effet de perturber son fonctionnement naturel (Kaufman, 1996; Lewis, 1992). C'est ce que certains auteurs appellent le processus d'intériorisation de la honte (Kaufman, 1996; de Gaulejac, 1996). Ce processus se fait en différentes étapes et peut, s'il est complété, conduire à former une identité basée sur la honte (« shame-based identity ») qui influence la personnalité et en devient la principale composante (Kaufman, 1996). Par exemple, Lewis (1992) considère que la personnalité narcissique est basée sur la honte. Elle serait d'ailleurs fortement corrélée à la prédisposition à la honte (Tangney & Dearing, 2002).

Dans une identité basée sur la honte, la perception des défaites et des rejets prime sur les faits (Kaufman, 1996). Le soi ainsi altéré se divise en observateur et observé où le premier désapprouve et dénigre le soi profond (l'observé) qu'il considère sans valeur, répréhensible (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002) et indigne (Chemana & Vandermersch, 2003). Certains parlent d'un soi altéré et d'autres d'un soi exposé qui se referme sur lui-même en raison de l'absence de lieu sécurisant tant à l'intérieur qu'à

l'extérieur (Gilbert, 1998; Gilbert & Procter, 2006; Lewis, 1992). Lorsque la honte s'enracine dans le soi et l'identité, elle conduit les personnes à réagir plus fortement que d'autres et de manière excessive à divers contextes (Kaufman, 1996).

Finalement, Tangney et Dearing (2002) rapportent de fortes corrélations négatives entre les mesures de honte intériorisée et l'estime de soi, ce qui met en évidence les relations entre les deux construits. Tangney et Dearing (2002) considèrent que des expériences fréquentes et répétées de honte peuvent miner l'estime de soi et inversement, une faible estime de soi est susceptible d'augmenter, de façon indirecte, la vulnérabilité à la honte.

Fonctions de la honte

Des auteurs prétendent que la honte peut jouer un rôle positif et adaptatif dans la mesure où elle est temporaire et modérée, à l'opposé d'une honte excessive qui paralyse (de Gaulejac, 1996; Kaufman, 1996; Tangney, 1995; Tangney & Dearing, 2002). Elle serait essentielle au développement de la conscience parce qu'elle signale les fautes et transgressions et la reconnaissance de celles-ci (Kaufman, 1996; Potter-Efron, 2002; Tangney & Dearing, 2002). Elle est utile du point de vue social parce qu'elle indique une atteinte relationnelle ou signale à la collectivité un manque à la dignité humaine et sociale (Kaufman, 1996; Potter-Efron, 2002). Elle agit comme incitatif à conserver ou à adopter les normes et valeurs qui relient aux autres et maintient la personne dans un contrat social (de Gaulejac, 1996). Il est possible qu'elle motive une autocorrection et

une révision de ses priorités et de ses valeurs, de ses pensées et actions (Kaufman, 1996; Potter-Efron, 2002; Tangney & Dearing, 2002), à la condition d'avoir un moi fort, solide et non prédisposé à la honte (Tangney & Dearing, 2002).

Stratégies de coping face à la culpabilité et à la honte

Divers moyens peuvent être utilisés pour diminuer la culpabilité et la honte ou s'en dégager. La culpabilité pure et la prédisposition à la culpabilité motivent des comportements libérateurs et constructifs (p. ex., l'aveu, la réparation). La culpabilité chronique est plus difficile à apaiser et dans ce cas, une clarification de la responsabilité est essentielle puisque l'ambiguïté favorise la chronicité (Bybee & Quiles, 1998). Concernant la honte, il est nécessaire de l'exprimer pour s'en dégager (de Gaulejac, 1996; Gilbert, 1998). L'humour peut également être utile (de Gaulejac, 1996; Kaufman, 1996), dans la mesure où il est utilisé de façon adaptée et flexible, parce qu'il suscite des affects positifs et met l'attention sur le comportement plutôt que sur la personne (Kaufman, 1996). L'humour atténue l'inconfort et la détresse associés à la honte et favorise le partage d'une expérience de plaisir avec d'autres (de Gaulejac, 1996; Kaufman, 1996). L'écriture, la technique du dialogue à deux chaises, le travail sur les cognitions sont tous des moyens aidants mais non suffisants. L'entraînement à la compassion pour soi semble être une avenue de traitement intéressante pour s'en libérer (Lee, 2005).

Compassion pour soi

Définition du concept

La compassion pour soi a été élaborée à partir du concept de compassion pour autrui. Ce dernier implique d'être conscient et de se sentir touché par la souffrance des autres (Neff, 2003b, 2004; Neff, Hsieh, & Dejjitterat, 2005). Il implique également une compréhension de l'autre sans jugement, un désir de soulager, ainsi que de faire preuve de bienveillance, de bonté et de chaleur.

Il en est de même de la compassion pour soi, à la différence qu'elle s'adresse à soi-même (Neff, 2003b, 2004). La compassion pour soi est à la fois une attitude de bonté et de bienveillance envers soi, un état émotionnel où la personne se laisse toucher par sa propre souffrance en situations d'épreuves ou d'échec, de même qu'une stratégie suscitée par un désir de prendre soin de soi et même d'un sentiment d'urgence à se guérir et à se soulager (Neff, 2003b, 2004). Elle implique également l'acceptation de ses limites et de ses imperfections, de même que la conscience et le contact avec ses émotions sans que ces dernières ne submergent la personne. Elle comporte trois composantes principales (Neff, 2003b; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007) que nous traduisons par bienveillance et bonté pour soi (self-kindness), humanité partagée (common humanity) et acceptation pleinement consciente (mindfulness ou mindful acceptance). Ces trois composantes interagissent entre elles, s'alimentent et s'engendrent mutuellement (Neff, 2003b).

La compassion pour soi n'est pas de l'indulgence envers soi, ni de la pitié pour soi. Elle implique une recherche de bien-être qui peut toutefois comporter une certaine dose d'inconfort et de désagrément (effort physique ou mental) nécessaires à l'atteinte d'un plus grand bien-être (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). Elle est différente de l'indulgence qui est une tendance à excuser ses comportements inadéquats ainsi qu'à rechercher principalement le plaisir. Elle diffère aussi de la pitié pour soi où l'individu tend à être centré sur lui-même en exagérant l'importance de la souffrance personnelle, à se sentir submergé par celle-ci, ainsi qu'à oublier que les autres ont des problèmes similaires (Neff, 2003b). La compassion pour soi est à l'opposé de la déresponsabilisation et aux attitudes de victimisation, de passivité, de blâme, de critique et de jugements sévères envers soi-même (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007).

Des rapprochements existent entre la compassion pour soi et le pardon (Kyrimis, 2006; Neff, 2003b; Sanderson & Linehan, 1999). Ils ont pour points communs la reconnaissance de sa responsabilité devant la faute, l'échec ou la souffrance ainsi que la prise de moyens pour réparer ou corriger une situation (Fiasse, 2007; Fisher & Exline, 2006; Sanderson & Linehan, 1999). Tous deux peuvent faciliter le rétablissement de la dimension relationnelle. D'une part, le pardon permet d'accueillir et de redonner une place appropriée à l'offenseur parce qu'on reconnaît qu'il vaut mieux que son acte (Fiasse, 2007) et parce qu'on renonce à la vengeance et à la rancune envers lui (Connors, Toscova, & Tonigan, 1999). D'autre part, la dimension humanité partagée de la

compassion pour soi amène à se reconnaître comme semblable aux autres, pleinement humain et digne de respect (Neff, 2003b). D'autres recherches sont nécessaires afin de mieux définir ces concepts l'un par rapport à l'autre et d'améliorer la capacité des instruments de mesure à les discriminer (Kyrimis, 2006).

Composantes de la compassion pour soi

Composante bienveillance et bonté pour soi. Elle se manifeste par l'ouverture de cœur (Neff et al., 2005) qui permet à la personne de se laisser toucher par ses propres souffrances, faiblesses et échecs (Neff, 2003a, 2004; Neff et al., 2005) et d'accepter des aspects de soi qui ne sont pas aimés (Leary et al., 2007). Être bienveillant pour soi, c'est avoir de la compréhension pour soi-même, s'encourager avec gentillesse et patience, être bon et compréhensif envers soi-même dans des moments de douleur et d'échec plutôt que de se critiquer sévèrement ou de se blâmer (Neff, 2003b, 2004). Cette composante s'accompagne d'un désir de bien-être, d'un élan qui pousse à prendre soin de soi, à guérir, soigner, aider et soulager la souffrance personnelle, de même que de générosité envers soi, de chaleur, d'accueil et de considération pour soi (Neff, 2003b, 2004).

Composante humanité partagée. Elle correspond à la capacité de mettre sa propre expérience de souffrance et d'échec dans une perspective plus large et commune à tous les humains soit : la faillibilité et l'expérience de la souffrance (Neff, 2004; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). On peut dire, en quelque sorte, qu'elle protège la personne de la solitude car elle rappelle à la personne qu'elle n'est pas seule à vivre une telle

expérience et cela lui permet de se sentir interreliée aux autres (Neff, 2003b). Cette composante maintiendrait l'intégration symbolique et subjective de la personne dans la communauté humaine, qu'elle soit réelle et objective ou imaginée. Elle prévient aussi la personnalisation de l'expérience d'échec ou de souffrance, processus par lequel le soi serait alors submergé par ses propres réactions émotionnelles et se laisserait conduire par celles-ci (Neff, 2003b, 2004; Neff et al., 2005).

Composante acceptation pleinement consciente. C'est une disposition de la conscience basée sur une attitude d'acceptation qui consiste à être présent et attentif ici et maintenant, à ses propres émotions et pensées – sans les éviter, sans se laisser envahir par celles-ci, ni à s'identifier à elles (Neff, 2003a, 2003b, 2004). Elle fournit l'espace mental nécessaire et suffisant pour prendre connaissance de son expérience et l'accepter sans jugement, tout en demeurant connecté à ses émotions (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). L'acceptation pleinement consciente favorise la régulation émotionnelle (Neff, 2003a) puisqu'elle permet un équilibre entre la fusion et la distance face aux émotions.

Compassion pour soi et identité

Dans cette section, l'accent est mis sur le rapport qui existe entre la compassion pour soi et certains aspects de l'identité, tels que la personnalité et l'estime de soi. La compassion pour soi touche l'identité profonde de la personne et sa dignité d'être humain puisqu'elle consiste à prendre soin de soi dans toute sa complexité incluant ses

forces et ses faiblesses. Tel que mesuré par l'Inventaire NEO des cinq facteurs de la personnalité de Costa et McCrae (cité dans Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007), la compassion pour soi serait corrélée positivement à « l'extraversion », à la « conscience » et à l'habileté à s'entendre avec les autres (facteur « agréabilité »). Elle est également fortement corrélée négativement au trait « névrotique », trait qui s'exprime à travers des indices de dépression, d'anxiété et de ruminations (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). La compassion pour soi n'est pas corrélée au narcissisme, ni au perfectionnisme obsessionnel (Neff, 2003a). Notons qu'il est peu probable que la compassion pour soi ne soit que l'effet de traits psychologiques positifs, puisqu'elle est utilisée précisément quand l'individu est confronté à ses traits personnels négatifs ou à des événements de vie qui en suscitent l'apparition (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

Bien qu'il y ait une corrélation élevée entre la compassion pour soi et l'estime de soi (Neff, 2003a, 2004; Neff et al., 2005), la recherche de Leary et al. (2007) observe une distinction entre ces construits puisque leurs corrélations avec les sentiments, les pensées et les comportements sont différentes. Selon Neff, Rude et Kirkpatrick (2007), la compassion pour soi peut expliquer une plus large part du bien-être (p. ex., diminution d'anxiété) que l'estime de soi. D'ailleurs, l'induction de compassion pour soi serait particulièrement bénéfique aux personnes qui ont une faible estime de soi (Leary et al., 2007).

L'estime de soi comporte des comparaisons sociales dans la mesure où le soi est évalué en relation aux performances des autres alors que la compassion pour soi n'implique ni jugement de soi, ni comparaison sociale de sa valeur. Comparativement à l'estime de soi, la compassion pour soi est associée à un niveau de réactivité plus faible à des événements externes et pourrait favoriser la régulation émotionnelle (Leary et al., 2007). Aussi, ceux qui ont une compassion pour soi élevée ont une attitude positive envers eux-mêmes qui n'est pas dépendante de l'évaluation de leurs performances, au contraire de l'estime de soi (Neff, 2003b). En effet, dans la compassion pour soi, l'évaluation des performances n'est pas personnalisée et n'atteint pas le soi puisque la valeur de la personne réfère ici à sa dignité d'être humain (Neff et al., 2005). Les données de Leary et al. (2007) font ressortir que les individus compatissants envers eux-mêmes, peu importe leur estime personnelle, évaluent plus favorablement autrui et vivent moins d'affects négatifs après réception de rétroaction peu flatteuse.

Les personnes compatissantes envers elles-mêmes se perçoivent comme similaires aux autres, ont une vision réaliste d'elles-mêmes, reconnaissent leurs faiblesses, leurs défauts et leur propre responsabilité (Leary et al., 2007; Neff, 2003b). Elles ont une appréciation plus stable et plus cohérente de leurs qualités personnelles (Neff, 2003; Neff et al., 2005). Au contraire, celles qui ont une très haute estime de soi tendent à avoir des réactions de défense et à faire des évaluations de soi non réalistes (Leary et al., 2007; Neff, 2003b). Lorsque l'ego est menacé, on peut constater un narcissisme, un manque de considération pour les autres et des comportements problématiques comme

de faire usage d'agression et de violence, comportements qui ne sont pas présents quand la compassion pour soi est élevée (Baumeister, Heatherton, & Tice, cité dans Neff, 2003a, 2003b).

Bénéfices de la compassion pour soi

Cette partie est consacrée aux bénéfices de la compassion pour soi puisque la définition de la compassion pour soi met déjà en évidence sa fonction : celle d'amener la personne vers un plus grand bien-être et de soulager sa souffrance. Elle favorise la croissance et engendre des changements productifs et positifs chez la personne (Neff, 2003b; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007) par l'utilisation de stratégies d'adaptation adéquates (Neff et al., 2005) comme l'acceptation de soi, la régulation émotionnelle et la responsabilisation, tel que le confirment les études de Leary et al. (2007).

Un niveau de compassion pour soi élevé est associé à des bienfaits comme une meilleure santé, à un bien-être psychologique, à une plus grande satisfaction de vie, au bonheur et au sentiment de liberté (Leary et al., 2007; Neff, 2003a, 2003b, 2004; Neff et al., 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). La compassion pour soi est associée à des attitudes et à des stratégies positives d'adaptation, par exemple, optimisme, curiosité, initiative personnelle (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007), à la reconnaissance de sa responsabilité et à la prise en charge personnelle (Leary et al., 2007).

Lorsque la compassion est élevée, les individus sont moins portés à être sur la défensive (Leary et al., 2007; Neff et al., 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). De même, on observe des corrélations significatives et fortes entre la compassion pour soi et la diminution de certains symptômes, tels que les ruminations, la dépression, la détresse (Leary et al., 2007; Neff, 2004; Neff et al., 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). Elle peut aider à amortir l'anxiété en situation de menace à l'ego (Neff et al., 2005; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Elle est associée à une gestion efficace des sentiments dans des situations d'échecs (Neff et al., 2005) et aurait un effet modérateur sur l'intensité des émotions de tristesse et de colère dans des situations pouvant causer de l'anxiété, de la détresse, du rejet, ou de l'embarras, peu importe que les événements soient réels, imaginés ou rappelés (Leary et al., 2007; Neff et al., 2005). L'apprentissage et la maîtrise sont plus souvent recherchés que la performance par les étudiants compatissants (Neff et al., 2005). Enfin, selon Brown (cité dans Neff, 2003b), la compassion pour soi offre une sécurité affective qui est essentielle à une perception de soi juste et adéquate. Elle est fortement associée à des niveaux moins élevés de critique de soi (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007).

Compassion pour soi et intervention

Il serait important d'offrir de nouvelles avenues de traitement de la honte et de la culpabilité. L'augmentation de la compassion pour soi pourrait aider les individus honteux à échapper aux conséquences nocives du jugement sévère de soi et favoriser ainsi la résilience (Leary et al., 2007; Neff, 2003b, 2004; Neff, Kirkpatrick, &

Rude, 2007). Quelques études seulement ont examiné les effets d'interventions développant la compassion pour soi sur la honte et la critique de soi. Elles confirment son apport positif (Gilbert & Procter, 2006; Lee, 2005). Cependant, les recherches qui examinent l'impact de ces interventions sur la culpabilité chronique sont plus rares (Adams & Leary, 2007).

La compassion pour soi pourrait offrir des alternatives à la critique et au blâme de soi, au déni et à la passivité (Neff, 2003b) et favoriser un contact équilibré et adéquat avec ses émotions dans des situations suscitant honte et culpabilité. En effet, la recherche de Neff, Kirkpatrick et Rude (2007) indique une diminution de la critique de soi et des ruminations avec l'augmentation de la compassion pour soi.

D'importants sentiments de honte créent des obstacles au rétablissement, compte tenu des fortes résistances des personnes à abandonner la critique envers soi et l'hostilité interne (blâme de soi) et externe (Deblinger & Runyon, 2005; Gilbert & Procter, 2006). Le développement de la compassion pour soi pourrait procurer le réconfort et la sécurité interne qui formeraient la base émotionnelle propice à l'acceptation de nouvelles façons de penser et d'agir dans des contextes d'échecs et de déceptions (Gilbert & Procter, 2006). De même, parce que la compassion pour soi est associée positivement aux indices de santé mentale et à des comportements prosociaux, il est possible que son développement soit favorable à la diminution de la culpabilité chronique, particulièrement sa persistance et ses manifestations cliniques (p. ex., ruminations).

Diverses façons d'augmenter ou d'induire la compassion pour soi sont présentées dans les recherches, par exemples : consignes de non jugement au participant avant d'effectuer une tâche (Adams & Leary, 2007), nommer des expériences similaires à la sienne et vécues par autrui ou exprimer par écrit de la compréhension envers soi-même à propos d'une expérience négative (Leary et al., 2007) ou utiliser une imagerie mentale guidée et une restructuration cognitive (Gilbert & Procter, 2006; Lee, 2005).

Le programme d'entraînement à l'esprit de compassion (Compassionate Mind Training, CMT), qui inclut certaines des interventions mentionnées ci-haut, semble plus complet et avoir les qualités nécessaires pour développer des sentiments de sécurité, de chaleur et de compassion pour soi (Gilbert & Procter, 2006). D'ailleurs, Gilbert et Procter (2006) notent un impact significatif du CMT sur la dépression, l'anxiété, les blâmes personnels, les sentiments d'infériorité, les comportements de soumission et la honte. Les deux études de cas présentées par Lee (2005) montrent une diminution rapide des symptômes dépressifs sévères et du trouble de stress post-traumatique à la suite de l'application du CMT. Ces effets bénéfiques ainsi qu'un nouveau sentiment de solidité et du positivisme persistent deux ou trois mois après le traitement. Le CMT a été élaboré afin d'aider les personnes qui ont des niveaux de honte et de critique de soi élevés, ainsi que celles qui ont de la difficulté à s'accepter et à avoir une attitude chaleureuse (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006).

Plus récemment, Gilbert a proposé, dans le cadre de formations destinées aux intervenants, la « Compassion Focused Therapy (CFT) », traduite ici par *Thérapie centrée sur la compassion pour soi*, qui intègre les principes et interventions de la CMT à l'intérieur du cadre plus spécifique d'une intervention thérapeutique. L'appui théorique de l'approche repose sur l'état des connaissances en neurosciences à propos de la plasticité du cerveau, soit sa capacité à changer et à se développer, ainsi que sur l'existence de systèmes de régulation affective. La CFT intègre trois principaux systèmes de régulation. Le « système protection/menace » engage des réponses de protection face à un danger ou une menace. Le « système motivation/plaisir » est centré sur la recherche de satisfaction des besoins et mobilise l'individu vers l'atteinte de ses objectifs, tandis que le « système affiliation/attachement » procure du réconfort et de l'apaisement et suscite des réponses comportementales qui sont favorables au lien et à l'attachement. Ces systèmes de régulation impliquent des circuits neurophysiologiques et des neurohormones spécifiques. L'ensemble participe à la stimulation et au développement de réseaux neuronaux et aux structures corticales associées ainsi qu'à la régulation affective (Cozolino, 2002; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Dickerson & Kemeny, 2004). Ainsi, différents systèmes de régulation sont activés chez une personne selon qu'elle fait l'expérience de pensées et d'affects positifs ou négatifs. Par exemple, la honte, les évaluations négatives et la critique des autres sur soi sont reconnues pour créer du stress qui entraîne les sécrétions de cortisol, une réponse du système protection/menace (Dickerson & Kemeny, 2004). Par ailleurs, la présence d'une figure maternelle et le fait de recevoir des soins tendres, affectueux, apaisants, sollicitent le

système affiliation/attachement et contribueraient ainsi grandement à la maturation de ce système et au développement de réseaux neuronaux essentiels dans la régulation affective (Cozolino, 2002; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert & Procter, 2006). La sollicitation d'affects positifs par des attitudes de bienveillance, de bonté et d'accueil avec chaleur et par le développement de la compassion pour soi devrait susciter l'activation du système affiliation/attachement de même que favoriser l'automatisation et le développement de réseaux neuronaux et de réponses (p. ex., pensées, comportements, émotions) qui y sont associés (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Lee, 2005). Enfin, la sollicitation d'affects de chaleur devraient permettre d'amortir les effets de la critique de soi et limiter l'activation du système de régulation répondant à la menace (Dickerson & Kemeny, 2004; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Lee, 2005).

Le programme de traitement appliqué dans cette recherche est une adaptation de la *Thérapie centrée sur la compassion pour soi compassion* (CFT). Il intègre aussi les principes de *l'Entraînement à l'esprit de compassion* (CMT), à l'origine de la CFT. Les deux ont été développés par Gilbert (2010), Gilbert et Procter (2006) et Lee (2005). Toutefois, Gilbert n'avait pas encore développé un protocole structuré de l'application de la CFT en traitement psychothérapeutique.

Objectifs de la recherche

Le premier objectif de cet essai doctoral était donc d'élaborer un programme de traitement en français utilisant les principes théoriques et pratiques de la CFT. Plus précisément, il s'agissait de développer une démarche comportant une certaine logique d'intervention et un déroulement précis et reproductible. Le second objectif était d'étudier, par deux cas cliniques, la pertinence d'utiliser ce programme d'intervention thérapeutique auprès de personnes vivant de la culpabilité chronique et/ou une prédisposition à la honte et d'en documenter l'évolution. Il était prévu que l'application du programme augmente la compassion pour soi des participants et puisse ainsi réduire la honte et la culpabilité. Aussi, il était attendu que de tels changements aident à libérer le potentiel positif de la culpabilité (culpabilité pure ou saine) en motivant une personne à des comportements prosociaux (p. ex., réparation, prise en charge de ses responsabilités).

Méthode

Ce second chapitre présente le programme de traitement développé pour intervenir sur la honte et la culpabilité chronique et la méthode employée pour vérifier ses effets sur les participants. La première partie offre donc une description détaillée du *Programme de traitement centré sur la compassion pour soi* (PTCCS) et les thèmes de chaque séance. La seconde partie du chapitre est consacrée à la méthode. Plus précisément, elle décrit l'étape du recrutement, les caractéristiques des participants, ainsi que les instruments de mesure.

Programme de traitement centré sur la compassion pour soi

Élaboration du programme de traitement

Au moment d'entreprendre l'élaboration du programme, la responsable de la recherche a suivi une formation de deux jours avec Paul Gilbert en 2008 afin de mieux connaître la CFT et ses différentes étapes en vue de développer le PTCCS (Gilbert, 2009a, 2009b; Gilbert, Lee, & Welford, 2006). Dans le cadre de la formation, Gilbert expliquait la théorie à la base de la CFT et faisait vivre l'expérience de divers exercices (p. ex., exercices d'acceptation pleinement consciente, de respiration ou de visualisation d'une figure de compassion).

Gilbert et ses collègues n'avaient pas élaboré de programme de traitement structuré, étape par étape, qui aurait pu être utilisé tel quel auprès des participants. Il laissait une

grande liberté aux cliniciens dans l'utilisation des outils et de la théorie ainsi que dans l'ajustement de l'approche à leur pratique. L'absence de programme de traitement systématique rendait difficile la reproduction d'un tel traitement en recherche. C'est pour cette raison que la chercheuse a vu la nécessité d'élaborer, à partir de l'information disponible, le PTCCS. Pour ce faire, elle a employé deux documents élaborés par Gilbert : un guide éclairant les aspects spécifiques et centraux de la théorie à la base de la CFT et de sa pratique (Gilbert, 2009a, publié finalement en 2010), ainsi qu'un exemple d'une adaptation de l'approche en quatre séances pour une utilisation en groupe (Gilbert, 2009b). Ils ont servi de points de repère pour planifier et organiser le traitement en 15 séances. L'auteur autorisait la responsable de la recherche à s'inspirer de ces documents (Gilbert, 2009a, 2009b; Gilbert, Lee, & Welford, 2006) pour développer un programme de traitement centré sur la compassion pour soi qu'elle pourrait ensuite appliquer spécifiquement auprès de personnes souffrant de honte et de culpabilité chronique. Le programme a donc été traduit et élaboré en vue de fournir une structure comportant une certaine logique d'intervention et un déroulement précis et flexible afin de faciliter l'appropriation des connaissances théoriques et de l'intervention tant par les cliniciens que par les participants. Le travail a également consisté en une clarification de l'usage des divers outils thérapeutiques et leur priorisation en fonction du processus thérapeutique. Finalement, la responsable de la recherche a proposé à une volontaire d'expérimenter certains exercices afin que la chercheuse puisse en maîtriser l'utilisation et en comprendre la portée.

Description générale du programme

Le PTCCS comporte de 12 à 15 séances et est offert sur une base individuelle. Le Tableau 1 présente les huit thèmes principaux du programme. Un thème comporte une ou plusieurs séances. Les séances ont une durée de 1 h 30 chacune et sont structurées de la même façon (voir Figure 1). Chaque séance est divisée en quatre sections principales : 1) la présentation de la théorie et les fondements derrière les exercices proposés; 2) l'application de la théorie au vécu du participant par des interventions thérapeutiques ainsi que par l'utilisation d'un outil thérapeutique approprié au thème (visualisation, exercice d'approfondissement); 3) le développement de la compassion pour soi en faisant l'expérience de divers exercices spécifiques à cette attitude; 4) la description des exercices à faire entre les séances. À partir de la deuxième séance, les premières minutes de chaque rencontre servent à obtenir de la rétroaction sur les exercices faits entre les séances. La Figure 2 (voir Appendice A) offre une représentation du processus thérapeutique circulaire tel que le permet la structure proposée dans le traitement. La séquence globale du contenu et l'ensemble des thèmes, des interventions et des exercices utilisés sont décrits dans les prochaines sections.

Tableau 1

Déroulement du traitement

Thèmes	Séances	Thèmes des rencontres
1	1	Régulation affective et expérience d'acceptation pleinement consciente.
2	2	Motivation et obstacles au changement.
3	3-4-5	Théorie et pratique sur la compassion pour soi.
	3	La compassion et ses habiletés.
	4	Figure de compassion.
	5	Poursuite de l'élaboration d'une figure de compassion.
4	6-7-8	Développement de mécanismes de protection.
	6	Origines et fonctions de la critique de soi.
	7	Distinctions entre honte et culpabilité.
	8	Poursuite du travail sur les thèmes de honte, de culpabilité et de critique de soi.
5	9	Pratique du dialogue de compassion à l'aide de l'écriture.
6	10-11	Restructuration cognitive et autocorrection de compassion.
7	12	Compassion dans l'action.
8	13-14-15	Approfondissement des thèmes et exercices, consolidation des acquis et préparation de la fin.

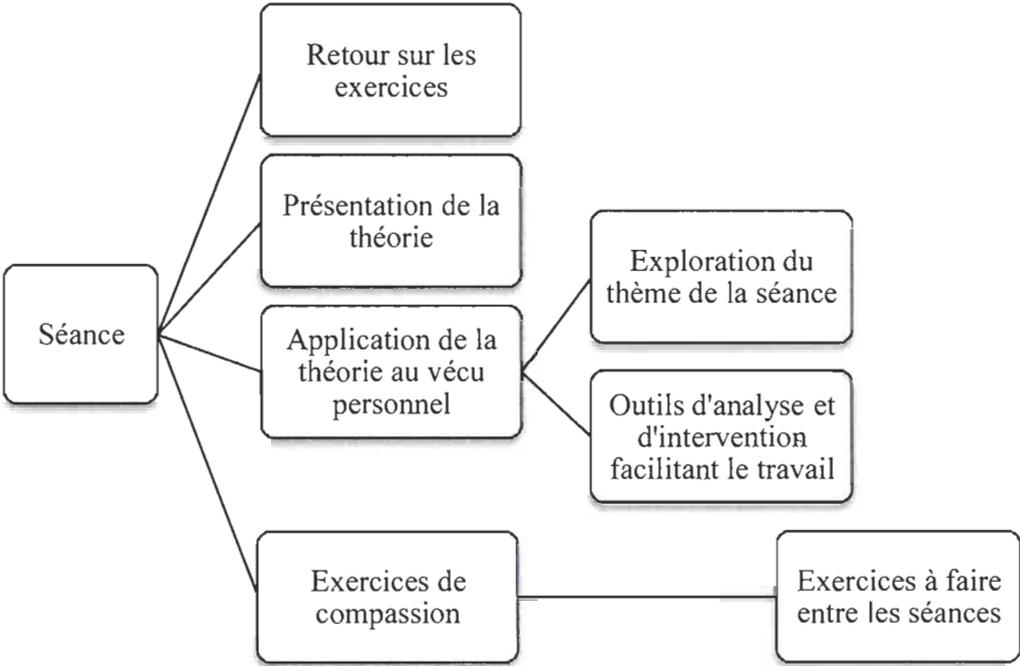


Figure 1. Structure de chaque séance.

Thème 1 : Régulation affective et expérience d'acceptation pleinement consciente (séance 1). Dans cette première séance, le thérapeute accordera une attention particulière à mettre en place les conditions facilitant la création de l'alliance (p. ex., attitude d'ouverture et manifestation d'intérêt à l'unicité de la personne, recherche de compréhension), comme c'est généralement le cas en début de thérapie. La séance 1 a pour but d'introduire le participant au modèle théorique à la base de la thérapie centrée sur la compassion pour soi, de même qu'aux fondements de l'acceptation pleinement consciente. La séance 1 devrait favoriser un regard compréhensif sur soi et sur son fonctionnement ainsi qu'un engagement dans le traitement.

Pour ce faire, le thérapeute transmet plus spécifiquement des connaissances théoriques sur les systèmes de régulation affective (affiliation/attachement, protection/menace, motivation/plaisir), leur développement, leur fonctionnement et leurs fondements neurobiologiques. Des schémas, des dessins et des exemples sont utilisés pour simplifier et compléter les thèmes exposés (voir un exemple, Figure 3, illustrant les interactions entre ces systèmes à l'Appendice B).

La séance 1 vise ensuite à mettre en relation la théorie et l'expérience personnelle du participant par un travail d'identification du système de régulation affective qui lui apparaît être le plus dominant dans sa vie. Le thérapeute facilite l'expression du participant à ce propos par des questions d'exploration. Il explique également les notions concernant l'acceptation pleinement consciente (p. ex., l'observation sans jugement des

états et stimuli internes ainsi que des stimuli externes) et les bienfaits de sa pratique régulière. Enfin, le participant expérimente deux exercices (moins de cinq minutes chacun) : un exercice de respiration et un autre d'acceptation pleinement consciente. Ce deuxième exercice consiste à prendre conscience de divers éléments (p. ex., pensées, émotions, bruit) dans le moment présent et ce, sans jugement et avec une attention modérée (voir Appendice C). Le participant est ensuite invité et encouragé à refaire chacun de ces deux exercices de 4 à 7 fois dans la semaine. Il est à noter que les divers exercices que les personnes pratiquent entre les séances sont d'une durée qui varie entre 5 à 20 minutes chacun. La fréquence de leur pratique entre les séances peut varier de quotidiennement à quatre fois par semaine selon la difficulté de l'exercice, l'évolution des participants et les difficultés qu'ils rencontrent dans leur mise en pratique au quotidien. Le clinicien tient compte de ces facteurs pour favoriser l'engagement, la motivation et les réussites tout au long du traitement.

Thème 2 : Motivation et obstacles au changement (séance 2). L'objectif principal de la deuxième séance est d'augmenter chez le participant sa motivation au changement, c'est-à-dire de développer la compassion pour soi et de délaisser la critique de soi. D'abord, le thérapeute poursuit la transmission des connaissances à propos du modèle des systèmes de régulation affective, de la théorie de l'attachement sur lequel il s'appuie et des origines et fonctions de la critique de soi tel que l'explique le modèle (Cozolino, 2002; Gilbert, 2010; Gilbert, Lee, & Welford, 2006). Puis, un travail d'exploration du vécu personnel est fait en lien avec la théorie présentée. Le participant est d'ailleurs

invité à réfléchir aux pensées, affects et comportements qui sont chez lui des réponses au blâme ou associés à des sentiments de honte ou de culpabilité. Les interventions thérapeutiques consistent aussi à mettre en évidence les motivations (p. ex., désir d'un mieux-être et de se faire plus de place dans sa vie, inconvénients à la critique de soi) et les obstacles au changement (p. ex., appréhensions possibles à développer de la compassion pour soi, peurs associées au changement et inquiétudes à abandonner la critique de soi), ainsi qu'à développer une compréhension des fonctions et de la manière dont la critique de soi opère chez le participant. On y introduit l'idée de développer des habiletés de compassion pour soi sans abandonner la critique de soi. Ainsi, le thérapeute adopte, dans l'ici et maintenant, une attitude de non jugement à l'égard du participant et de ses comportements. En troisième lieu, un exercice de visualisation est effectué en séance afin que le participant essaye de générer par lui-même des sentiments d'affection qu'il se familiarise, de façon plus concrète, avec le concept de compassion pour soi. Il s'agit pour le participant de visualiser un lieu ou une couleur qui évoque de la compassion et de la bienveillance. Cet exercice est placé en début de traitement parce qu'il comporte généralement peu d'associations avec des expériences négatives qui pourraient faire obstacle au désir de changement. Les exercices de visualisation d'une couleur ou d'un lieu de compassion et le précédent, soit l'exercice d'acceptation pleinement consciente, sont donnés à faire avant la prochaine rencontre. Le thérapeute recommande de les pratiquer de 4 à 7 fois par semaine.

Thème 3 : Théorie et pratique sur la compassion pour soi (séances 3, 4 et 5).

La compassion et ses habiletés (séance 3). La troisième séance vise à permettre au participant une meilleure appropriation du concept de compassion pour soi et de ses dimensions ainsi que le développement des habiletés. Elle favorise également la préparation à l'élaboration de la figure de compassion.

Premièrement, le thérapeute décrit la nature et les fonctions de la compassion pour soi et il donne des explications sur ses dimensions (p. ex., bienveillance, sagesse) et ses habiletés associées (p. ex., accueil et compréhension de soi, analyse ajustée à la réalité). Il explique également comment les divers exercices proposés dans ce traitement, particulièrement la figure de compassion, peuvent aider au développement de la compassion pour soi. La présentation de la théorie pourra durer la moitié de la séance et déborder sur la séance subséquente et ce, afin d'assurer une période de temps suffisante durant la séance pour approfondir le vécu et faire vivre un exercice. Le thérapeute invite donc le participant à porter un regard positif sur lui-même. Il le fait en identifiant et en explorant avec lui ses forces et habiletés (p. ex., sensibilité à autrui, capacité d'analyse). Le thérapeute peut aussi refléter ce qu'il a lui-même perçu de positif chez le participant jusqu'à maintenant et faire part de ce qu'il observe dans le discours du client. Il sera utile que le participant se les rappelle lors de la pratique de la visualisation d'une figure de compassion.

Ensuite, le thérapeute effectue l'un ou les deux exercices de visualisation suivants appelés *Compassion de l'autre vers soi* et *Compassion de soi vers l'autre*. En se remémorant une personne qui a de l'affection pour lui, le participant s'imagine prendre le rôle de cette personne qui avait aussi eu des gestes ou des paroles de compassion et de réconfort à son égard. Le participant exprime ses impressions sur l'effet que les paroles ou les gestes ont eu sur lui. Dans le deuxième cas, le participant se rappelle des gestes, paroles ou attitudes de compassion qu'il a démontrés à l'égard de quelqu'un : mots de compréhension et propos validant le vécu de l'autre, dénoncer une situation d'abus, reconnaître les forces et difficultés de l'autre avec respect. Le thérapeute aide le participant à intégrer les notions de compassion pour soi dans les exercices en lui donnant une rétroaction.

Figure de compassion (séance 4). La quatrième séance vise le développement et la visualisation d'une figure qui aura de la compassion pour soi et l'intégration des connaissances et des habiletés de compassion à travers la pratique. Pour ce faire, la suite de la théorie sur la compassion pour soi, débutée dans la séance 3, est présentée au participant. Le thérapeute décrit les caractéristiques principales à retrouver dans la figure de compassion : sagesse, force protectrice, chaleur, non-jugement (voir Appendice D), lesquelles réfèrent également aux qualités, attitudes et habiletés suivantes : acceptation pleinement consciente, conscience d'une humanité partagée, bienveillance et bonté, douceur et tendresse, compréhension. Il n'y a pas, dans cette séance-ci, de partie spécifique pour approfondir le vécu personnel du participant. Le travail sur la

compassion consiste ici à élaborer, avec le participant, une figure de compassion qui lui soit propre.

Dans un premier temps et après une introduction à l'aide de l'exercice de respiration, le thérapeute invite le participant à laisser venir spontanément à sa pensée toute image évoquant pour lui de la compassion et une figure de compassion. Puis, le thérapeute utilise un texte qu'il lit afin de faire une imagerie guidée (de 10 minutes environ) (voir Appendice D). Il guide la pensée du participant vers l'émergence d'images et de caractéristiques pouvant être attribuables à une figure de compassion. Cet outil de visualisation (Gilbert, Lee, & Welford, 2006) comporte également des consignes favorisant des attitudes d'ouverture, d'acceptation pleinement consciente et de non-jugement. En cours de visualisation, le thérapeute pose des questions au participant (p. ex., Une image vous vient-elle en tête? Que voyez-vous?) afin d'obtenir quelques rétroactions pour ajuster l'intervention s'il y a lieu et suivre le rythme du participant. Il s'en suit un retour sur l'exercice. Dans un deuxième temps, à partir de l'expérience vécue, le participant travaille à préciser les caractéristiques physiques, sensorielles et relationnelles qu'il souhaite attribuer à sa figure de compassion. Il les note dans une grille (voir Appendice D) ce qui permettra de poursuivre le travail sur ce thème à la séance suivante. Le thérapeute aide à intégrer les concepts théoriques à propos de la figure de compassion (p. ex., dimension de sagesse) dans le travail d'élaboration et de description de ses caractéristiques. Ce travail d'élaboration nécessite deux séances.

Vingt minutes seront accordées à ce travail pendant la séance 4 et il sera donc complété lors de la séance 5.

Enfin, la séance se termine par une mise en pratique d'une visualisation utilisant la figure de compassion telle qu'elle a été définie et précisée lors de cette séance. Le participant ferme les yeux et se met dans un état propice à la visualisation (p. ex., il porte une attention pleinement consciente à sa respiration). Puis, il se remémore brièvement une situation (circonstance, état affectif, pensées) qu'il a vécue, dans un passé proche ou lointain, comme légèrement difficile. À ce souvenir, le participant introduit sa figure de compassion. En continuité avec les caractéristiques (p. ex., voix douce et ton rassurant) qui ont été établies et attribuées à la figure pendant la séance, le thérapeute intervient en donnant des consignes inspirées du texte utilisé précédemment dans la séance. Par exemple, il suggère d'imaginer la façon dont il souhaite que la figure de compassion entre en contact avec lui ainsi que les gestes, paroles et attitudes que la figure de compassion lui offrirait pour manifester sa compréhension, sa bienveillance, un soutien et une présence apaisante. La durée de l'exercice est de 5-7 minutes. Enfin, le participant est invité à reprendre l'exercice de visualisation d'une figure de compassion en relation avec une autre situation vécue dans le quotidien et qui suscite une souffrance légère.

Il est suggéré de commencer l'entraînement par le rappel de situations entraînant peu de souffrance (facile) pour en faciliter l'intégration et favoriser l'activation du système affiliation/attachement (Gilbert, Lee, & Welford, 2006). Il s'agit d'éviter que le

participant soit submergé par une détresse qui solliciterait alors davantage le système de régulation affective visant à protéger de la menace.

Poursuite de l'élaboration d'une figure de compassion (séance 5). Lors de la cinquième séance, le thérapeute rappelle les qualités essentielles à retrouver dans la figure de compassion, celles-ci ayant été présentées durant la quatrième séance. Puis, il poursuit avec le participant l'élaboration de la figure de compassion, si elle n'a pu être complétée à la séance précédente. La pratique de la visualisation de la figure de compassion (voir Appendice E) est faite une première fois et est suivie d'un retour sur l'exercice. Le thérapeute définit ce que sont des pensées non aidantes et des pensées alternatives ou aidantes. Pour ce faire, il donne des exemples à partir de ce qu'il a déjà constaté jusqu'à maintenant dans le discours du participant. La visualisation est faite une seconde fois avec le participant mais cette fois en évoquant une situation difficile. Pendant la visualisation, le participant est invité à laisser émerger des pensées et des paroles aidantes ou alternatives par l'entremise de la figure de compassion. L'exercice de visualisation de la figure de compassion avec situation facile est prescrit quotidiennement entre les séances et au minimum trois fois dans la semaine avec un souvenir ou un épisode difficile ou plus souffrant. Pendant et après cet exercice à domicile, il est encouragé à générer des pensées alternatives aidantes, dont il prend note.

Thème 4 : Développement de mécanismes de protection en réaction à la honte et à la culpabilité (séances 6, 7 et 8). Durant trois séances, le participant explore des

événements passés qui ont contribué au développement de sentiments de honte et de culpabilité ainsi qu'à l'utilisation de comportements de protection de soi. Le thérapeute favorise une meilleure compréhension de soi pour une plus grande acceptation de soi et davantage de compassion pour soi.

Origines et fonctions de la critique de soi (séance 6). De l'information est offerte à propos de ce qui peut être à l'origine de sentiments de honte (p. ex., expériences d'humiliation) et du développement de la critique et du monitoring de soi. Les fondements du conditionnement et de l'apprentissage sont aussi expliqués en faisant des liens avec les expériences du participant (p. ex., faire l'expérience de reproches lors d'une expérience d'affirmation de soi) ainsi qu'avec les divers systèmes de régulation et leurs fonctions (p. ex., apaisement vs de protection de soi). Le thérapeute prévoit 15 minutes pour cette partie.

Puis, le thérapeute facilite, par des questions et des reflets, l'exploration et l'expression du vécu du participant et de ses expériences en rapport avec le thème de la séance, c'est-à-dire les origines des sentiments de honte et de critique de soi. Par exemple, il demande au participant de se remémorer une situation passée et marquante pour lui, à l'égard de laquelle il tend encore à vivre de la honte. Toute situation déjà évoquée à l'intérieur de la thérapie peut être utilisée ici. Le participant est aussi amené à identifier ce qu'il se reproche et les tentatives faites jusqu'à maintenant pour résoudre l'impasse. Le thérapeute aide le participant à comprendre comment la critique de soi a

pu être une tentative de solution et de protection. Le questionnaire Fonctions de la critique de soi (*The Functions of Self-Criticizing/Attacking Scale*, de Gilbert, Clark, Hempel, Miles, & Irons (2004), traduit par la responsable de la recherche, peut être utilisé comme outil thérapeutique en appui à ce travail d'approfondissement et d'analyse (voir Appendice F). Ce questionnaire évalue la présence et l'intensité de diverses fonctions possibles de la critique de soi. Il comprend 21 items auxquels le participant répond sur une échelle de Likert de cinq niveaux allant de jamais (0) à presque toujours (4). Il est utilisé ici de façon informelle, plutôt que dans un but d'évaluation de l'effet de la démarche, afin de faire ressortir les intentions adaptatives qui peuvent être sous-jacentes aux comportements de critique de soi. Il s'agit par la suite d'identifier lesquelles ont pu être interpellées dans la situation présentée. Dans ce travail d'approfondissement, d'expression et d'analyse, le thérapeute aide le participant à considérer son vécu avec une attitude de compréhension et d'accueil pour la partie de soi qui, à travers les expériences rapportées, a pu se sentir menacée. Le thérapeute doit prévoir 45 minutes pour cette partie.

La séance se termine par une visualisation de la figure de compassion qui offre réconfort et chaleur au participant alors qu'il s'imagine (contexte, affects et pensées) dans l'une ou l'autre des situations abordées en séance. Le participant est alors invité à porter principalement son attention sur les attitudes de compassion de la figure qu'il a choisie ainsi que sur l'effet (p. ex., réconfort, se sentir compris) que ses attitudes ont sur lui, plutôt que sur la souffrance que peut raviver le souvenir de l'événement. Il est

proposé au participant de pratiquer, entre les séances, l'exercice de visualisation de la figure de compassion avec un souvenir suscitant un inconfort léger ou modéré (p. ex., sentiments de honte, anxiété, colère) et de poursuivre les exercices de respiration pleinement consciente quotidiennement. Le journal de bord 1 est introduit et sera utilisé entre les séances par le participant pour noter ses pensées et affects avant et après la visualisation (voir Appendice G).

Distinctions entre honte et culpabilité (séance 7). Le contenu de la septième séance vise à fournir au participant les connaissances et les conditions qui l'aideront à reconnaître les diverses formes et manifestations de honte et de culpabilité dans sa vie et d'en faire la distinction. Cette séance prévoit aussi motiver le participant vers le changement et l'outiller dans un travail de résolution et de soulagement de ces émotions morales.

La théorie transmise ici concerne les diverses formes de honte (interne et externe) et de culpabilité (culpabilité saine, chronique et fusionnée à la honte) et les indices lui permettant d'en reconnaître les manifestations dans sa propre vie. Elle informe sur leur nature, leurs fonctions et impacts (p. ex. le soi est blessé dans la honte et la relation est affectée dans la culpabilité) et sur les réactions qui y sont associées (p. ex., monitoring de soi dans la honte interne, réponse de domination dans la honte externe, tentative de réparation pour la culpabilité). Pour ce faire, le thérapeute fournit des exemples à partir des expériences et propos exprimés jusqu'à maintenant par le participant et qu'il adapte

au besoin. L'Échelle des expériences de honte (*Experience of Shame Scale*, Andrews, Qian, & Valentine, 2002), traduit en français par la responsable de la recherche) peut être utilisée, au besoin, afin de mettre en évidence la présence des différentes formes et manifestations de honte chez le participant (voir Appendice H). Cette échelle mesure la spécificité des expériences de honte pour le participant et elle est utilisée comme un outil d'exploration davantage que d'évaluation. Elle est composée de 25 items auxquels le participant répond sur une échelle de type Likert à quatre niveaux allant de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup).

Le travail thérapeutique comporte aussi l'utilisation d'une grille (voir Appendice I) qui, dans un premier temps, sert à l'exploration des pensées, des peurs (p. ex., peurs de la solitude ou de l'abandon) et des critiques associées aux expériences de honte interne et externe du participant. Dans un deuxième temps, cette grille offre un cadre qui oriente la reformulation avec compassion des critiques de soi en pensées alternatives plus aidantes et favorise ainsi la résolution de l'impasse ou la diminution de la souffrance qui y est associée. Le dernier point de la grille (« Compréhension et changements dans le ressenti ») nécessite de susciter des sentiments de compassion pour soi par la mise en pratique de la visualisation d'une figure de compassion en fin de séance, en utilisant une situation présentée en séance par le participant.

Entre les séances, le participant s'exerce à visualiser une figure de compassion alors qu'il ravive des souvenirs suscitant de la souffrance, tantôt avec une situation passée

d'où origine de la honte ou de la culpabilité, tantôt avec une situation de la vie quotidienne. Le journal de bord 1 sera de nouveau utilisé pour noter les pensées et affects avant et après la visualisation (voir Appendice G).

Poursuite du travail sur les thèmes de honte, de culpabilité et de critique de soi (séance 8). La huitième séance offre un lieu d'expression et de compréhension des expériences de souffrance mises à jour durant les séances précédentes, comme ce serait le cas dans n'importe quelle psychothérapie. Le travail d'analyse amorcé aux séances précédentes est aussi poursuivi et la grille présentée à l'Appendice I peut encore être utilisée. Plus spécifiquement, le thérapeute aide le participant à reconnaître les stratégies défensives qu'il utilise, de même qu'à identifier et à comprendre les systèmes de régulation affective qui leur correspondent (p. ex., système protection/menace : répondre à des exigences personnelles élevées de performance pour éviter le blâme, entretenir une colère contre soi pour garder une vigilance afin de ne pas reproduire un geste). Cette séance vise également à distinguer les responsabilités que le participant peut s'attribuer de celles dont il n'est pas imputable. Le thérapeute suscite la réflexion du participant sur la manière de se soulager de sa culpabilité et de se dégager de responsabilités qui ne sont pas les siennes.

S'il demeure des réticences à abandonner la critique de soi, le thérapeute peut utiliser l'exercice de représentation symbolique de la critique de soi. Il s'agit pour le participant de représenter la critique de soi de façon à lui donner des caractéristiques

humaines (apparence, ton de voix, attitudes). Dans un bref jeu de rôle, le thérapeute invite le participant à identifier l'impact que la critique de soi a sur lui lorsqu'il entend cette « représentation » lui faire des reproches. Puis, le thérapeute met en évidence la discordance entre l'impact (p. ex., découragement, baisse d'énergie, stress) de ces propos sur lui-même et l'intention, souvent bonne, sous-jacente à la critique de soi. Cet exercice peut aussi être utilisé plus tôt dans le suivi (p. ex., séances 6 ou 7) selon la disposition du participant et son évolution.

La séance se termine par une visualisation de la figure de compassion en référence à une situation de souffrance exprimée pendant la séance. Le participant poursuit, entre les séances, la pratique de la visualisation de la figure de compassion en contexte de difficulté pour un minimum de 3 à 4 fois par semaine. Il continue la pratique de la respiration pleinement consciente à tous les jours. De plus, il lui est demandé de pratiquer quotidiennement des exercices de « focusing » avec compassion. L'objectif de cet exercice est de préparer le travail du thème 7 (séance 12), en intégrant des attitudes de compassion dans l'action, tout en sollicitant des comportements favorables aux changements dans l'activation neurophysiologique. Il s'agit d'observer les différentes sensations, pensées ou émotions ressenties, ainsi que les stimuli extérieurs et ce, pendant une activité qu'il détermine lui-même (p. ex., marcher, manger). Il leur porte une attention pleinement consciente et sans jugement.

Thème 5 : Pratique du dialogue de compassion à l'aide de l'écriture (séance 9).

La neuvième séance ne comprend pas de partie théorique et elle consiste en une mise en pratique de la théorie vue antérieurement et appliquée à une situation concrète de la vie du participant. L'objectif est d'amener le participant à générer par lui-même des attitudes et un discours de compassion, en utilisant les différentes habiletés de compassion décrites précédemment. L'outil thérapeutique privilégié ici est l'écriture de compassion. Il s'agit pour le participant de s'imaginer dans le rôle d'une personne qui aurait de la compassion pour la souffrance d'autrui. À travers cette mise en rôle, le participant écrit une lettre dans laquelle il manifeste de la compassion à une personne fictive partageant une souffrance ou des difficultés similaires à ce qu'il a vécu. Il le fait comme s'il s'adressait à un(e) ami(e). Puis, le thérapeute révise la lettre avec le participant : il fait ressortir les différentes caractéristiques recherchées et il suggère certains propos et attitudes à adopter allant dans le sens de la compassion pour soi (p. ex., « j'aimerais t'offrir mon soutien dans cette difficulté », « je comprends »). L'outil d'écriture centré sur la compassion pour soi sert à stimuler l'émergence d'attitudes, de paroles et de pensées alternatives aidantes. Il favorise une prise de recul sur une situation souffrante et il met en évidence les habiletés de compassion que le participant possède et utilise à l'égard d'autrui. La séance se termine par un exercice de respiration apaisant suivi d'une visualisation avec la figure de compassion pour soi tout en intégrant les nouveaux apprentissages et pensées. L'exercice d'écriture centré sur la compassion pour soi est prescrit entre les séances. L'exercice de visualisation de la figure de compassion est à poursuivre conjointement, cette fois en se remémorant une

situation plus souffrante. À nouveau, le journal de bord 1 (voir Appendice G) peut servir à la prise de notes.

Thème 6 : Restructuration cognitive et autocorrection de compassion (séances 10 et 11). Les objectifs, le contenu et le travail thérapeutique effectué aux séances 10 et 11 sont très similaires et ce, dans le but d’approfondir le travail thérapeutique à propos des comportements d’autocorrection. Il s’agit de reconnaître ces comportements d’autocorrection et de développer d’autres stratégies qui soient adaptées et aidantes et qui peuvent contribuer au bien-être personnel et interpersonnel de l’individu.

Le thérapeute donne de l’information à propos des comportements d’autocorrection fondés sur la critique de soi (p.ex., blâme et critique de soi, punition, exigences élevées) et de leurs mécanismes tels que des comportements résultant d’un monitoring de soi; il l’aide à reconnaître lorsqu’il en fait l’utilisation. Le thérapeute décrit également en quoi consiste l’autocorrection faite avec compassion et il explique les distinctions entre ces deux formes d’autocorrection. Puis, le thérapeute rappelle les fonctions de la honte (favoriser des règles sociales favorables au bien commun) et de la culpabilité (p. ex., préserver la relation) et il fait ressortir les intentions sous-jacentes à l’utilisation de l’autocorrection (p. ex., éviter l’exclusion). Le but alors poursuivi est de favoriser la conscientisation du participant sur ses comportements et sur ce qui les motivent et d’encourager l’utilisation d’autocorrection alternatives aidantes (mes cicatrices

rappellent le courage et la force que j'ai dû déployer lors d'une lutte que j'ai gagnée, Lee, 2005, p. 341).

Une grille (voir Appendice J), semblable à celle utilisée à la séance 7 (voir Appendice I), sert ici à l'intervention. Elle permet de mettre en évidence les comportements et pensées d'autocorrection que le participant utilise dans une situation et d'en générer d'autres qui soient empreintes de compassion. Cette grille, permet aussi d'identifier des croyances, des peurs (p. ex., peur de l'exclusion dans le cas de la honte et peur de blesser dans le cas de la culpabilité) et des affects sous-jacents aux pensées et au vécu du participant, de même qu'à préciser la perception du participant concernant sa responsabilité. Un travail de clarification de la responsabilité réelle s'en suit également. Enfin, le participant est invité à réfléchir avec le thérapeute sur l'apport et la pertinence de poser une action d'autocorrection avec compassion et de l'ajuster afin qu'elle tienne compte de ses besoins et de la situation. Par exemple, il peut s'agir de choisir d'offrir des excuses à quelqu'un de façon réelle ou imaginée dans le cas où une relation à un tiers se trouve affectée ou encore, de considérer ses besoins de réconfort et d'y répondre si le soi (honteux) se trouve affecté.

L'exercice de visualisation de la figure de compassion pour soi est à nouveau prescrit entre les séances, en se remémorant une situation plus souffrante. Aussi, le participant s'exercera à la restructuration avec compassion. Le Journal de bord 2 (voir Appendice K) lui servira à noter ses impressions, les critiques personnelles et des pensées

alternatives à cette critique. Un aide-mémoire (voir la section *Restructuration des pensées avec compassion* à l'Appendice L) rappelle les éléments à considérer pour cet exercice de restructuration cognitive avec compassion.

Thème 7 : Compassion dans l'action (séance 12). Le travail thérapeutique suggéré à la séance 12 vise à développer la compassion pour soi dans l'action. On cherche à mobiliser le participant vers des comportements qui répondent à une intention bienveillante envers soi et une action qui tient compte de sa réalité (ses forces, ses limites, les facteurs contextuels). Dans un premier temps, le thérapeute fait un rappel de la théorie à propos des qualités de force et de sagesse de la figure de compassion et il aide le participant à restructurer ses pensées ainsi qu'à valider ses compétences et ses succès. Puis, ils ciblent des actions, par rapport à une situation rapportée en séance, qui favoriseraient la mise en pratique d'un geste positif envers soi et un pas vers une résolution, le tout pouvant nécessiter du courage ou un dépassement de soi. Enfin, le participant s'engage à l'essayer dans son quotidien. Il est aussi encouragé à poursuivre ce qui a déjà été appris et mis en pratique dans les séances antérieures.

Thème 8 : Approfondissement des thèmes et exercices et consolidation des acquis. (Séances 13, 14 et 15). Les objectifs poursuivis lors des séances 13 à 15 sont d'approfondir les thèmes et les exercices vus précédemment, de même que de permettre l'exploration, l'expression et le soulagement de vécus souffrants soulevés en thérapie. On vise également la poursuite des apprentissages pour consolider les acquis et bonifier

le changement et à préparer la fin des rencontres. Le contenu précis des séances 13 et 14 est laissé à la discrétion et au jugement du thérapeute qui considère les besoins et le vécu du participant ainsi que son évolution sur les thèmes et exercices présentés. Toutefois, il est à noter que les divers obstacles rencontrés dans la pratique des exercices ou dans le développement de la compassion pour soi sont aussi abordés afin d'effectuer les ajustements nécessaires en cours de traitement. Notons que les thèmes et exercices suivants sont tout de même suggérés lors de ces séances et entre celles-ci pour un approfondissement : visualiser la figure compatissante en moment de difficulté afin de poursuivre le travail sur les situations d'origine de la honte, mettre en pratique des actions de compassion ou générer des pensées alternatives avec compassion. L'aide-mémoire (Appendice L) est remis au participant. La dernière séance permet essentiellement de préparer la fin des rencontres et d'aider le participant à faire un bilan. Toutefois, elle se distingue de l'entrevue d'évaluation après traitement, faite dans une rencontre ultérieure, et pendant laquelle ont été administrés l'entrevue semi-structurée et les questionnaires de la recherche. Les informations relatives à la méthode sont présentées dans les sections suivantes.

Recrutement

Afin d'identifier des personnes souffrant de honte ou de culpabilité chronique, la responsable de la recherche a contacté le Centre Universitaire de Services Psychologiques de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CUSP). Le recrutement s'est effectué à partir de la liste de rappel, c'est-à-dire la liste des personnes qui avaient

pris part à un processus thérapeutique au cours de la dernière année et qui souhaitent poursuivre leur démarche. À partir d'informations contenues dans les rapports de fermeture de dossier (motifs de consultation, recommandations, résumé de suivi), le responsable du CUSP a identifié une personne susceptible de répondre aux critères de sélection : adulte prédisposé à la honte et à la culpabilité chronique et manifestant des symptômes cliniques (p. ex., symptômes anxieux ou dépressifs). Certaines conditions constituent des critères d'exclusion. Il s'agit des troubles psychotiques, de la toxicomanie ou des problèmes judiciaires car ils pourraient influencer la capacité et la volonté de s'impliquer dans un processus de changement.

Dans un deuxième temps, considérant la difficulté à recruter des participants, un message électronique décrivant la recherche a été envoyé à des étudiants d'un cours de psychologie. Quatre autres personnes ont répondu à l'invitation. Lors d'une entrevue téléphonique de présélection, ces participants potentiels ont été interrogés sur leur intérêt à participer à la recherche, sur leur problématique et sur les démarches thérapeutiques entreprises. Cette entrevue servait également à s'assurer de la pertinence du programme pour eux. Deux de ces quatre personnes étaient ambivalentes devant un engagement de 12 à 15 semaines, tandis qu'une troisième prévoyait débiter une démarche thérapeutique. Elles n'ont donc pas été retenues pour la recherche. La quatrième personne a accepté de participer.

Deux personnes, un homme et une femme, ont donc accepté de s'engager dans le programme et de participer à l'étude. Les deux personnes éligibles ont pris connaissance du document intitulé « Présentation de la recherche » (voir Appendice M) lors d'une rencontre individuelle subséquente pendant laquelle elles ont complété et signé le formulaire de consentement (voir Appendice N) à participer à la recherche. La responsable de la recherche a administré ensuite cinq questionnaires et une entrevue semi-structurée lors de cette même rencontre afin de s'assurer que ces personnes manifestaient la présence des symptômes recherchés. Le déroulement de l'étude avait été préalablement approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-10-158-06.23).

Participants

Madame X a été informée de la recherche par une amie qui avait pris connaissance du message électronique. Cette participante était une femme âgée de 20 ans sans enfant et en relation de couple depuis un peu plus de deux ans. Elle était en première année universitaire au moment de l'étude dans un domaine relié aux sciences humaines. Elle occupait un emploi étudiant à temps partiel et habitait en colocation.

Cette personne ne présentait pas d'indices suggérant la présence de compassion pour soi. Elle se décrivait comme une personne qui avait tendance à donner plus de valeur à autrui qu'à elle-même et ses propos suggéraient des exigences élevées envers soi. Par exemple, elle semblait porter la responsabilité du bien-être d'autrui, voire de son

parent, depuis son enfance et avoir de la difficulté à accepter ses erreurs. Elle remarquait penser peu à elle-même et elle considérait qu'elle bénéficierait de le faire davantage. Ainsi, elle avait tendance, dans ses relations, à rechercher ou à avoir besoin de l'approbation d'autrui et elle trouvait difficile de faire des activités de façon indépendante sans son copain. Des signes de culpabilité et de honte pouvaient s'observer. Par exemple, lors de l'entrevue, elle rapportait, de façon spontanée, ressentir fréquemment et intensément des sentiments de culpabilité, avait tendance à se critiquer et à se juger, ainsi qu'à baisser la tête et à éviter le contact visuel à quelques occasions. Celle-ci espérait apprendre à mieux se connaître et à développer plus d'assurance. De plus, elle exprimait le souhait que le traitement l'aide à améliorer son rapport à la culpabilité et lui permette de changer pour que sa présence soit plus agréable pour autrui. Elle voulait moins s'excuser et apprendre à faire la part des choses ainsi qu'apprendre à s'affirmer davantage afin que les autres se sentent mieux avec elle. Ce dernier point met en évidence une préoccupation à propos du regard et de l'appréciation des autres sur soi ainsi qu'une difficulté à accepter ses défauts ou difficultés, d'autres indices de honte. Les réponses de la participante au questionnaire d'informations générales, administré à l'entrevue prétraitement, indiquaient qu'elle qualifiait ses relations de distantes à fragiles avec son copain, ses collègues et son entourage et de très bonnes avec ses amis et sa famille. Toutefois, l'élaboration à propos de ses relations, lors de la première séance de traitement, a révélé des difficultés relationnelles avec une de ses sœurs et une tendance à idéaliser sa relation avec sa mère dont la présence et le soutien semblaient lui avoir manqué.

Madame X se montrait très motivée à participer à la recherche. Elle avait débuté à deux reprises : une thérapie l'année précédente et deux ans auparavant. Elle avait également consulté dans l'enfance pour des symptômes d'anxiété (comportements de type obsessionnel-compulsif et de nombreuses peurs) qui s'étaient, pour la plupart, résorbés. Ses propos soulignaient des indices de symptômes anxieux au moment d'entreprendre le traitement. C'était le cas par exemple de difficultés de sommeil et de la présence de sueurs nocturnes. Elle présentait des préoccupations et une peur de la mort qui apparaissaient de façon récurrente durant ses journées. Les thèmes de mort et de solitude suscitaient en elle beaucoup de tristesse lorsqu'elle y était confrontée, particulièrement au moment de dormir, surtout depuis le décès d'une personne significative. De plus, même si des préoccupations importantes dans le passé pour sa réussite scolaire et pour répondre aux exigences parentales s'étaient apparemment atténuées, elles demeuraient actuelles pour la participante.

Le deuxième participant, Monsieur Y, provenait de la liste de rappel du CUSP. C'était un homme de 29 ans, marié et père de deux filles de moins cinq ans. Il avait complété une scolarité de 1^{er} cycle universitaire et exerçait un emploi salarié dans le domaine de l'ingénierie. Il avait des exigences et des standards élevés qui l'avaient amené à consulter antérieurement. Par exemple, au moment où lui et son épouse choisissaient d'envoyer une de leur fille à la garderie, il faisait l'expérience de sentiments de culpabilité et d'un inconfort important et ce, en raison d'un écart entre ses choix et ses convictions concernant le soin et l'éducation des enfants. Ses actions ne lui

apparaissaient plus être à la hauteur de ce qu'il associait au rôle de père, soit de mettre en place les conditions les plus favorables au développement de ses enfants et leur éviter des souffrances. Il arrivait aussi qu'il se sente coupable d'être moins investi et intéressé par son travail. Sa souffrance s'accompagnait aussi de symptômes anxieux et dépressifs qui se sont résorbés après la thérapie au CUSP. Même s'il se sentait mieux par rapport à ces situations, Monsieur Y était très motivé à participer à la recherche et prêt à s'impliquer. Il souhaitait prévenir la détresse qui serait associée à une situation semblable dans le futur. Dans ce but, il espérait apprendre à mieux gérer ses émotions, qu'il avait d'ailleurs de la difficulté à identifier. Il considérait aussi que le programme de traitement pourrait lui être favorable parce qu'il s'estimait très tourné vers les autres et qu'il pourrait bénéficier d'apprendre à se respecter davantage dans son quotidien. Dans ses relations interpersonnelles, Monsieur Y mentionnait que la qualité de la majorité de ses relations était bonne ou très bonne. Il décrivait comme proches ses relations avec ses parents qu'il percevait comme des figures significatives et positives sur qui il pouvait compter. Étant donné ses exigences encore très élevées envers lui-même en ce qui concerne divers rôles (père, époux, travailleur) de même que sa difficulté à imaginer se pardonner de ne pas répondre à certaines de ses exigences, Monsieur Y est apparu comme un candidat vulnérable aux complications sur le plan de la culpabilité (chronicisation, ruminations) s'il était confronté à nouveau à un contexte similaire.

Mais auparavant, une personne qui avait eu connaissance de la recherche lors de la phase de préparation à l'expérimentation s'était portée volontaire à la mise en pratique

de certains exercices de compassion pour soi. Son implication a permis d'adapter, d'ajuster, de clarifier et d'ordonner les exercices selon un déroulement et une utilisation précise pour le programme de traitement. Les exercices et interventions ont été expérimentés ici en fonction de leur pertinence à contribuer au développement d'habiletés de compassion. Le travail a porté surtout sur les exercices favorisant l'élaboration d'une figure de compassion pour soi, de la visualisation de celle-ci et d'un exercice d'écriture avec compassion. Pour des raisons d'ordre éthique et tel qu'il avait été préalablement convenu avec cette personne, sa participation ne s'est pas inscrite dans une démarche de psychothérapie et ne fait donc pas l'objet d'une étude clinique. À la lumière des éléments exprimés par la volontaire pendant la pratique d'exercices, une démarche thérapeutique lui a été suggérée à la fin de sa participation et une liste de ressources lui a été offerte à cet effet.

Instruments de mesure

Les participants complètent d'abord un questionnaire d'informations générales (voir Appendice O) afin de recueillir les données descriptives usuelles ainsi que des informations concernant la qualité de leurs relations interpersonnelles. Par la suite, la thérapeute et responsable de la recherche a administré aux deux participants cinq autres questionnaires évaluant les variables étudiées de même que l'entrevue semi-structurée. Le tout a été réalisé une à deux semaines avant l'application du PTCCS et une à deux semaines après la fin du programme, lors d'une rencontre d'évaluation.

L'Échelle de compassion pour soi de Neff (2003a), traduite en français par Léveillé et Lapierre (2008), a servi à mesurer le degré de compassion pour soi du participant (voir Appendice P). La version anglaise a de bonnes validités de construit et discriminante et une bonne fidélité test-retest. En effet, l'alpha de Cronbach est de 0,91. L'échelle est formée de six sous-échelles : « bonté et bienveillance pour soi », « jugement de soi », « humanité partagée », « isolement », « acceptation pleinement consciente » et « sur-identification » (identification excessive) ». Elle comporte 26 items auxquels le participant répond sur une échelle de type Likert allant de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours). Le score global est calculé à partir des 6 sous-échelles. Les scores des items à trois de ces sous-échelles (jugement de soi, isolement et sur-identification) ont été inversés pour le calcul du score global. La version française du questionnaire n'a pas été validée auprès d'un échantillon. Un score élevé indique un niveau de compassion pour soi élevé.

La version abrégée du *Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)*, traduite en français par la chercheuse sous le titre Test des affects moraux, comporte six sous-échelles dont deux mesurent les prédispositions à la honte (« shame-based ») et à la culpabilité saine (« guilt-based ») (Tangney et al., 2000) (voir Appendice Q). Les autres sous-échelles mesurent « l'externalisation », le « détachement », la « fierté personnelle (dite alpha) » et la « fierté instrumentale (dite beta) ». Ces termes renvoient respectivement : à la tendance à attribuer la cause d'un fait à un élément extérieur à soi, à la capacité à prendre du recul sur une situation, à la valeur positive accordée à soi et à

la valeur positive accordée à que la personne accomplit. Ce test est constitué de 16 scénarios, dont 11 sont formulés de façon négative et 5 de façon positive, pour lesquels différentes réactions sont proposées. Pour chacune des réactions possibles, le participant indique jusqu'à quel point, entre 1 (peu probable) et 5 (très probable), il réagirait de la façon suggérée. Le coefficient de cohérence interne de la version originale en anglais pour la sous-échelle de la prédisposition à la honte est 0,94 et celui de la culpabilité est de 0,93. Le questionnaire a été traduit par l'auteure et un traducteur mais sa version française n'a pas encore été validée.

Deux autres questionnaires ont été administrés afin de mesurer la présence et l'intensité de symptômes cliniques souvent associés à la honte et à la culpabilité. Il s'agit de la dépression, mesurée par l'Inventaire de dépression de Beck-Deuxième Édition (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996, 1998) et de l'anxiété, mesurée par l'Inventaire d'anxiété de Beck (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988, traduction française de Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Rhéaume, 1994). Le questionnaire de dépression comporte 21 items. Chaque item comporte un groupe d'énoncés parmi lesquels le répondant choisit celui qui correspond le plus à son état et à la sévérité de ses symptômes. Les scores varient entre 0 et 3 pour chaque énoncé. Le score total permet de déterminer le degré de sévérité de l'état dépressif chez cette personne selon une échelle de quatre niveaux allant d'un niveau minimal de dépression à une dépression sévère. Un coefficient alpha moyen de 0,91 a été rapporté pour la deuxième édition de la version anglaise (BDI-II). Bien que la deuxième édition du BDI n'ait pas été validée en français,

la première édition, validée auprès de 498 étudiants universitaires francophones possédait un coefficient de cohérence interne de 0,92 pour la version standard de 21 items (Bourque & Beaudette, 1982).

L'Inventaire d'anxiété de Beck (BAI) est composé de 21 items qui représentent des symptômes anxieux d'ordre cognitif, affectif et somatique. Pour chacun d'eux, la personne évaluée indique, sur une échelle de type Likert allant de 0 (pas du tout) à 3 (fortement), à quelle intensité ou fréquence les symptômes sont présents dans son quotidien. Le niveau d'anxiété d'une personne est déterminé par un score total qui correspond à l'un des quatre niveaux d'anxiété suivants : niveau minimal d'anxiété, anxiété légère, modérée et sévère. La version française du BAI a été validée auprès de 474 adultes. Elle est recommandée en recherche en raison de ses très bonnes propriétés psychométriques, soit un coefficient de cohérence interne de 0,93 (Freeston et al., 1994).

Finalement, le questionnaire *Coping Attitudes Scale* de DeJong et Overholser (2007), traduit en français par la responsable de la recherche (voir Appendice R) est composé de 23 items qui servent à évaluer l'intensité et la présence d'attitudes positives de coping et l'évolution des attitudes adaptatives. La personne doit indiquer jusqu'à quel point elle utilise l'attitude présentée sur une échelle de type Likert à 5 niveaux allant de 0 (pas du tout) à 4 (beaucoup). Le coefficient alpha pour le score global de la version anglaise est de 0,96 et il varie entre 0,75 et 0,90 pour les sous-échelles. Toutefois, dans

un but d'uniformiser les résultats et d'en faciliter la lecture, les scores à cette échelle ont été recodés sur une échelle allant de 1 (pas du tout) à 5 (beaucoup).

L'entrevue semi-structurée, conçue par la chercheuse, a permis d'obtenir des données qualitatives sur la nature et l'intensité des sentiments de culpabilité sous leur forme chronique (voir Appendice S). Elle est composée de 11 questions ouvertes. Les quatre premières questions documentent les indices de culpabilité sous sa forme chronique : la persistance des sentiments de culpabilité, la présence et la nature de regrets et de ruminations, les actions posées pour une résolution/réparation, l'ampleur de la responsabilité perçue par le participant. Les autres questions servent à dresser un portrait de la personne et de sa situation, de sa perception d'elle-même et de ses attentes, tandis que trois questions sont uniques au post-test et permettent de recueillir des informations utiles au bilan. Ce canevas d'entrevue n'a pas été validé et il a été élaboré par l'auteure de la présente recherche.

Résultats

Description des analyses

La présentation des résultats a été divisée en deux parties. Dans un premier temps, les scores relevés aux différents questionnaires, avant et après l'application du programme, ont été comparés afin de vérifier s'il y a une augmentation du niveau de compassion pour soi chez le participant ainsi qu'une diminution des niveaux de prédisposition à la honte et de culpabilité chronique. Cette comparaison a servi également à évaluer le développement des habiletés de coping et la progression des symptômes (anxiété et dépression).

Sur le plan qualitatif, les observations et l'information obtenue lors de la démarche ont permis d'effectuer une analyse de l'évolution du participant. Cette analyse a tenu compte des dimensions affective, cognitive, sociale, comportementale et motivationnelle. Le travail thérapeutique sur la dimension de la responsabilité du participant à l'égard des situations suscitant de la honte ou de la culpabilité a également été abordé dans cette section. Plus précisément, il a été question de la reconnaissance et de la clarification objective de la responsabilité de la personne, de la mise en action de moyens de réparation ou de résolution adaptée ou efficace, de la reconnaissance et de l'acceptation de ses limites et des aspects incontrôlables de certaines situations. L'analyse a aussi consisté à identifier les réactions de défense à la honte utilisées en début et en fin de thérapie, ainsi que la manifestation de changements à ce sujet.

Enfin, l'analyse du cheminement du participant, de ses caractéristiques personnelles et des éléments contextuels, de même que la cueillette de ses impressions et de son expérience du PTCCS serviront à découvrir les forces et faiblesses de la démarche ainsi qu'à comprendre de quelle manière la compassion pour soi peut être aidante face à la prédisposition à la honte et à la culpabilité chronique.

Évolution de Madame X

Analyse quantitative

Les résultats aux questionnaires font état de changements sur l'ensemble des variables (voir Tableau 2). Tel que prévu, le niveau de compassion pour soi a augmenté chez Madame X à l'issue du traitement. Plus précisément, on observe une amélioration pour les composantes : acceptation pleinement consciente (+1,5), bienveillance envers soi (+1,0) et de manière moindre, la composante « sentiment d'humanité partagée » (+0,5). Il est à noter que le score à « sentiment d'isolement » a diminué (-1,25) ainsi qu'à « jugement envers soi » (-1,1). En ce qui concerne la « sur-identification », soit la tendance à prendre les choses personnelles, elle n'a pratiquement pas changé.

Tableau 2

*Comparaison des moyennes aux questionnaires au prétest
et au post-test pour Madame X*

Variables et dimensions	Moyennes et écarts		
	Prétest	Post-test	Différence
Compassion pour soi/5	2,77	3,63	+ 0,86
Bienveillance envers soi/5	3,20	4,20	+ 1,00
Jugement de soi/5	4,20	3,10	- 1,10
Humanité partagée/5	4,00	4,50	+ 0,50
Isolement/5	3,50	2,25	- 1,25
Acceptation consciente/5	3,00	4,50	+ 1,50
Sur-identification/5	3,75	4,00	+ 0,25
Affects moraux (TOSCA-3)			
Honte/5	3,66	3,12	- 0,54
Culpabilité/5	5,00	4,56	- 0,44
Externalisation/5	2,00	2,50	+ 0,50
Détachement/5	2,50	3,36	+ 0,86
Fierté alpha /5	3,80	4,80	+ 1,00
Fierté beta/5	3,60	4,60	+ 1,00

Tableau 2

*Comparaison des moyennes aux questionnaires au prétest
et au post-test pour Madame X (suite)*

Variables et dimensions	Moyennes et écarts		
	Prétest	Post-test	Différence
Attitudes de coping	4,00	4,36	+ 0,30
Perspective de vie/5	4,00	4,40	+ 0,40
Accomplissement personnel/5	4,00	4,66	+ 0,66
Vision positive du futur/5	4,25	4,75	+ 0,50
Valeur personnelle/5	4,25	5,00	+ 0,75
Coping avec les difficultés/5	3,83	3,5	- 0,33
Dépression (au BDI-II) /63	32	12	De sévère à minimal
Anxiété (au BAI) /63	29	14	De sévère à léger

Ces données convergent avec les informations rapportées par Madame X à l'entrevue semi-structurée en fin de traitement. Ainsi, elle constate avoir développé l'habileté à se pardonner, à s'encourager et à se rassurer elle-même (dimension bienveillance envers soi). De même, sa perception et ses attentes à propos de ses relations interpersonnelles changent alors que les erreurs et impairs lui apparaissent plus acceptables et plus normaux. Son discours en fin de traitement révèle plus d'acceptation de ses "failles" et difficultés. En effet, c'est avec une certaine assurance ou conviction que Madame X dit qu'elle n'a pas besoin d'être parfaite. Cela est un changement par rapport à la première entrevue où les propos de la personne démontraient une exigence très grande envers elle-même, une tendance à ruminer ses erreurs, à entretenir des regrets, et à donner davantage de crédit à autrui. Elle dit s'affirmer davantage et de façon plus directe et assouplir ses exigences envers elle-même, sans que cela l'amène à remettre sa propre personne en question tel qu'il le lui arrivait de le faire avant. Cela rejoint les dimensions d'humanité partagée et d'acceptation pleinement consciente puisqu'il y a ici une reconnaissance du caractère universel de l'imperfection de soi et des relations ainsi qu'une acceptation de la réalité. Les réponses aux questionnaires indiquent aussi une diminution du dénigrement personnel (jugement de soi) et du sentiment d'isolement, ce qui corrobore les propos de la participante et les observations du thérapeute.

Les résultats au TOSCA-3 suggèrent une diminution chez Madame X de la propension à la honte (-0,54) après sa participation à la démarche. L'augmentation des

scores (+1,00) aux sous-échelles de fierté (alpha et beta) indique d'une part, qu'elle est capable d'une meilleure et plus grande reconnaissance de ses succès et bons coups et ce, assez régulièrement. D'autre part, elle manifeste après le traitement un fort sentiment de fierté et d'empathie pour elle-même. La sous-échelle « culpabilité » du TOSCA-3 est un bon indicateur de la présence d'une prédisposition à la culpabilité dans sa forme saine. Au prétest, la participante a un score maximal à cette sous-échelle. Malgré une faible diminution au post-test (-0,44), la tendance à la culpabilité saine demeure élevée (4,56 sur une possibilité de 5). Même si le traitement semble lui avoir été profitable jusqu'à maintenant, cela suggère que la participante reste attentive à ne pas blesser les autres et qu'elle sait tirer profit des sentiments de culpabilité et de leur fonction. Ainsi, la personne aurait donc une forte tendance à prendre conscience et à reconnaître ses fautes d'une façon qui l'oriente vers un désir de réparation et ce, dans un souci pour la relation à autrui et par une certaine empathie. Une hausse des scores est observée aux dimensions « détachement » (+0,86) et « externalisation » (+0,50). Il s'est avéré que Madame X mettait de plus en plus en contexte les situations et qu'elle arrive davantage à reconnaître qu'une part de responsabilité pouvait appartenir à autrui et non seulement à elle. De plus, cette dernière a commencé à avoir davantage accès à sa colère au cours de la démarche. Ces deux derniers points pourraient expliquer qu'elle ait pu se sentir plus détachée, bien que sensible, devant les difficultés et la souffrance d'autres personnes et qu'elle ait plus tendance à utiliser l'externalisation qu'au début.

Le questionnaire mesurant les attitudes de coping fait état d'une légère amélioration (+0,3) au score global et d'une amélioration aux sous-échelles « valeur personnelle » (+0,75), « accomplissement » (+0,66) et « vision positive du futur » (+0,5). Par ailleurs, même s'il y a une très faible diminution à la sous-échelle « coping avec les difficultés » (-0,33), cela s'explique par un score très faible à un item (« Je peux faire face à n'importe quel problème auquel je suis confronté. ») alors que les scores des autres items composant cette dimension sont plus hauts après le traitement.

Sur le plan de la symptomatologie, les scores indiquent une diminution de la fréquence et de l'intensité des symptômes dépressifs et anxieux. Plus précisément les réponses de la participante au BDI-II montrent une diminution marquée des symptômes dépressifs qui passent du niveau sévère au prétest à un niveau minimal de dépression. Spécifiquement, Madame X exprime une diminution marquée pour les symptômes suivants : sentiments de culpabilité, sentiments négatifs envers elle-même et attitude critique envers elle-même, pleurs, indécision. Cette observation converge avec les informations recueillies lors de l'entrevue semi-structurée post-traitement où la participante remarque une diminution des comportements d'excuses et une diminution des pleurs. Au BAI, l'intensité et la fréquence des symptômes d'anxiété passent du niveau sévère à un niveau léger. Les scores aux items du questionnaire se rapportant aux symptômes normalement attribuables à une crise panique (p. ex., « peur que le pire ne survienne », « peur de mourir, tremblements » et « jambes molles ») ont diminué de façon importante même si le traitement ne ciblait pas spécifiquement ces symptômes.

Pourtant, à l'entrevue semi-structurée au post-test, le sujet dit ressentir une forte anxiété accompagnée de symptômes panique (tels que mal de ventre, respiration bloquée et douleurs, bouffées de chaleur) en relation avec ses études et sa réussite scolaire (p. ex., tâches à faire ou non faites et évaluation du travail accompli). Elle attribue la forte présence de ces symptômes aux stressors ponctuels, soit la fin d'année scolaire et la préparation d'un projet important (voyage), qui accaparent ses pensées. Lorsqu'elle en parle durant l'entrevue semi-structurée, elle note toutefois que l'intensité des symptômes (stress ressenti) est moins importante que ce qu'elle éprouve habituellement.

Analyse qualitative

En plus des changements mentionnés précédemment, l'entrevue bilan (séance 15) et l'entrevue semi-structurée (voir Appendice S), ont permis de constater qu'après le traitement, Madame X fait des projets pour elle-même et elle se fait plus confiance. Aussi, elle s'endort plus facilement et ses propos ont laissé voir qu'elle était moins préoccupée par la solitude et la mort. D'ailleurs, elle rapportait avoir moins souvent ressenti de la tristesse en lien avec ces thèmes.

Elle s'affirmait davantage avec ses pairs et son copain, elle donnait plus son opinion et elle craignait moins les conséquences lorsqu'elle osait exprimer des refus. Aussi, elle semblait plus tolérante à l'égard de l'inconfort et des tensions engendrées par les malentendus dans ses relations et plus encline à exprimer un désaccord s'il y a lieu. De plus, elle avait pu échanger avec sa mère à propos de leur relation ainsi qu'au sujet des

attentes et de la perception de sa mère à son endroit. À cet égard, il est à noter que Madame X rapportait des faits et pensées indiquant une diminution de ses exigences envers elle-même. Son entourage lui faisait remarquer qu'elle s'excusait moins, ce qu'elle constatait également. En ce qui concerne sa relation avec sa sœur, la participante est plus détachée mais, aux dires de Madame X, la relation demeure conflictuelle car le mode d'interaction n'a pas été modifié à la lumière du travail de clarification de la responsabilité de chacune dans la relation. Cette observation émerge à la fin du traitement et la participante est consciente qu'elle devra mettre ses acquis en pratique dans le futur.

La culpabilité chronique a été évaluée avec les quatre premières questions de l'entrevue semi-structurée. À l'entrevue prétest, Madame X identifiait des faits qui semblaient être des manifestations d'indices de culpabilité chronique, tels que les ruminations et les regrets, ainsi que la difficulté à reconnaître les limites de sa responsabilité. En parlant des sentiments de culpabilité (sous leur forme négative) vécus à travers ses relations interpersonnelles, Madame X exprimait demeurer préoccupée par ce qui suscitait en elle ces sentiments. Tant qu'elle ne pouvait résoudre l'impasse ou parler à la personne concernée, l'inconfort subsistait et prenait un caractère envahissant. Au prétest, le sujet indiquait ressentir quasi-constamment, avec une forte intensité et pour une majorité de situations, de l'inconfort lié aux sentiments de culpabilité. Elle considérait ceux-ci comme nuisibles à son fonctionnement, surtout dans le domaine de ses relations interpersonnelles.

Par ailleurs au post-test, elle qualifie de tolérable l'inconfort que suscite en elle cette culpabilité, alors qu'auparavant elle lui était intolérable. La fréquence varie de une à deux fois par jour au prétest à deux à trois fois par semaine au post-test. Cet état se distingue fortement de l'omniprésence du sentiment de culpabilité avant la démarche. À l'entrevue bilan (séance 15), la participante confirme également qu'elle se sent moins coupable lorsqu'elle ne pense pas à prendre soin de personnes significatives de son entourage alors qu'auparavant il s'agissait d'une pensée récurrente prenant la forme de ruminations qui la faisaient souffrir.

Les réponses à l'entrevue semi-structurée suggèrent aussi des changements significatifs concernant son regard sur elle-même et sa perception des autres à son égard. Ces éléments peuvent correspondre à une diminution de la présence et de l'intensité de la honte interne et de la honte externe. On se rappelle que la première correspond à une honte de soi lorsque la personne porte un regard sur elle-même tandis que la deuxième fait plutôt référence à une honte de soi devant le regard, réel ou imaginé, d'autrui. Ses réponses à la première entrevue montrent une perception de soi et des autres à son égard comme étant essentiellement négatives. Elles mettent en évidence des aspects insatisfaisants du soi et suggèrent l'établissement d'un jugement sévère sur soi par son interprétation négative du regard d'autrui. Avant le traitement, on note de la honte externe alors que la participante se perçoit dérangeante et désagréable pour autrui en raison de sa difficulté à s'affirmer, de ses demandes d'excuses fréquentes et de son besoin d'approbation. Quant à la honte interne, on peut davantage l'observer dans

l'incompréhension qu'elle a pour elle-même, dans le fait qu'elle se sente souvent mal et qu'elle se critique à ce sujet, de même qu'à propos du fait qu'elle s'inquiète et ressent de forts sentiments de culpabilité. Ce sont là différents indices qualitatifs de la présence d'une forte honte étant donné la valence négative et le caractère peu nuancé des propos envers elle-même. Or, au post-test, on constate plutôt une capacité à nommer ses qualités de façon libre et confortable comme par exemples son ouverture d'esprit et sa grande sensibilité. La personne arrive même à imaginer que d'autres perçoivent ses qualités, ce qui n'était pas au premier plan avant le traitement.

Malgré les bénéfices du traitement, les données de l'entrevue semi-structurée ont permis au thérapeute de constater que certains points mériteraient d'être approfondis lors d'un travail subséquent, par exemple, le développement d'alternatives de réparation. En effet, un événement est demeuré source de préoccupation et de culpabilité pour le sujet depuis plus de six mois avant le début du traitement. L'événement concerne l'oubli du retour d'un objet à son propriétaire en raison de contraintes extérieures (éloignement, perte de contact avec la personne concernée) et par la suite de la perte de l'objet, comportement faisant l'objet de la culpabilité. Cette situation suscite encore des sentiments de culpabilité chez la participante après le traitement et ce, malgré l'expression d'un détachement et d'une compréhension de la part de l'autre personne impliquée. Il est possible que la participante ait eu tendance, avant le traitement, à éviter de faire face à la situation en raison de la honte ressentie et que maintenant, avec la

compassion qu'elle a pour elle-même, elle puisse être plus prête à passer à l'action pour réparer son erreur ou à réévaluer sa responsabilité.

À la fin du traitement, la participante se préoccupait de l'utilité de son apport à l'étude doctorale du thérapeute malgré sa satisfaction à l'égard de ses progrès, d'où l'importance, dans le cadre d'une étude empirique subséquente, de passer un questionnaire de désirabilité sociale.

Évolution de Monsieur Y

Analyse quantitative

Les résultats de Monsieur Y aux questionnaires démontrent des changements allant dans le sens d'une amélioration sur l'ensemble des variables mesurées (voir Tableau 3). L'augmentation de la moyenne à l'échelle de compassion pour soi (+ 1,15) va dans le sens prévu. D'autres améliorations sont observées chez Monsieur Y à chacune des dimensions de cette échelle. C'est le cas d'une hausse de la moyenne à la « bienveillance envers soi » (+ 1,60) et à « humanité partagée » (+ 1,50). Il était d'ailleurs observé qu'en fin de traitement le participant se pardonnait plus facilement ses difficultés et erreurs, particulièrement dans le contexte de ses responsabilités parentales, un domaine très important à ses yeux et qui le préoccupait beaucoup. Aussi, le score moyen à la dimension « acceptation pleinement consciente » a augmenté (+ 0,75) même s'il était déjà très élevé au prétest. Par ailleurs, les moyennes ont diminué à la « sur-identification » (- 2,00) et au « jugement de soi » (- 0,80) atteignant ainsi le score

minimal possible au post-test. Ainsi, Monsieur Y prenait les choses de façon moins personnelle. Ses propos et les faits qu'il rapporte en fin de traitement suggèrent qu'il serait plus en mesure d'envisager un futur où il pourrait tolérer ses « fautes », même en ce qui concerne le soin et le développement de ses enfants. Cela laisse supposer qu'il serait alors moins enclin à développer de la culpabilité chronique dans le futur qu'il ne pouvait l'être dans le passé. Ainsi, les résultats montrent que le traitement a favorisé le développement d'attitudes de compassion pour soi chez Monsieur Y. Au terme de la démarche, Monsieur Y considérait qu'il était ouvert à comprendre ce qu'il vivait et qu'il se traitait de plus en plus avec bienveillance et douceur. Il avait alors très peu tendance à se juger, de même qu'à se sentir isolé. Il considérait son vécu comme faisant partie de la condition humaine, ce qui peut l'aider à se sentir relié aux autres même en moment de difficultés. Enfin, il n'a pas tendance à prendre les choses personnellement et il utilise des attitudes d'acceptation pleinement consciente dans son quotidien.

Tableau 3

*Comparaison des moyennes aux questionnaires au prétest
et au post-test pour Monsieur Y*

Variables et dimensions	Moyennes et écarts		
	Prétest	Post-test	Différence
Compassion pour soi/5	3,81	4,96	+ 1,15
Bienveillance envers soi/5	3,20	4,80	+ 1,60
Jugement de soi/5	1,80	1,00	- 0,80
Humanité partagée/5	3,50	5,00	+ 1,50
Isolement/5	1,25	1,00	- 0,25
Acceptation consciente/5	4,25	5,00	+ 0,75
Sur-identification/5	3,00	1,00	- 2,00
Affects moraux (TOSCA-3)			
Honte/5	2,00	1,63	- 0,38
Culpabilité/5	3,88	3,75	- 0,13
Externalisation/5	2,31	2,19	- 0,12
Détachement/5	3,36	3,63	+ 0,27
Fierté alpha /5	4,60	4,80	+ 0,20
Fierté beta/5	4,60	4,80	+ 0,20

Tableau 3

*Comparaison des moyennes aux questionnaires au prétest
et au post-test pour Monsieur Y (suite)*

Variables et dimensions	Moyennes et écarts		
	Prétest	Post-test	Différence
Attitudes de coping	4,60	4,86	+ 0,26
Perspective de vie/5	4,80	4,80	—
Accomplissement personnel/5	4,30	4,66	+ 0,36
Vision positive du futur/5	4,25	4,75	+ 0,50
Valeur personnelle/5	5,00	5,00	—
Coping avec les difficultés/5	4,66	5,00	+ 0,34
Dépression (au BDI-II) /63	6	0	Zones minimales
Anxiété (au BAI) /63	6-7	2-3	Zones minimales

Au TOSCA-3, les résultats laissent voir des changements qui sont minimes mais qui vont dans le sens prévu. Par exemple, une diminution de 0,38 s'observe à la prédisposition à la honte (« honte ») dont le résultat était déjà peu élevé (2 sur une possibilité de 5) lors du prétest. De même, les variables « fierté personnelle » et « fierté instrumentale » augmentent de 0.20 même si elles se situaient au prétest près du score maximal. Le score à la dimension « détachement » est légèrement plus élevé (+ 0,27) au post-test tandis que les scores aux variables prédisposition à la culpabilité saine (« culpabilité ») et « externalisation » sont pratiquement inchangés.

Au questionnaire sur les attitudes de coping, on observe une amélioration générale (+ 0,26) ainsi qu'à toutes les dimensions, sauf aux scores de « valeur personnelle » et « perspective de vie » qui demeurent inchangés. Au prétest, Monsieur Y avait une perception positive de sa capacité à faire face aux difficultés et de sa capacité à les gérer et cette perception se trouverait renforcée après le traitement. Certaines données qualitatives vont aussi dans le sens d'une amélioration sur le plan des attitudes. En effet, avant le traitement, il croyait ne pas pouvoir concilier ses propres intérêts et le bien-être de ses proches. En fin de traitement, il envisageait un futur où il peut investir des projets personnels (dimension « accomplissement personnel »). Les propos et actions de Monsieur Y démontrent qu'il considérait davantage ses besoins, préférences, volontés et choix tout en respectant ceux d'autrui. Également, il semblait faire plus confiance à la capacité d'autrui (p. ex., ses enfants, sa femme) à s'adapter et il semblait croire qu'il pouvait y avoir une issue positive lorsqu'il tient compte de ses aspirations dans ses

choix. Cela converge avec les résultats à la dimension vision positive du futur du questionnaire sur les attitudes de coping.

Sur le plan des symptômes, Monsieur Y obtenait des scores qui le plaçaient dans les zones minimales aux deux moments d'administration des questionnaires BDI-II et BAI, soit un état non dépressif et non anxieux. Les quelques items qui indiquaient la présence de symptômes au prétest ont des scores de zéro au post-test.

Analyse qualitative

L'analyse descriptive des données qualitatives montrait des améliorations chez Monsieur Y. Les observations faites en cours de traitement et lors du bilan semblaient indiquer un abaissement des exigences élevées envers soi et des signes d'une amélioration de sa capacité à s'accepter dans son imperfection à l'issue du traitement. Aussi, en plus de demeurer sensible et empathique à autrui comme le montraient les résultats au TOSCA-3, les données recueillies lors du bilan montraient que Monsieur Y respectait davantage ses choix personnels et qu'il était, par conséquent, moins dans l'oubli de soi. Mentionnons également que le participant avait commencé à donner de l'importance à d'autres besoins personnels auxquels il avait peu répondu jusque-là, alors qu'avant, il était surtout occupé à poser des actions dans un objectif de performance. Il était aussi plus disposé après le programme à tolérer l'anxiété et à vivre les sentiments difficiles. D'ailleurs, il est possible qu'une attention à d'autres besoins jusque-là ignorés par la personne ainsi que l'utilisation de la figure de compassion aient pu favoriser un

apaisement et un sentiment de sécurité permettant d'aborder les sentiments et états affectifs difficiles. Enfin, d'autres changements ont été constatés, tels que la diminution de ses préoccupations en relation avec la crainte de faire des erreurs et de nuire à autrui dans l'avenir, particulièrement en rapport avec son rôle parental, de même qu'une plus grande reconnaissance des limites de sa responsabilité. Ainsi, on peut dire que le programme de traitement a contribué à des changements chez Monsieur Y, qui sont cohérents avec des attitudes de compassion pour soi d'une part, tandis que d'autres vont dans le sens de la diminution d'indices s'apparentant à ceux que l'on retrouve dans la culpabilité chronique. C'est le cas par exemple de l'acceptation de ses erreurs et de la compréhension de soi qui rejoignent les dimensions d'humanité partagée et de la bienveillance envers soi, de même que la présence d'exigences plus réalistes et d'une diminution des inquiétudes qui limitent le développement de la culpabilité chronique.

Certains faits laissent penser que le PTCCS peut aider à soulager des sentiments de culpabilité et de honte pour une situation antérieure au traitement même si celle-ci n'a pas été évoquée ni travaillée en séance. Ainsi, Monsieur Y signalait en fin de traitement, lors de l'entrevue semi-structurée et lors du bilan, une diminution de sentiments de culpabilité pour une situation passée reliée à une relation interpersonnelle. Il se rappelait qu'avant le programme il ressentait des regrets à l'égard de cette situation, qu'il lui arrivait facilement de s'en souvenir et de s'inquiéter pour l'autre personne lorsque des éléments le lui rappelaient. Enfin, ses propos indiquaient des changements positifs concernant la situation. On a pu constater qu'il tenait compte de diverses perspectives

(contexte, histoire personnelle, responsabilité et limites de celle-ci) dans l'analyse de la situation et de sa responsabilité ainsi qu'un intérêt et une disponibilité à faire réparation, en même temps qu'une compréhension et un pardon à lui-même. Aussi, le participant qui n'avait pas osé parler de cette situation au prétest alors qu'il y avait pensé, en parle maintenant au post-test. Ce changement indique que les améliorations peuvent se généraliser à d'autres situations, même si celles-ci ne sont pas abordées au cours du traitement. La nature, la diversité et la cohérence des changements relevés ici ainsi que la constance des propos des participants concernant leur évolution, tant en cours de traitement qu'après celui-ci, ont tendance à limiter la possibilité que l'amélioration constatée soit associée à un comportement de désirabilité sociale quoique cela ne soit pas complètement exclu.

Discussion

La présente section compte trois parties principales. Elle aborde d'abord les forces et limites de la recherche et les recommandations pour les recherches subséquentes, pour ensuite décrire les éléments clés du programme et les améliorations à y apporter pour favoriser l'évolution des participants. Enfin, la dernière partie porte sur les retombées cliniques de ce traitement.

Forces

Cette recherche est novatrice puisqu'elle a permis d'élaborer un programme de traitement thérapeutique centré sur la compassion pour soi à partir des travaux sur la CFT et sur la CMT (Gilbert, 2009a, 2009b, 2010; Gilbert & Irons, 2004, 2005; Gilbert, Lee, & Welford, 2006, Lee, 2005) pour ensuite l'appliquer et en évaluer les effets sur la prédisposition à la honte et la culpabilité chronique. S'appuyant sur les études antérieures qui montrent des liens entre la compassion pour soi et le bien-être psychologique (Leary et al., 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007), il est apparu pertinent de créer un programme de traitement qui favorisait l'apparition d'attitudes et de comportements de bienveillance et de compassion envers soi pour améliorer le bien-être et la santé mentale des participants. L'ensemble de ces travaux sur la CFT et la CMT avaient été réalisés en anglais et présentaient la théorie et ses outils d'intervention mais sans proposer de déroulement systématique. Le but de l'essai était donc de traduire

et de structurer les rencontres en un programme de traitement de façon à établir un processus menant au développement de la compassion pour soi. De façon générale, les analyses descriptives des données quantitatives et qualitatives de cette étude pilote semblent indiquer qu'un programme de traitement centré sur le développement de la compassion pour soi pourrait être bénéfique aux personnes souffrant de honte et de culpabilité chronique et qu'il pourrait diminuer l'anxiété et la dépression et augmenter le coping. Les participants ont démontré du courage en se mobilisant pour affronter certaines situations et enjeux qui suscitaient auparavant honte et culpabilité; ils ont semblé s'accorder plus de valeur (vécu, besoins, choix) tout en étant moins préoccupés par les regrets.

Un des outils principaux de ce programme consiste en l'élaboration et la visualisation de la figure de compassion qui semble susciter réconfort et apaisement pour ensuite développer la confiance en soi et un sentiment de sécurité interne (Gilbert, 2010). Les résultats de la présente étude vont également dans le même sens qu'une étude récente où les chercheurs ont évalué un programme psychoéducatif de 12 séances sur la résilience à la honte offert dans le cadre d'interventions de groupe (Brown, Rondero Hernandez, & Villarreal, 2011). Ces auteurs constatent que les participants ayant pris part à leur programme ont amélioré leurs relations, leur capacité à se sentir reliés aux autres et à être empathiques, en plus de faire des choix allant davantage dans le sens de la santé et d'un mieux-être.

Limites

Bien que des améliorations aient été observées chez les participants à la suite du traitement, il apparaît important de faire des études empiriques sur l'effet du PTCCS auprès d'un échantillon plus grand de personnes qui souffrent de honte et de culpabilité chronique et de les répartir au hasard dans un groupe expérimental ou témoin, pour confirmer statistiquement les bénéfices de ce programme.

Des problèmes ont été rencontrés lors du recrutement, ce qui a rendu difficile la sélection de personnes répondant aux critères de prédisposition à la honte et à la culpabilité chronique. Le nombre extrêmement restreint de personnes qui ont été référées et qui ont accepté de participer à l'étude n'a pas permis d'avoir un échantillon représentatif des personnes souffrant de ces problématiques.

De plus, bien que l'étude pilote ait tenté de décrire l'évolution de la culpabilité chronique et qu'elle en ait décrit son évolution par le biais d'études cliniques, il manque encore en psychologie des instruments qui permettraient de l'évaluer de façon opérationnelle d'où la pertinence de développer et de valider un questionnaire en français sur la culpabilité chronique. Il serait également recommandé que la désirabilité sociale soit mesurée à l'aide d'un questionnaire puisque les personnes qui souffrent de honte et de culpabilité chronique peuvent avoir tendance à accorder beaucoup d'importance à l'opinion ou au bien-être des autres et ainsi manifester plus de satisfaction ou de progrès qu'elles ne le ressentent en réalité.

Recherches subséquentes

Dans le futur, les chercheurs intéressés à évaluer les effets du PTCCS pourraient intégrer d'autres questionnaires à leur étude, comme ceux évaluant la personnalité (symptômes, traits, trouble) ou les perceptions de soi. Cela permettrait d'obtenir des données sur des aspects qui pourraient constituer des variables médiatrices ou modératrices du lien entre la compassion pour soi et le bien-être psychologique. Pour recueillir des données complémentaires sur les réactions de défense à la honte (p. ex., perfectionnisme, retrait), les études futures pourraient développer et utiliser une grille d'identification de leur présence et leur utilisation chez l'individu. L'emploi du dessin, tel que le Dessin de la personne, pourrait être intégré ultérieurement dans l'évaluation du programme pour documenter des changements dans l'inconscient sur le concept de soi, particulièrement les éléments de fragilité du moi.

Toutefois, les chercheurs intéressés à répliquer cette recherche pourraient faire face à des difficultés de recrutement, tel qu'il a été le cas dans cette étude, puisqu'il a été difficile de trouver dans les notes évolutives et dans les rapports de fermeture des informations sur les sentiments de honte et de culpabilité des clients. En effet, ce sont des informations que les thérapeutes n'ont pas tendance à consigner en ces termes. Il serait préférable dans ce cas que les participants soient référés par des thérapeutes qui connaissent davantage la dynamique des personnes qui pourraient participer au programme. De même, il serait pertinent que les chercheurs rencontrent les participants de 3 à 6 mois après la fin du traitement afin de vérifier si les bénéfices se sont maintenus

ou non dans le temps et si les modes de fonctionnement antérieurs des individus (comportements, attitudes envers soi, pensées, perceptions) ont repris de la vigueur ou s'ils ont continué à diminuer. De même, il serait intéressant de comparer le PTCCS avec d'autres approches comme la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) qui fait partie des approches de troisième vague en psychologie et qui utilise aussi le concept d'acceptation pleinement consciente.

Éléments clés du programme et ses améliorations

Bien que la structure et le contenu proposé pour le PTCCS semblent avoir été pertinents pour provoquer les changements espérés chez les participants, certaines recommandations peuvent être faites à propos du plan de traitement et du programme appliqué ici. Ainsi la durée de certaines séances pourrait être limitée à 60 ou 75 minutes alors qu'actuellement elles sont toutes d'une durée de 90 minutes. Bien que le traitement montre qu'on peut s'attendre à des résultats intéressants en 12 à 15 séances, la sévérité et la complexité de la honte ou de la culpabilité chronique, de même que certaines problématiques associées (p. ex., trouble de la personnalité, traumatisme) pourraient justifier la poursuite d'un travail thérapeutique au-delà des 15 rencontres. Les participants ont exprimé une appréciation pour l'enseignement des fondements théoriques qu'ils auraient aimé pouvoir approfondir davantage durant le programme. La transmission de la théorie aux participants a probablement joué un rôle dans l'adhésion cognitive au traitement, la motivation au changement, de même que sur leur sentiment de contrôle, d'où l'importance de continuer d'intégrer ces connaissances au traitement.

Certains outils d'intervention se sont avérés particulièrement aidants. C'est le cas de la visualisation d'une figure de compassion, de la restructuration cognitive avec compassion et de l'écriture de compassion qui sont apparus comme des outils clés dans le traitement. D'une part, les exercices de la figure et de l'écriture de compassion peuvent expliquer les changements positifs observés dans l'adhésion, à la fois cognitive et affective, aux propos bienveillants d'un tiers envers soi. Cela suggère que ces exercices favoriseraient le développement d'une certaine cohérence entre l'expérience affective vécue dans une relation extérieure à soi telle que la relation thérapeutique et le vécu de compassion dans la relation à soi-même. Cette double expérience, donnant lieu à une cohérence entre des expériences relationnelles externe et interne, peut agir sur le changement en potentialisant les effets bénéfiques de l'alliance thérapeutique et en renforçant les effets du modeling en thérapie (p. ex., compréhension sans jugement). D'autre part, une intervention du thérapeute, non prévue au traitement, soit de proposer de faire la visualisation de la figure de compassion juste avant un exercice de restructuration, a permis de faire la constatation suivante : les participants ont semblé davantage disponibles à valider leurs expériences et émotions et à susciter des pensées, des moyens et un discours aidant et positif lors de l'exercice de restructuration subséquent. Cela leur venait plus aisément et il s'en suivait un changement dans leur rapport à eux-mêmes et à la situation concernée ainsi qu'une diminution de la critique de soi pendant et après l'exercice de visualisation. Cette observation valide la pertinence de l'ordre d'apparition proposé pour ces deux exercices et leur utilisation lors d'une même séance.

De même, le travail de restructuration cognitive a paru enrichir le langage intérieur utilisé par les participants lorsqu'il était précédé d'une visualisation. Ainsi, il serait opportun de conclure la séance par un deuxième exercice de visualisation de la figure de compassion afin d'aider à intégrer le travail cognitif fait en séance. Enfin, l'élaboration de la figure de compassion s'est trouvée facilitée lorsque, dans un premier temps, on invitait la personne à laisser émerger spontanément, à travers un exercice de respiration, les images et représentations évoquant pour elle la compassion et auxquelles elle apporterait des modifications par la suite. Ces images et représentations peuvent soulever les valeurs profondes d'un individu, ses symboles inconscients, ses croyances ou référents spirituels ou religieux, en plus d'évoquer des références significatives d'attachement pour la personne, ce qui a été le cas dans la présente étude. Elles méritent donc d'être approchées avec un très grand respect, de l'ouverture et du non-jugement. Le clinicien veillera à leur accorder de la valeur et à ne pas évoquer de représentations qui ne soient pas directement liées à ce qui a naturellement émergé pour le client. Quant à l'écriture de compassion, en plus d'être appréciée, elle mettait en évidence le discours interne des participants ce qui, par conséquent, facilitait l'enseignement et la supervision, durant la pratique, d'un discours et d'attitudes correspondant aux qualités de la compassion.

Les exercices de respiration pleinement consciente et de la pleine conscience de soi dans l'action sont appréciés par les participants, faciles d'utilisation et accessibles. Ils ont semblé bénéfiques à l'amélioration de la qualité de vie au quotidien. Les participants

disaient remarquer qu'un certain calme (moins de stress ou de préoccupation) s'instaurait dans leurs activités lorsqu'ils les mettaient en pratique; ils avaient l'impression de voir le temps passer et de le considérer avec plus de réalisme, ainsi que d'avoir davantage de contact avec leur environnement et de prendre plaisir à effectuer de petits gestes quotidiens.

En ce qui concerne l'apport du traitement dans les changements sur la prédisposition à la honte et sur la culpabilité chronique, une hypothèse, cohérente avec la théorie du système de régulation affective à la base de la CFT, permettrait de les expliquer. En s'efforçant de développer une relation positive à soi-même et de s'accorder de la valeur malgré ses imperfections et sa souffrance, la blessure infligée au soi (ce qui réfère à la honte) s'en trouve apaisée et permet une disponibilité de l'individu à voir plus clairement sa responsabilité et ses limites à l'égard d'une faute, d'une difficulté ou d'une blessure dans une relation (ce qui réfère à la culpabilité). N'étant plus sollicitée par un besoin de protection de soi, ni par une motivation à réparer le soi blessé (l'identité), la personne devient par ailleurs disponible à rechercher une résolution positive ou, le cas échéant, une réparation dans la relation. La culpabilité peut alors diminuer. De plus, par son effet sur les sentiments de sécurité, d'apaisement et d'attachement, tel que postulé par les auteurs de la CFT, le développement de la compassion pourrait avoir accéléré la prise de contact avec ce qui est difficile et avoir donné le courage d'y faire face par l'imagination et l'action, en même temps que de rendre plus tolérable la souffrance qui y est associée.

La théorie sur les trois principaux systèmes de régulation affective et l'analyse des motivations et comportements de la personne à l'intérieur de ces trois systèmes, en plus d'être présentées en début de traitement (aux séances 1, 2 et 8), mériteraient d'être rappelées à d'autres occasions dans le traitement, particulièrement lorsqu'il porte sur un travail de résolution en raison de son apport dans la compréhension de soi et dans le changement. Les réponses au questionnaire (voir Appendice F) servant à identifier les fonctions de la critique de soi (séance 6) pourraient servir à d'autres séances subséquentes, soit dans le travail sur la critique de soi ainsi que sur la restructuration et l'autocorrection avec compassion. Par ailleurs, le l'Échelle des expériences de honte (voir Appendice H) peut être retirée car la courte durée de ce programme ne permet pas d'approfondir suffisamment leurs distinctions dans le vécu du participant sans risquer de laisser de côté d'autres interventions et exercices plus opportuns. Cet outil pourrait toutefois être utile dans le cas où un thérapeute jugerait pertinent de poursuivre au-delà des 15 rencontres et s'il voulait par exemple investiguer davantage les réactions de honte. De plus, lorsque l'exploration du vécu n'offrait pas d'exemples propices au travail de résolution des sentiments de culpabilité, des situations hypothétiques ont été utilisées avec la visualisation de la figure de compassion et avec la restructuration cognitive de compassion. Les changements sur le plan des attitudes, que ce soit la remise en question d'exigences élevées envers soi, la compréhension et le pardon de soi ou la perception plus réaliste des faits, ont été similaires à ceux obtenus pour des situations réelles. Il semble donc approprié, en l'absence d'un contenu réel, d'utiliser des situations hypothétiques lors du travail sur la culpabilité.

Bien qu'il semble que le PTCCS puisse être bénéfique à la diminution des indices de culpabilité chronique ainsi qu'à la prévention de conditions propices à son développement, le programme mériterait d'être amélioré en vue de bonifier les changements sur la culpabilité chronique. En effet, bien que la culpabilité soit abordée dans le traitement, les interventions thérapeutiques préconisées dans le PTCCS étaient surtout centrées sur la compassion pour soi, sur le sentiment de honte et la critique de soi ainsi que leurs origines, comme c'est le cas dans la CFT. Il serait bon que le PTCCS favorise un travail plus systématique et spécifique aux sentiments de culpabilité. Ainsi, dans le cadre d'un travail plus approfondi sur la culpabilité et sa résolution, il pourrait être très utile de se servir de l'entrevue semi-structurée en cours de traitement, plus particulièrement des quatre premières questions à propos des indices et faits reliés à la culpabilité. Il n'a cependant pas été possible de le faire dans la présente étude étant donné que l'entrevue servait ici de mesure pré et post-test.

Les cliniciens qui souhaiteraient appliquer le PTCCS devront bien maîtriser les outils et être capables de flexibilité pour ajuster les exercices au vécu apporté par le participant et selon la prédominance de la honte ou de la culpabilité dans sa dynamique. Ils devront être capables de faire des allers et retours entre un travail sur un vécu passé, à l'origine de ces sentiments, et le vécu actuel chargé émotionnellement. Afin de les enseigner, le thérapeute devra bien comprendre la théorie des trois principaux systèmes de régulation affective, le concept de compassion pour soi et ses caractéristiques ainsi que les fonctions et distinctions de la honte et de la culpabilité. De même, il devra

reconnaître et faire face aux sentiments de honte et de culpabilité en lui, puisque leur évitement pourrait empêcher de les aborder adéquatement chez le client, ou même l'induire dans le processus thérapeutique comme en parlent certaines études (Stadter, 2011; Tangney & Dearing, 2011).

Retombées cliniques

D'autres clientèles pourraient également profiter de l'utilisation du PTCCS. C'est le cas d'une clientèle souffrant de dépression ou d'anxiété, compte tenu des changements observés dans la présente étude pilote et de l'apport de la pleine conscience (« mindfulness ») avec une clientèle dépressive (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Le programme pourrait également s'avérer aidant pour d'autres types de troubles anxieux (p. ex., trouble obsessionnel-compulsif, anxiété généralisée ou anxiété de performance), ainsi que pour des personnes ayant des tendances perfectionnistes ou un trouble alimentaire (Adams & Leary, 2007; Kaufman, 1996). Ces problématiques ont en commun des normes et exigences élevées et les personnes qui en souffrent ont tendance à utiliser divers comportements pour éviter d'être en contact avec leur souffrance et leur anxiété. De même, le PTCCS pourrait être pertinent avec des personnes ayant un trouble de personnalité borderline étant donné l'intensité et la chronicité des sentiments de honte qui semblent interférer dans le traitement et dans l'efficacité des méthodes de résolution de problèmes (Rizvi, Brown, Bohus, & Linehan, 2011). Le PTCCS pourrait également s'appliquer à toute personne ayant vécu des traumatismes, surtout durant l'enfance alors que la capacité d'analyse de la situation est difficile et compte tenu de l'émergence

fréquente de sentiments de honte à l'issue de tels événements (Deblinger & Runyon, 2005).

L'application du programme dans des problématiques d'attachement mérite d'être considérée par les cliniciens. Certains exercices pourraient bénéficier au travail thérapeutique avec des enfants étant donné la grande part de l'imaginaire chez l'enfant et de l'importance de la figure d'attachement illustrée par l'objet transitionnel. Ainsi, les exercices d'élaboration et de visualisation de la figure de compassion pourraient être adaptés aux enfants qui choisiraient un objet ou créeraient un dessin qui répondrait aux caractéristiques de la figure de compassion. L'enfant attribuerait à son objet ou à son dessin des paroles et gestes de compassion à son égard que le thérapeute l'aurait aidé à développer pour lui-même. Des applications du programme à un travail thérapeutique dans les dyades parent-enfant pourraient être intéressantes afin de favoriser le développement de nouvelles pratiques éducatives, un nouveau langage parental dans la relation avec l'enfant, de même que pour aider à développer dès l'enfance des attitudes de bienveillance envers soi et le soulagement de la honte.

Les personnes âgées pourraient aussi profiter du traitement proposé pour revisiter leur histoire personnelle avec bienveillance et soulager des sentiments de culpabilité. Cela favoriserait la revue de vie ainsi qu'une acceptation de soi et de sa vie malgré les échecs et les revers. Enfin, le programme pourrait être utile pour des motifs de croissance personnelle en amenant les personnes à développer des attitudes de

compassion pour soi et des réponses appropriées pour soulager et prévenir les sentiments de honte et de culpabilité qui pourraient surgir à la suite d'erreurs ou d'échecs. En somme, ce programme semble pouvoir s'adresser à différents types de clientèles, mais seule la recherche pourra confirmer les bienfaits potentiels du PTCCS dans le soulagement ou l'amélioration de ces diverses problématiques.

Conclusion

Cette étude proposait d'aborder d'une façon nouvelle la résolution de la honte et de la culpabilité. L'approche préconisée est celle du développement de la compassion pour soi par l'application d'un programme de 15 séances hebdomadaires structuré en huit thèmes. Le *Programme de traitement centré sur la compassion pour soi* (PTCCS) permet aux cliniciens et aux clients d'approcher directement les sentiments de honte et de culpabilité d'une façon sécurisante et positive. Ce programme propose non seulement de les soulager, mais aussi de les vivre de façon saine afin qu'ils exercent leurs fonctions bénéfiques dans la vie de l'individu.

Enfin, le PTCCS, qui est une adaptation en français de l'approche thérapeutique de Gilbert (2010), offre des résultats intéressants lorsqu'appliqué en psychothérapie individuelle. Tel qu'attendu, le programme thérapeutique semble favoriser le développement de la compassion pour soi et de ses composantes ainsi que la génération et l'acceptation de pensées et de comportements alternatifs aidants. De même, il semble qu'il puisse aider à l'émergence d'interprétations plus réalistes des faits, permettant également de diminuer la honte et la culpabilité. Il semble avoir un effet positif sur la perception de soi et sur l'interprétation du regard des autres envers soi. Il semble mobiliser la personne vers la résolution de la culpabilité et vers la réparation, ou du moins, instaurer les conditions propices à leur résolution.

Les changements positifs vécus par les deux participants appuient l'idée que ce programme soit prometteur et qu'il puisse être un apport supplémentaire et complémentaire à la pratique de la psychothérapie et aux bienfaits de l'alliance thérapeutique. Ainsi, en contribuant au développement d'un sentiment de sécurité interne, il est susceptible de potentialiser les forces d'un individu et de favoriser sa santé mentale.

Références

- Adams, C. E., & Leary M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(10), 1120-1144.
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 29-42.
- Baumeister, R. F. (1998). Inducing guilt. Dans J. Bybee (Ed.), *Guilt and children* (pp. 127-138). San Diego, CA: Academic press.
- Beck, A. T., Epstein, N. Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *BDI-II Manuel (traduction française)*. Toronto, ON: Pearson Canada Assessment Inc.
- Bloch, H., Chemana, R., Dépret, É., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J.-F., ... Reuchlin, M.. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse-Bordas.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement, 14*(3), 211-218.
- Brown, B., Rondero Hernandez, V., & Villarreal, Y. (2011). Connections: A 12-session psychoeducational shame resilience curriculum. Dans R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds), *Shame in the therapy hour* (pp. 355-371). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bybee, J., Merisca, R., & Velasco, R. (1998). The development of reactions to guilt-producing events. Dans J. Bybee (Ed.), *Guilt and children* (pp. 185-213). San Diego, CA: Academic Press.

- Bybee, J., & Quiles, Z. N. (1998). Guilt and mental health. Dans J. Bybee (Ed.), *Guilt and children* (pp. 269-291). San Diego, CA: Academic Press.
- Chemana, R., & Vandermersch, B. (Eds). (2003). *Dictionnaire de la psychanalyse* (3^e éd.). Paris : Larousse.
- Connors, G. J., Toscova, R. T., & Tonigan, S. J. (1999). Serenity. Dans W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (pp. 235-250). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cozolino, L. J. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York, NY: W.W. Norton.
- Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment, 10*(4), 364-376.
- de Gaulejac, V. (1996). *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer.
- DeJong, T. M., & Overholser, J. C. (2007). Coping attitudes skill: Psychometric properties of a measure of positive attitudes in depression. *Cognitive Therapy and Research, 31*, 39-50.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences, 28*, 313-395.
- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses. *Psychological Bulletin, 130*(3), 355-376.
- Donenberg, G. R., & Weisz, J. R. (1998). Guilt and abnormal aspects of parent-child interactions. Dans J. Bybee (Ed.), *Guilt and children* (pp. 245-267) San Diego, CA: Academic Press.
- Estrada-Hollenbeck, M., & Heatherton, T. F. (1998). Avoiding and alleviating guilt through prosocial behavior. Dans J. Bybee (Ed.), *Guilt and children* (pp. 215-231). San Diego, CA: Academic Press.
- Fiasse, G. (2007). Paul Ricoeur et le pardon comme au-delà de l'action. *Laval théologique et philosophique, 63*(2), 363-376.
- Fisher, M. L., & Exline, J. J. (2006). Self-forgiveness versus excusing: The roles of remorse, effort, and acceptance of responsibility. *Self and Identity, 5*(2), 127-146.

- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, *20*, 47-55.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. Dans P. Gilbert & B. Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-36). New York, NY: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2009a). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. Manuscrit en préparation.
- Gilbert, P. (2009b). *Ideas for four sessions* (Document inédit). The Compassionate Mind Foundation.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. New York, NY: Routledge.
- Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J.N.V., & Irons, C. (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 31-50. Repéré à [http://www.compassionatemind.co.uk/resources/Functions+of+self-criticising+attacking+scale\\$5D.pdf](http://www.compassionatemind.co.uk/resources/Functions+of+self-criticising+attacking+scale$5D.pdf)
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, *12*(4), 507-516.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. Dans P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). New York, NY: Routledge.
- Gilbert, P., Lee, D., & Welford, M. (2006). *Compassion focused therapy: Finding an antidote to shame & self-criticism* (Document inédit). The Compassionate Mind Foundation.
- Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to social put-down: Its relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger, and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, *29*, 757-774.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *13*, 353-379.

- Harre, R., & Lamb, R. (Eds). (1983). *The encyclopedic dictionary of psychology*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Kaufman, G. (1996). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York, NY: Springer.
- Kyrimis, M. (2006). *An examination of the relationships among mindfulness, emotional acceptance, emotional awareness, self-compassion, forgiveness, and self-judgment*. *The American University*. Document consulté de ProQuest Dissertations and Theses. (305354492).
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Personality Processes and Individual Differences, 92*(5), 887-904.
- Lee, D. A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. Dans P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 326-351). New York, NY: Routledge.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *The British Psychological Society, 74*, 451-466.
- Léveillé, A., & Lapierre, S. (2008). *Traduction de l'échelle de compassion pour soi de Neff* (Document inédit). Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada.
- Lewis, H.-B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York, NY: International Universities Press.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York, NY: The Free Press.
- Lindsay-Hartz, J. (1984). Contrasting experiences of shame and guilt. *American Behavioral Scientist, 27*(6), 689-704.
- Lutwak, N., Panish, J., & Ferrari, J. (2003). Shame and guilt: Characterological vs. behavioral self-blame and their relationship to fear of intimacy. *Personality and Individual Differences, 35*, 909-916.

- Martin, Y., Gilbert, P., McEwan, K., & Irons, C. (2006). The relation of entrapment, shame and guilt to depression, in carers of people with dementia. *Aging & Mental Health, 10*(2), 101-106.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85-101.
- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences, 9*(2), 27-37.
- Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity, 2*, 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*, 139-154.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*, 908-916.
- Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(12), 1608-1619.
- Potter-Efron, R. (2002). *Shame, guilt, and alcoholism: Treatment issues in clinical practice* (2^e ed.). New York, NY: Haworth Press.
- Quiles, Z. N., & Bybee, J. (1997). Chronic and predispositional guilt: Relations to mental health, prosocial behavior, and religiosity. *Journal of Personality Assessment, 69*(1), 104-126.
- Rizvi, S. L., Brown, M. Z., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2011). The role of shame in the development and treatment of borderline personality disorder. Dans R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds), *Shame in the therapy hour* (pp. 237-260). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sagne, J.-C. (1971). *Péché, culpabilité, pénitence*. Paris : Les Éditions du Cerf.

- Sanderson, C., & Linehan, M. M. (1999). Acceptance and forgiveness. Dans W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (pp. 199-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Stadter, M. (2011). The inner world of shaming and ashamed: An object relations perspective and therapeutic approach. Dans R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds), *Shame in the Therapy Hour* (pp. 45-68). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J. P. (1995). Recent advances in the empirical study of shame and guilt. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1132-1145.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York, NY: The Guilford Press.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2011). Working with shame in the therapy hour: Summary and integration. Dans R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds), *Shame in the Therapy Hour* (pp. 375-404). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (2000). *The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., & Gramzow, R. (1992). Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(4), 669-675.
- Thompson, T., Altmann, R., & Davidson, J. (2004). Shame-proneness and achievement behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 613-627.
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A., & Colburn, T. A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1143-1153.

Appendice A
Processus thérapeutique circulaire

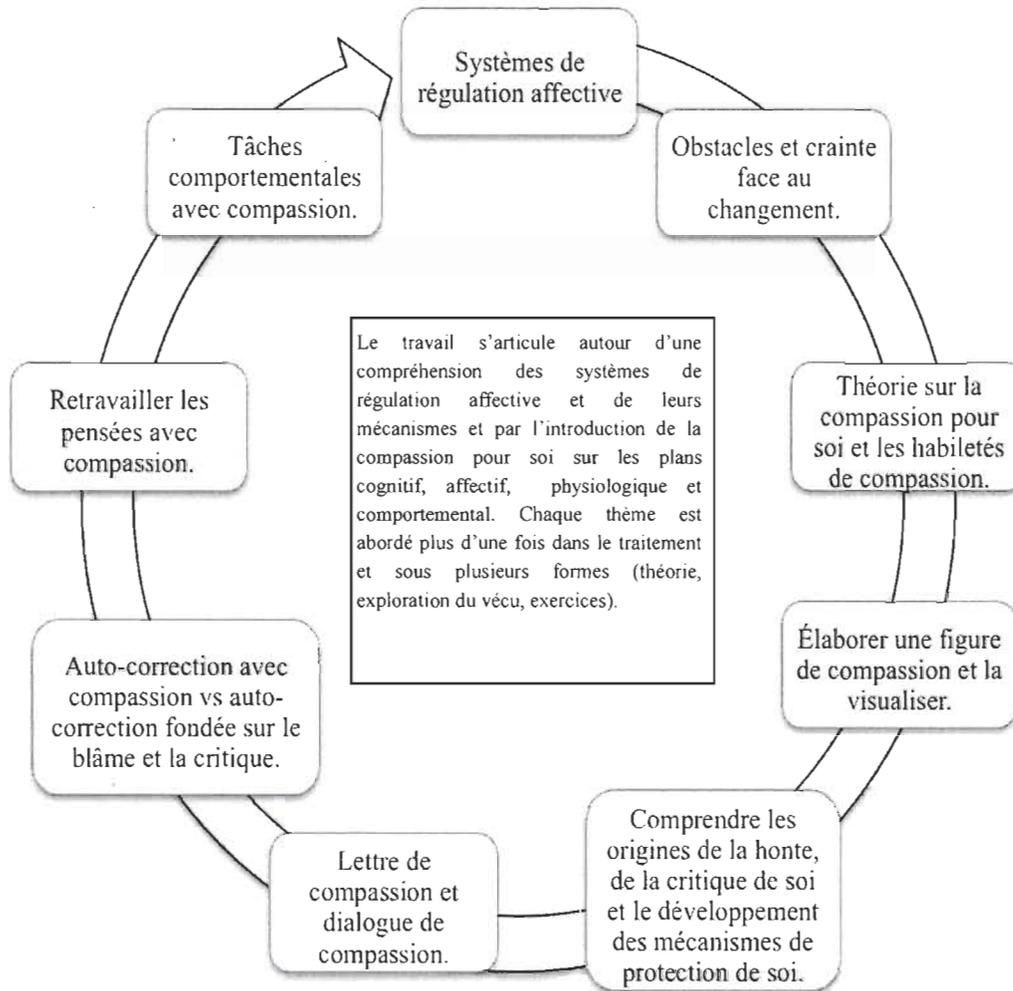


Figure 2. Processus thérapeutique circulaire. Les thèmes sont d'abord introduits, puis ils sont repris dans un travail d'approfondissement et d'intégration tout au long de la démarche.

Appendice B
Les systèmes de régulation affective

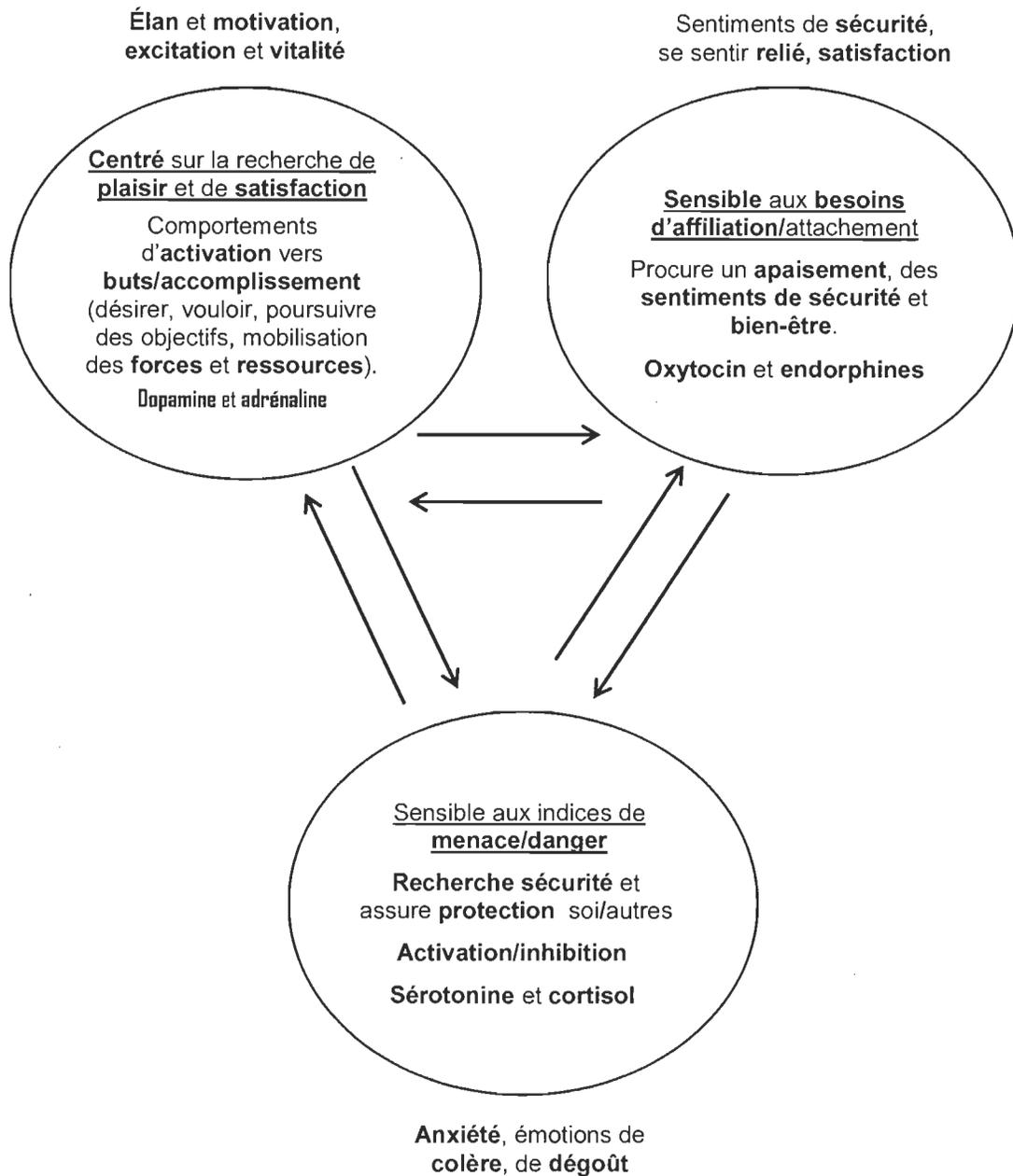


Figure 3. Trois principaux systèmes de régulation affective et leurs interactions : le système motivation / plaisir, affiliation / attachement, protection / menace. Le deuxième contribue au développement de l'attachement et d'un sentiment de sécurité. Traduction et adaptation de l'original de Gilbert (2009a, 2010), une adaptation inspirée des travaux de Depue & Morrone-Strupinsky (2005).

Appendice C
Exercice d'acceptation pleinement consciente

Exercice de respiration et de relaxation en état de pleine conscience (mindfulness)¹

Il existe plusieurs façons de reposer le corps et l'esprit. Je vais vous inviter à faire l'expérience de quelques exercices clé et simples de relaxation. Le premier s'appelle "mindful relaxing" c'est-à-dire la relaxation pleinement consciente. Cela consiste à apprendre une nouvelle manière de porter attention aux états internes (pensées, émotions, sensations) et éléments externes (bruits, odeurs, etc.) et ce, de façon douce et bienveillante. Une fois que vous vous sentirez familier avec cet exercice, vous pourrez le faire en position assise, couchée ou même debout et en marchant. Cependant, il est préférable de le faire assis pour commencer afin de vous faire une idée de l'exercice. Ainsi, trouvez une place où vous pouvez vous asseoir confortablement, puis remettez l'enregistrement audio de cet exercice en fonction.

Maintenant que vous êtes assis confortablement, placez vos deux pieds à plat sur le sol, laissez tomber vos épaules et déposez vos mains sur vos jambes. Centrez tout simplement votre attention sur votre respiration. Lorsque vous inspirez, laissez l'air descendre jusque dans votre diaphragme. Celui-ci se trouve à être juste en dessous de votre cage thoracique, dans le creux en forme de "V" à l'envers. Sentez votre diaphragme bouger lorsque vous inspirez et lorsque vous expirez. Le diaphragme est l'espace sous vos côtes. Prêtez attention à votre respiration. Respirez un peu plus vite ou un peu plus lentement. Faites des expériences avec votre respiration jusqu'à ce que vous trouviez une façon de respirer qui vous semble être votre propre rythme, un rythme qui soit à la fois apaisant, réconfortant et confortable. C'est comme si vous enregistriez le rythme qui se fait dans votre corps et que vous tentiez de rejoindre ce rythme qui vous apaise et vous calme. Maintenant, prenez 30 secondes pour fixer votre attention seulement sur votre respiration : prêtez attention à l'air qui descend jusqu'au diaphragme, à votre diaphragme qui se soulève, puis au passage de l'air qui sort ensuite par votre nez. Quelques fois il est aidant de fixer son attention sur un point à l'intérieur du nez où l'air entre. L'air passe par la bouche et sort par le nez. Portez simplement votre attention sur cela pendant 30 secondes. [SILENCE] Que remarquez-vous? Vous devez avoir constaté maintenant que, même si c'était seulement 30 secondes, votre esprit a probablement erré. Vous avez été distrait par des pensées telles que "Qu'est-ce que c'est que ça? Est-ce que cela sera aidant pour moi? Est-ce que j'ai fait mon travail correctement hier?" Vous devez avoir entendu divers bruits en dehors de la pièce; votre attention a peut-être été attirée par le facteur glissant des lettres dans la boîte ou quoi que ce soit d'autre. Le fait est que l'esprit est vraiment indiscipliné. Ainsi, plus vous pratiquerez ce court exercice de respiration et plus vous le prolongerez, plus vous remarquerez à quel point l'esprit vagabonde tout simplement d'une place à l'autre. Quand vous respirez avec attention et de cette façon pour la première fois, il peut être assez surprenant de s'apercevoir comment votre esprit passe d'une idée à une autre.

¹ Traduit de l'anglais par N. Caron en 2010 et tiré du recueil de Gilbert, Lee et Welford (2006).

Exercice de respiration et de relaxation en état de pleine conscience (mindfulness) (Suite)

Cela est tout à fait normal, naturel et prévisible. Mais nous devons exercer l'esprit et le seul élément important dans cet entraînement est de ne pas essayer de créer quoi que ce soit. Vous n'êtes pas en train de créer un état de détente. Vous n'êtes pas en train d'essayer de forcer votre esprit à se dégager de ses pensées. Tout ce que vous faites est de vous permettre d'observer que votre esprit erre. Puis, avec bienveillance et douceur, attirez à nouveau votre attention sur votre respiration. Tout simplement, constatez les faits et revenez à votre respiration. Remarquez les distractions et ramenez votre attention sur votre respiration. En d'autres mots, cet exercice en est un où nous apprenons simplement à fixer notre attention. N'essayez pas de réussir quoi que ce soit. Si vous avez cent ou mille pensées, cela n'est pas grave. Tout ce qui importe est que vous le constatiez et qu'ensuite, avec toutes vos capacités, dans la douceur et la bienveillance, vous rameniez votre attention sur la respiration. Maintenant, si vous pratiquez cet enchaînement "attention-retour", "attention-retour", avec douceur et bienveillance, vous vous apercevrez que votre esprit va s'échapper de moins en moins. Cela deviendra plus facile et certains jours seront plus faciles que d'autres. Rappelez-vous que vous ne tentez pas de vous détendre à proprement parlé. Tout ce que vous faites dans cet exercice est de remarquer que votre esprit est distrait puis de fixer à nouveau votre attention sur votre respiration. Ainsi, c'est une constatation puis un retour à la respiration. Chaque fois que votre esprit passe d'une idée à une autre c'est correct. Ne vous mettez pas en colère avec ça, ramenez simplement et joyeusement votre attention sur votre respiration.

C'est le processus d'attention pleinement consciente qui est l'élément le plus important, non pas le résultat. Nous pouvons l'expliquer par un exemple concernant le sommeil. Lorsque nous essayons de créer les conditions qui vont nous aider à dormir mais que nous portons trop notre attention sur le fait que nous sommes en train de nous endormir, cela rend l'endormissement plus difficile.

Appendice D
Élaboration d'une figure de compassion

Élaboration d'une figure de compassion¹

Cet exercice vous aidera à élaborer une image de compassion avec laquelle vous pourrez travailler et que vous pourrez développer selon vos préférences. Vous pouvez avoir plus d'une image si vous le souhaitez et celles-ci peuvent changer avec le temps. Quelle que soit l'image qui vous vienne à l'esprit ou avec laquelle vous choisissiez de travailler, notez bien que c'est votre création et par conséquent votre propre idéal. Alors, c'est quelque chose ou quelqu'un dont vous aimeriez vraiment ressentir l'intérêt et la compassion, qui prendrait vraiment soin de vous et qui se soucierait de vous. D'autre part, il est important que vous donniez, dans cet exercice, certains attributs à votre image. Ces attributs tiendront compte des qualités suivantes :

Sagesse, Force protectrice, Chaleur et Non-jugement (la force vise à défendre et non à agresser)

Pensez à ces qualités (sagesse, force protectrice, chaleur et non-jugement) et imaginez à quoi elles pourraient ressembler, les sons, les sentiments et les sensations qui pourraient y être associés.

Tout d'abord, vous commencerez par fixer l'attention sur votre respiration. En même temps, tentez de trouver un rythme qui vous calme tout en faisant un demi-sourire. Puis, laissez les images émerger à votre esprit - du mieux que vous pouvez - sans trop faire d'efforts. Si rien ne vient à l'esprit, ou si l'esprit erre, il suffit simplement de ramener, avec compassion, votre attention sur votre respiration et sur votre pratique de la compassion.

Voici quelques questions qui devraient vous aider à élaborer une image : voudriez-vous que votre image nourrissante ou qui prend soin de vous ait l'air âgé ou jeune; que ce soit un être masculin ou féminin, d'apparence humaine ou non (p. ex., un animal, la mer, une lumière)? Quelles couleurs et quels sons associez-vous aux qualités de sagesse, de force, de chaleur et de non-jugement?

Enfin, rappelez-vous que c'est une image qui vous envoie et vous transmet de la compassion.

¹ Traduit de l'anglais par N. Caron en 2010 et tiré du recueil de Gilbert (2010) et de Gilbert, Lee et Welford (2006.).

Élaboration d'une figure de compassion (Suite)

Quelle apparence et quelles caractéristiques physiques aimeriez-vous retrouver chez cette image idéale de compassion?	
Quels caractéristiques sonores (p. ex., ton de voix) aimeriez-vous retrouver chez cette image de compassion?	
Quelles autres caractéristiques pourriez-vous lui donner?	
Comment aimeriez-vous que cette image idéale de compassion établisse un lien avec vous? Quelle serait la relation?	
Et comment aimeriez-vous établir un lien ou une relation avec celle-ci?	

(Éventuellement, on peut proposer au participant d'imaginer une image du sexe opposé à celui qu'il avait spontanément choisi. Puis, on peut l'inviter à noter s'il arrive à le faire ou si c'est plus difficile pour lui.)

Appendice E
Visualisation d'une figure de compassion

Appendice F
Fonctions de la critique de soi

FONCTIONS DE LA CRITIQUE DE SOI ¹

Il peut y avoir plusieurs raisons pour lesquelles les gens deviennent critiques et en colère contre eux-mêmes. Lisez attentivement chaque énoncé et encerclez le nombre qui décrit le mieux jusqu'à quel point chaque énoncé est vrai pour vous.

0	1	2	3	4
Jamais	Rarement	Quelquefois	Fréquemment	Presque toujours

Je deviens critique et en colère contre moi ... :

1.	pour être certain de garder des standards élevés.	0	1	2	3	4
2.	pour m'empêcher d'être heureux.	0	1	2	3	4
3.	pour montrer que je suis soucieux de mes erreurs.	0	1	2	3	4
4.	parce que je me sens mieux si je me punis.	0	1	2	3	4
5.	pour arrêter d'être paresseux(se).	0	1	2	3	4
6.	pour blesser une partie de moi-même.	0	1	2	3	4
7.	pour maintenir un contrôle sur moi-même.	0	1	2	3	4
8.	pour me punir de mes erreurs.	0	1	2	3	4
9.	pour gérer mes sentiments de dégoût envers moi-même.	0	1	2	3	4
10.	pour me venger d'une partie de moi-même.	0	1	2	3	4
11.	pour m'empêcher d'être trop sûr(e) de moi.	0	1	2	3	4
12.	pour m'arrêter d'être en colère contre les autres.	0	1	2	3	4
13.	pour détruire une partie de moi.	0	1	2	3	4
14.	pour me concentrer.	0	1	2	3	4
15.	pour être rassuré par les autres.	0	1	2	3	4

¹ Tiré de Gilbert, Clark, Hempel, Miles, & Irons (2004). *The Functions of Self-Criticizing/Attacking Scale (FSCS)*.

FONCTIONS DE LA CRITIQUE DE SOI (SUITE)

0	1	2	3	4
Jamais	Rarement	Quelquefois	Fréquemment	Presque toujours

Je deviens critique et en colère contre moi ... :

16.	pour m'empêcher d'être arrogant.	0	1	2	3	4
17.	pour prévenir des embarras dans le futur.	0	1	2	3	4
18.	pour me souvenir de mes échecs passés.	0	1	2	3	4
19.	pour me garder de faire des erreurs mineures.	0	1	2	3	4
20.	pour me rappeler mes responsabilités.	0	1	2	3	4
21.	pour m'en prendre aux choses que je déteste en moi.	0	1	2	3	4

Si vous pensez à n'importe quelle autre raison pour laquelle il vous arrive de vous critiquer, écrivez celle(s)-ci dans l'espace qui suit.

Appendice G
Journal de bord 1

Appendice H
Échelle sur les expériences de honte

ÉCHELLE SUR LES EXPÉRIENCES DE HONTE ¹

Tout le monde, à un moment ou l'autre, peut se sentir embarrassé ou honteux. Les questions qui suivent portent sur ce genre d'expériences. Indiquez par un crochet jusqu'à quel point cela vous est arrivé **durant le dernier mois**. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Utilisez l'échelle suivante graduée entre 1 et 4 pour décrire la fréquence de ces expériences.

Veillez indiquer jusqu'à quel point vous croyez actuellement à chacun des énoncés qui suivent.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	
	1	2	3	4	
1	Avez-vous <u>ressenti</u> de la honte concernant l'une ou l'autre de vos habitudes (p. ex., se ronger les ongles)?	1	2	3	4
2	Vous êtes-vous <u>inquiété(e)</u> de ce que les autres pourraient penser de l'une ou l'autre de vos habitudes?	1	2	3	4
3	Avez-vous tenté de <u>cacher</u> ou de dissimuler l'une ou l'autre de vos habitudes?	1	2	3	4
4	Avez-vous <u>ressenti</u> de la honte à propos de vos manières ou comportements avec d'autres personnes	1	2	3	4
5	Vous êtes-vous <u>inquiété(e)</u> à propos de ce d'autres personnes pouvaient penser de vos manières ou comportements avec les gens?	1	2	3	4
6	Avez-vous <u>évit</u> é des personnes à cause de vos manières ou comportements?	1	2	3	4
7	Vous êtes-vous <u>senti(e)</u> honteux(se) de la personne que vous êtes?	1	2	3	4
8	Vous êtes-vous <u>inquiété(e)</u> de ce que les autres pensent de ce que vous êtes?	1	2	3	4

¹ Tiré de Andrews, Qian, & Valentine (2002). *Experience of Shame Scale (ESS)*.

ÉCHELLE SUR LES EXPÉRIENCES DE HONTE (Suite)

Veillez indiquer jusqu'à quel point vous croyez actuellement à chacun des énoncés qui suivent.

	Pas du tout 1	Un peu 2	Modérément 3	Beaucoup 4
9	Avez-vous tenté de <u>cache</u> r aux autres le type de personne que vous êtes?			1 2 3 4
10	Avez-vous <u>ressenti</u> de la honte à propos de votre habileté à faire certaines choses?			1 2 3 4
11	Vous êtes-vous <u>inquiété(e)</u> à propos de ce d'autres personnes pouvaient penser de votre habileté à faire certaines choses?			1 2 3 4
12	Avez-vous <u>évit</u> é des personnes à cause de votre manque d'habileté à faire certaines choses?			1 2 3 4
13	<u>Ressentez</u> -vous de la honte lorsque vous vous trompez?			1 2 3 4
14	Vous êtes-vous <u>inquiété(e)</u> à propos de ce d'autres personnes pouvaient penser de vous lorsque vous vous êtes trompé(e)?			1 2 3 4
15	Avez-vous tenté de <u>cache</u> r des choses que vous vous sentiez honteux(se) d'avoir faites?			1 2 3 4
16	Vous êtes-vous <u>senti(e)</u> honteux(se) lorsque vous avez dit quelque chose de stupide?			1 2 3 4
17	Vous êtes-vous <u>inquiété(e)</u> à propos de ce d'autres personnes pouvaient penser de vous lorsque vous avez dit quelque chose de stupide?			1 2 3 4
18	Avez-vous <u>évit</u> é le contact avec des personnes qui savaient que vous aviez dit quelque chose de stupide?			1 2 3 4

ÉCHELLE SUR LES EXPÉRIENCES DE HONTE (Suite)

Veillez indiquer jusqu'à quel point vous croyez actuellement à chacun des énoncés qui suivent.

	Pas du tout 1	Un peu 2	Modérément 3	Beaucoup 4
*19	Avez-vous <u>ressenti</u> de la honte parce que vous avez échoué dans une situation de compétition?			1 2 3 4
*20	Vous êtes-vous <u>inquiété(e)</u> à propos de ce d'autres personnes pouvaient penser de vous lorsque vous avez échoué dans une situation de compétition?			1 2 3 4
21	Avez-vous <u>évit</u> des personnes qui vous avaient vu(e) échouer?			1 2 3 4
22	Vous êtes-vous <u>senti(e)</u> honteux(se) de l'une ou l'autre partie de votre corps?			1 2 3 4
23	Vous êtes-vous <u>inquiété(e)</u> à propos de ce d'autres personnes pouvaient penser de votre apparence?			1 2 3 4
24	Avez-vous <u>évit</u> de vous regarder dans le miroir?			1 2 3 4
25	Avez-vous souhaité <u>cach</u> ou dissimuler votre corps ou une partie de celui-ci?			1 2 3 4

* Des alternatives aux questions 19 et 20 sont proposées aux personnes pour qui le caractère compétitif sous-jacent à ces questions est peu pertinent.

19. Avez-vous ressenti de la honte parce que vous avez échoué à quelque chose qui était important pour vous?
20. Vous êtes-vous inquiété(e) à propos de ce d'autres personnes pouvaient penser de vous lorsque vous avez échoué?

Appendice I

Exploration des pensées non-aidantes et formulation de pensées alternatives

Appendice J
Restructuration avec compassion

Grille servant à explorer les pensées non aidantes et générer des pensées et idées alternatives centrées sur la compassion¹

Pensées déprimantes/bouleversantes	Alternatives centrées sur la compassion pour remplacer les critiques sur soi
<p>Que vous est-il venu à l'esprit? Que pensez-vous des autres et de leurs pensées à propos de vous? Que pensez-vous de vous-mêmes, et de votre futur?</p>	<p>Que diriez-vous à un ami? Quelles seraient les alternatives de compassion? Quels sont les avantages à adopter une nouvelle vision? Qu'est-ce qui peut motiver un changement de perception? Pouvez-vous penser à cela de façon chaleureuse?</p>
	<p>Empathie pour votre propre détresse :</p> <p>Attention avec compassion :</p> <p>Pensée de compassion :</p> <p>Comportement de compassion :</p> <p>Image de compassion et centration sur la chaleur :</p>

¹ Traduit de l'anglais et adapté par N. Caron en 2010 et tiré du recueil de Gilbert, Lee et Welford, 2006

Appendice K
Journal de bord 2

Journal de bord 2¹

Grille servant à explorer les pensées non aidantes et à générer des pensées et des idées alternatives centrées sur la compassion

Événements déclencheurs, sentiments ou images	Pensées, perceptions non aidantes, manifestant un inconfort ou empreintes de honte et/ou culpabilité	Sentiments et émotions	Pensées centrées sur la compassion et alternatives à la critique de soi	Paroles de compréhension adressée à soi-même Changements observés dans le senti

¹ Traduit de l'anglais par N. Caron en 2010 et tiré du recueil de Gilbert, Lee et Welford (2006).

Appendice L
Aide-mémoire

Aide-mémoire pour développer la compassion pour soi par le ressenti, les pensées et l'action

Quel est le problème, la **situation difficile et les pensées négatives** ou blâmes que je peux avoir à propos de moi-même dans cette situation?

Empathie pour la détresse ressentie

M'offrir de l'empathie et de la compréhension pour l'ensemble de la souffrance ou inconfort que la situation suscite en moi.

(Cette souffrance ou cet inconfort peut être plus accessible en mettant en évidence les peurs ou les besoins sous-jacents ou ignorés, l'origine de ces pensées sur moi, les conséquences qu'elles amènent sur ma vie ou celles que j'anticipe.)

Restructuration avec compassion des pensées

1. Porter une **attention avec compassion** à la problématique

Changer mon focus d'attention en relevant mes réussites/succès et ce en quoi je suis (ou j'ai déjà été) bon(ne) à ce propos ou dans une situation semblable.

2. **Nuancer** mes propos (Ni blanc ou noir)

3. Me demander ce que je trouverais **aidant** dans une telle situation : soit pour me sentir mieux, soit pour m'aider à y voir plus clair ou à trouver une résolution.

4. Reconnaître et accepter mes **limites**.

Identifier mes limites en tenant compte du contexte de l'événement. Identifier et reconnaître les limites et responsabilités de l'autre peuvent aussi m'aider à clarifier les miennes.

(**Cette consigne et celle décrite au point 1** rejoignent ensemble le concept d'acceptation pleinement consciente puisque les aspects positifs et négatifs sont considérés conjointement et sans jugement.)

5. Me **comparer à autrui de façon positive**

D'autres personnes qui vivent quelque chose de semblable à moi? (Je ne suis pas seul(e)).

La compassion dans l'action

Si j'avais de la compassion envers moi-même, qu'est-ce que je ferais?

Qu'est-ce qu'une personne bienveillante, sage, chaleureuse et forte me conseillerait de faire ou non, de dire ou non (comportement/action). Que me conseillerait-elle de changer dans mon comportement? Quelle action me suggérerait-elle de prendre? Quels actions, décisions, comportements seraient cohérents avec une attitude de compassion pour soi tout en tenant compte de l'autre?

Aide-mémoire pour développer la compassion pour soi par le ressenti, les pensées et l'action (Suite)

Les sentiments de compassion

Visualiser la figure de compassion qui me donne de l'affection. La figure de compassion incarne la bienveillance, la sagesse, la chaleur, le non-jugement et la force par ses propos, gestes, attitudes et silence ainsi que par ses diverses caractéristiques spécifiques qui lui sont attribuées et peuvent faire appel aux sens (p. ex., son, couleur). Je m'imagine entretenir avec elle un dialogue de compassion, c'est-à-dire un dialogue, un échange empathique et chaleureux, nuancé, aidant, où j'accepte mes limites, où je me compare positivement aux autres, et où la compassion se manifeste dans mes actions.

Résumé des points principaux

Empathie pour ma détresse

Intégrer de la compassion à mes pensées :

Me demander ce qui m'aiderait

Changer mon focus d'attention

Nuancer mes propos, ma pensée

Reconnaître et accepter mes limites

Me comparer positivement aux autres

Choisir des actions cohérentes avec la compassion pour soi ou qui m'amènent à soulager ma souffrance.

Développer et solliciter des sentiments positifs à mon égard à travers la visualisation.

Appendice M
Présentation de la recherche

PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

Programme de compassion pour soi

Le projet de recherche « *Programme de développement de la compassion pour soi* » est réalisé par Nathalie Caron (M.Ps.), candidate au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, sous la direction et la supervision de Mmes Sylvie Lapierre et Lyson Marcoux respectivement.

Cette recherche vise à valider l'adaptation, pour une population francophone, d'une psychothérapie qui met l'accent sur le développement de la compassion pour soi. Ce concept réfère à une attitude de bienveillance envers soi qui s'exprime par une compréhension sans jugement, de la chaleur et une acceptation de ses limites et de ses émotions, particulièrement dans des situations d'épreuve. On vise à examiner l'influence du « Programme de développement de la compassion pour soi » sur le vécu (émotions, pensées, comportements) du participant dans son quotidien, sur ses difficultés et sur ses symptômes (p. ex., symptômes d'anxiété). Des recherches antérieures ont montré que des attitudes et stratégies positives telles que la compassion pour soi étaient reliées à un plus grand bien-être psychologique et à une meilleure santé mentale, à une gestion plus efficace des émotions et à une diminution de la détresse chez les individus.

Pour participer à cette recherche les individus, hommes ou femmes, doivent être des adultes ayant déjà bénéficié de services psychologiques. La participation à la présente recherche implique que les participants répondent à cinq questionnaires et à un formulaire de données sociodémographiques et qu'ils prennent part à une entrevue clinique. Le tout s'insère à l'intérieur d'une même rencontre d'une durée de trois heures incluant une pause. Cette rencontre aura lieu une semaine avant le début du traitement et sera reprise une semaine après le traitement. Ces rencontres préparatoires servent à la sélection des participants ainsi qu'à leur donner des informations complémentaires sur la recherche. Deux autres questionnaires de dix minutes chacun seront complétés lors du traitement. Les participants à la recherche s'engagent à prendre part à des rencontres d'une heure et demie chacune pendant 12 à 15 semaines consécutives (le nombre de rencontres pouvant varier selon les besoins) et qui se dérouleront dans un local du Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP) de l'Université de Trois-Rivières. Les séances de thérapie seront enregistrées pour fin d'analyse et d'interprétation des données.

La démarche impliquera d'accorder une attention particulière à certaines situations difficiles du présent et du passé, ainsi qu'aux pensées et émotions qui y sont reliées. La participation à la recherche suppose également que le participant pratique, en dehors des séances, certains exercices visant le développement de la compassion pour soi ainsi qu'à tenir un journal de bord à propos de son expérience, de ses pensées et de ses émotions en relation avec les exercices proposés. Ces exercices se font seul et peuvent varier entre 5

et 20 minutes chacun. La participation à cette étude (questionnaires, traitement, entrevues avant et après traitement) n'entraîne aucun risque pour les individus. Toutefois, il est possible que certaines personnes éprouvent quelques émotions ou fassent des prises de conscience en répondant aux questionnaires ou en participant à la thérapie.

Le participant doit signaler tout inconfort, malaise, dérangement ou détresse découlant de sa participation à la recherche, à la chercheuse qui supervise la passation des questionnaires et qui anime les séances. La responsable de la recherche a prévu des mécanismes visant à atténuer ces effets négatifs. En effet, le participant peut appeler au secrétariat du CUSP (819-376-5088) en cas de difficultés. La personne répondante s'assurera alors d'acheminer la demande à l'intervenant désigné pour assurer une aide supplémentaire.

Les informations recueillies dans les questionnaires seront anonymes et confidentielles et seront utilisées uniquement par la personne impliquée dans la recherche. Ainsi un numéro sera utilisé à la place du nom du participant sur les questionnaires de façon à ce que seule Madame Caron puisse l'identifier. Le formulaire de consentement sera placé à part dans un classeur sous clé pour assurer la confidentialité. Les informations obtenues durant les rencontres ne serviront qu'à des fins de recherche et seront consultées uniquement par la chercheuse, la superviseuse clinique et la directrice de recherche. À la fin de la recherche (12 juillet 2012) toutes les données seront détruites.

Le participant est libre de se retirer de la recherche à tout moment, sans avoir à justifier sa décision et sans en subir de préjudice. Le responsable de la recherche peut retirer un participant de la recherche mais il lui donnera le motif. Le participant pourra connaître les résultats généraux de la recherche en les demandant au responsable de la recherche.

Le participant autorise le chercheur à transmettre les informations des différents questionnaires qu'il a complétés à son intervenant afin que ce dernier puisse mieux l'aider. Oui Non

Le participant autorise le chercheur à consulter son dossier ou à communiquer avec son intervenant afin de s'assurer d'avoir un portrait précis de son état psychologique. Oui Non

Le participant autorise le chercheur à enregistrer les séances de thérapie de façon vidéo (ou audio en tenant compte du confort du participant). Ces enregistrements serviront aux seules fins d'analyse et d'interprétation des données pour la recherche et ils seront traités de façon confidentielle. Ils seront conservés sous clé dans un classeur et ils seront détruits à la fin de la recherche. Oui Non

Dans le cas où le participant refuse l'enregistrement, les données de la recherche étant compromises, le chercheur se verra contraint d'exclure le participant de la recherche.

Le fait de refuser ces autorisations, n'entraîne aucune conséquence sur les services obtenus par le participant au Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP).

Appendice N
Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, _____, reconnais avoir pris connaissance du document *Présentation de la recherche* et avoir été suffisamment informé du projet de recherche « Programme de développement de la compassion pour soi ». *Je comprends bien ce que ma participation à cette recherche implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise la responsable à utiliser les résultats de ma participation selon les informations qu'elle m'a fournies.*

Signature du participant

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je, Nathalie Caron, étudiante au doctorat au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, m'engage à mener la présente recherche portant sur *le développement de la compassion pour soi* selon les dispositions acceptées par le Comité permanent de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir aux participants tout le support permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Nathalie Caron, M.Ps.
Candidate au doctorat en psychologie à
Université du Québec à Trois-Rivières

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-10-158-06.23 a été émis le 9 septembre 2010.

Appendice O
Questionnaire d'informations générales

Avez-vous déjà suivi une psychothérapie? Oui Non

Est-ce que celle-ci est terminée? Oui Non Depuis quand? _____

Quelle en a été la durée? _____

Quels étaient les motifs de consultation et de cessation?

Motif de consultation : _____

Motif de cessation de services : _____

Rencontrez-vous un autre professionnel de la santé. Précisez. _____

Avez-vous un(des) problème(s) de santé physique : . _____

Avez-vous un(des) diagnostic(s) médical ou psychologique? Oui Non

Si oui, lequel(lesquels) : _____

Avez-vous des problèmes de sommeil? Oui Non Heures/nuit _____

Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels. _____

Appendice P
Échelle de Neff

ÉCHELLE DE NEFF¹

Veillez lire attentivement chacune des affirmations avant de répondre. Encerclez à droite de chaque énoncé, la fréquence avec laquelle vous faites les comportements décrits ci-dessous.

	Presque jamais					Presque toujours
	1	2	3	4	5	
1.	Je désapprouve et critique mes propres défauts et imperfections.	1	2	3	4	5
2.	Lorsque je me sens déprimé(e), j'ai tendance à fixer mon attention sur tout ce qui ne va pas et à en être obsédé(e).	1	2	3	4	5
3.	Lorsque les choses vont mal pour moi, je considère les difficultés comme faisant partie de la vie et tout le monde doit en affronter..	1	2	3	4	5
4.	Lorsque je pense à mes incapacités, cela a tendance à me faire sentir plus séparé(e) et coupé(e) du reste du monde.	1	2	3	4	5
5.	J'essaie d'être affectueux(se) envers moi-même lorsque je ressens une souffrance émotionnelle.	1	2	3	4	5
6.	Lorsque j'échoue à quelque chose d'important à mes yeux, je suis envahi(e) par un sentiment d'incompétence.	1	2	3	4	5
7.	Lorsque je me sens déprimé(e), je me rappelle qu'il y a beaucoup d'autres personnes dans le monde qui se sentent comme moi.	1	2	3	4	5
8.	Lorsque les choses sont vraiment difficiles, j'ai tendance à être dur(e) envers moi-même.	1	2	3	4	5

¹ Traduit de l'anglais par Léveillée et Lapierre en 2008. Version originale : *Self-Compassion Scale* (« *How I typically act towards myself in difficult times* » (Neff, 2003). <http://www.self-compassion.org/>

ÉCHELLE DE NEFF (Suite)

Encerclez à droite de chaque énoncé, la fréquence avec laquelle vous faites les comportements décrits ci-dessous.

	Presque jamais					Presque toujours
	1	2	3	4	5	
9. Lorsque quelque chose me contrarie, j'essaie de garder mon équilibre émotionnel.	1	2	3	4	5	
10. Lorsque je ne me sens pas à la hauteur dans une situation, j'essaie de me rappeler que le sentiment d'être inadéquat(e) est vécu par la plupart des gens.	1	2	3	4	5	
11. Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	1	2	3	4	5	
12. Lorsque je passe à travers une période très difficile, je m'accorde l'affection et la tendresse dont j'ai besoin.	1	2	3	4	5	
13. Lorsque je me sens déprimé(e), j'ai tendance à penser que la plupart des gens sont probablement plus heureux que moi.	1	2	3	4	5	
14. Lorsque quelque chose de douloureux arrive, j'essaie de voir tous les côtés de la situation.	1	2	3	4	5	
15. J'essaie de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine.	1	2	3	4	5	
16. Lorsque je vois des aspects de moi que je n'aime pas, je me tape dessus, je me critique.	1	2	3	4	5	
17. Lorsque j'échoue à quelque chose d'important à mes yeux, j'essaie de mettre les choses en perspective.	1	2	3	4	5	
18. Lorsque j'ai vraiment de la difficulté, j'ai tendance à croire que les autres doivent avoir la vie plus facile.	1	2	3	4	5	
19. Je suis bon envers moi-même quand je souffre.	1	2	3	4	5	

ÉCHELLE DE NEFF (Suite)

Encerclez à droite de chaque énoncé, la fréquence avec laquelle vous faites les comportements décrits ci-dessous.

	Presque jamais					Presque toujours
	1	2	3	4	5	
20.	Lorsque quelque chose me contrarie, je me laisse emporter par mes émotions.	1	2	3	4	5
21.	Je peux être un peu sans cœur envers moi-même lorsque je vis une souffrance.	1	2	3	4	5
22.	Lorsque je me sens déprimé(e), j'essaie d'aborder mes sentiments avec ouverture et curiosité.	1	2	3	4	5
23.	Je suis tolérant(e) envers mes propres défauts et incapacités.	1	2	3	4	5
24.	Lorsque quelque chose de douloureux arrive, j'ai tendance à exagérer l'événement de façon disproportionnée.	1	2	3	4	5
25.	Lorsque j'échoue à quelque chose d'important à mes yeux, j'ai tendance à me sentir seul(e) face mon échec.	1	2	3	4	5
26.	J'essaie d'être compréhensif(ve) et patient(e) par rapport aux aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	1	2	3	4	5

Appendice Q
Test des affects moraux (TOSCA-3)

TOSCA-3¹

Vous trouverez ci-dessous des situations que des personnes sont susceptibles de rencontrer dans la vie quotidienne, ainsi que diverses réactions possibles et fréquemment exprimées.

En lisant chaque scénario, essayez de vous imaginer dans cette situation. Ensuite, indiquez jusqu'à quel point vous seriez porté(e) à réagir de la façon qui est décrite et ce, pour chacun des choix suggérés. Veuillez évaluer toutes les réponses possibles. En effet, une personne peut se sentir ou réagir de plusieurs façons pour une même situation, ou elle peut réagir de différentes manières à divers moments. Voici un exemple :

Vous vous levez tôt un samedi matin. Il fait froid dehors et il pleut.

a) Vous téléphonez à un ami pour prendre de ses nouvelles.

1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

b) Vous profitez de ce temps pour lire le journal.

1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

c) Vous êtes déçu(e) qu'il pleuve.

1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

d) Vous vous demandez pourquoi vous vous êtes levé(e) aussi tôt.

1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

Dans l'exemple précédent, j'ai répondu à TOUS les choix de réponse en encerclant un chiffre. Par exemple, j'ai encerclé "1" pour la réponse (a) parce que je ne voudrais pas réveiller un ami très tôt un samedi matin – il est donc peu probable que j'aurais agi de cette façon. J'ai encerclé le "5" pour la réponse (b) parce que je lis presque toujours le journal si j'en ai le temps le matin – c'est très probable. J'ai encerclé le "3" pour la réponse (c) parce que c'est tout aussi vrai que faux : quelques fois je suis déçu(e) qu'il pleuve et d'autres fois je ne le suis pas – cela dépend des activités que j'avais planifié de faire. Enfin, j'ai encerclé le "4" pour la réponse (d) parce que je me serais probablement demandé(e) pourquoi je me suis réveillée(e) aussi tôt.

Veuillez ne pas sautez d'items – cotez toutes les réponses.

¹ Traduit de l'anglais par Caron et Lapierre en 2009. Version originale : *The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)* (Tangney, Dearing, Wagner, & Gramzow, 2000).

TOSCA-3 (Suite)

1. Vous faites des plans pour rencontrer un(e) ami(e) sur l'heure du midi. Il est cinq heures pm et vous réalisez que vous avez oublié le rendez-vous et vous avez laissé attendre votre ami(e).

- | | |
|--|---|
| a) Vous penseriez : " Je manque vraiment de considération. " | 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable) |
| b) Vous penseriez : " Et bien, mon ami(e) comprendra. " | 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable) |
| c) Vous penseriez que vous devriez vous acheter auprès de lui le plus tôt possible. | 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable) |
| d) Vous penseriez : " C'est parce que mon patron m'a distrait juste avant l'heure du midi. " | 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable) |

2. Vous brisez quelque chose au travail et vous le cachez.

- | | |
|---|---|
| a) Vous penseriez : « Cela me rend nerveux. Je dois le réparer ou demander à quelqu'un d'autre de le faire. » | 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable) |
| b) Vous penseriez à quitter votre emploi. | 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable) |
| c) Vous penseriez : " Beaucoup de choses ne sont pas bien fabriquées de nos jours ". | 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable) |
| d) Vous penseriez : " C'était seulement un accident ". | 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable) |

3. Vous sortez le soir avec des amis et vous vous sentez particulièrement plein(e) d'esprit et attirant(e). L'époux(se) de votre meilleur(e) ami(e) semble tout spécialement apprécier votre compagnie.

- | | |
|---|---|
| a) Vous penseriez : «J'aurais dû être attentif à ce que mon(ma) meilleur(e) ami(e) ressentait». | 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable) |
|---|---|

TOSCA-3 (Suite)

3. Vous sortez le soir avec des amis et vous vous sentez particulièrement plein(e) d'esprit et attirant(e). L'époux(se) de votre meilleur(e) ami(e) semble tout spécialement apprécier votre compagnie.

- b) Vous vous sentiriez satisfait(e) de votre apparence et de votre personnalité. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous vous sentiriez enchanté(e) d'avoir fait si bonne impression. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous penseriez que votre meilleur(e) ami(e) devrait être plus attentif(ve) à son époux(se). 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- e) Probablement, vous éviteriez pendant longtemps de le(la) regarder dans les yeux. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

4. Au travail, vous attendez à la dernière minute pour planifier un projet et cela tourne mal.

- a) Vous vous sentiriez incompetent. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous penseriez : " Il n'y a jamais assez d'heures dans une journée." 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous vous diriez : « Je mérite d'être réprimandé pour ma mauvaise gestion de ce projet ». 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous penseriez : " Ce qui est fait est fait. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

5. Vous commettez une erreur au travail et vous constatez que c'est un(e) des vos collègues qui est blâmé(e) pour cette faute.

- a) Vous penseriez que la compagnie n'aime probablement pas votre collègue. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

TOSCA-3 (Suite)

5. Vous commettez une erreur au travail et vous constatez que c'est un(e) des vos collègues qui est blâmé(e) pour cette faute.

- b) Vous penseriez : " La vie est injuste. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous garderiez le silence et vous éviteriez ce collègue. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous vous sentiriez mécontent(e) et vous souhaiteriez corriger la situation. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

6. Depuis plusieurs jours vous reportez à plus tard un appel difficile à faire. À la dernière minute vous faites l'appel et vous réussissez à tourner la conversation à votre avantage, de sorte que tout s'arrange bien.

- a) Vous penseriez : " Je suis sans doute plus persuasif(ve) que je le croyais. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous regretteriez d'avoir retardé cette tâche. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous vous sentiriez lâche. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous penseriez : " J'ai fait du bon travail. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- e) Vous penseriez que vous ne devriez pas faire des appels qui vous stressent. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

7. En jouant, vous lancez une balle qui frappe votre ami(e) au visage.

- a) Vous vous sentiriez inadéquat(e), de ne pas même être capable de lancer une balle. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous penseriez que votre ami(e) a peut-être besoin de plus de pratique pour attraper une balle. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

TOSCA-3 (Suite)

7. En jouant, vous lancez une balle qui frappe votre ami(e) au visage.

c) Vous penseriez : " C'était juste un accident. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

d) Vous lui feriez des excuses et vous vous assureriez que votre ami(e) se sent mieux 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

8. Vous avez récemment déménagé et quitté votre famille. Tout le monde a été très généreux. Quelques fois que vous avez eu besoin d'emprunter de l'argent, mais vous les remboursiez aussitôt que vous le pouviez.

a) Vous vous sentiriez immature. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

b) Vous penseriez : " J'ai été vraiment malchanceux. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

c) Vous rendriez le service à votre tour aussitôt que vous le pourriez. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

d) Vous penseriez : " Je suis une personne de confiance. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

e) Vous seriez fier(fière) de vous parce que vous auriez payé vos dettes. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

TOSCA-3 (Suite)

9. Vous conduisez une automobile et vous frappez un petit animal.

- a) Vous vous diriez que l'animal n'aurait pas dû être sur la route. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous penseriez : "Je suis épouvantable." 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous penseriez : " Et bien, c'était un accident. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous vous sentiriez mal de n'avoir pas été plus attentif en conduisant. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

10. Vous sortez d'un examen en pensant que vous avez fait extrêmement bien. Finalement, vous constatez que votre performance a été très faible.

- a) Vous penseriez : " Et bien, ce n'était qu'un test. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous penseriez : " Le professeur ne m'aime pas. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous penseriez : "J'aurais dû étudier plus fort. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous vous sentiriez stupide. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

11. Vous et vos collègues avez travaillé très fort sur un projet. Votre patron vous rencontre en privé pour vous offrir un bonus, à vous uniquement, en raison du grand succès du projet.

- a) Vous vous diriez que votre patron ne voit pas clair. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous vous sentiriez seul et à part de vos collègues. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous trouveriez qu'il est payant d'avoir travaillé fort. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

TOSCA-3 (Suite)

11. Vous et vos collègues avez travaillé très fort sur un projet. Votre patron vous rencontre en privé pour vous offrir un bonus, à vous uniquement, en raison du grand succès du projet.

- d) Vous vous sentiriez compétent et fier de vous. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- e) Vous auriez l'impression que vous ne devriez pas accepter. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

12. Alors que vous sortez avec des amis, vous vous moquez d'un(e) ami(e) qui n'y est pas.

- a) Vous penseriez : « C'était juste pour rire, ça ne fait pas de mal, c'est inoffensif. » 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous vous sentiriez petit(e), vous auriez l'impression de vous le(la) trahissez. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous penseriez que cet(te) ami(e) aurait peut-être dû être présent(e) pour se défendre. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous vous excuseriez et vous parleriez des points positifs de cette personne. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

13. Vous commettez une grosse erreur sur un projet important au travail. Les gens se fiaient sur vous et votre patron vous critique.

- a) Vous vous diriez que votre patron aurait dû être plus clair sur ce qu'il attendait de vous. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous auriez le goût de disparaître, de vous cacher. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

TOSCA-3 (Suite)

13. Vous commettez une grosse erreur sur un projet important au travail. Les gens se fiaient sur vous et votre patron vous critique.

- c) Vous penseriez : "J'aurais dû reconnaître le problème et faire un meilleur travail. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous penseriez : "Personne n'est parfait." 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

14. Vous vous portez volontaire pour aider à l'organisation de jeux paralympiques pour les enfants handicapés de votre région. Le travail s'avère frustrant et prend beaucoup de temps. Vous pensez sérieusement à cesser, puis vous voyez à quel point les enfants sont contents.

- a) Vous vous trouveriez égoïste et vous penseriez que vous êtes, au fond, une personne paresseuse. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous sentiriez que vous avez été forcé(e) de faire quelque chose que vous ne vouliez pas faire. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous penseriez : " Je devrais me sentir plus concerné(e) par ceux qui sont moins fortunés. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous vous sentiriez bien d'avoir aidé d'autres personnes. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- e) Vous vous sentiriez très satisfait de vous-même. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

TOSCA-3 (Suite)

15. Vous prenez soin du chien de votre ami(e) pendant qu'il(elle) est en vacances. Le chien s'enfuit.

- a) Vous penseriez : " Je suis irresponsable et incompétent. " 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous penseriez que votre ami(e) ne devait pas prendre très bien soin de son chien, sans quoi il ne se serait pas enfui. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous vous feriez la promesse de faire plus attention la prochaine fois. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous penseriez que votre ami(e) pourrait simplement s'acheter un nouveau chien. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

16. Vous participez à la pendaison de crémaillère d'un(e) collègue et vous renversez du vin rouge sur son nouveau tapis de couleur crème. Vous pensez que personne ne l'a remarqué.

- a) Vous vous dites que votre collègue aurait dû s'attendre à quelques accidents dans un si gros party. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- b) Vous resteriez tard pour aider à nettoyer la tache après le party. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- c) Vous souhaiteriez être n'importe où ailleurs sauf au party. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)
- d) Vous vous demanderiez pourquoi votre collègue a choisi de servir du vin rouge avec son nouveau tapis pâle. 1---2---3---4---5
(Peu probable) (Très probable)

Appendice R
Échelle de Dejong et Overholser

ÉCHELLE DE DEJONG & OVERHOLSER¹

Veillez indiquer jusqu'à quel point vous êtes d'accord actuellement avec chacun des énoncés qui suivent.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Passablement	Beaucoup					
	0	1	2	3	4					
1	Je suis une personne de valeur.					0	1	2	3	4
2	J'ai accompli beaucoup de choses dans ma vie.					0	1	2	3	4
3	Je suis au moins aussi bon(ne) que la plupart des gens.					0	1	2	3	4
4	Si je fais des efforts, je peux accomplir tout ce que je veux					0	1	2	3	4
5	Je crois que les choses vont bien aller pour moi dans le futur.					0	1	2	3	4
6	J'ai réussi dans des domaines importants de ma vie.					0	1	2	3	4
7	Même si les problèmes empirent, je sais que les choses vont s'améliorer.					0	1	2	3	4
8	Je suis plein(e) d'espoir pour mon futur.					0	1	2	3	4
9	Je pense que je suis une bonne personne.					0	1	2	3	4
10	Je crois que je peux faire de mon futur ce que je souhaite.					0	1	2	3	4
11	J'ai plusieurs bonnes qualités.					0	1	2	3	4
12	J'ai le sentiment que je peux faire face à plusieurs des problèmes.					0	1	2	3	4
13	Je suis reconnaissant(e) pour les bonnes choses que j'ai dans ma vie.					0	1	2	3	4

¹ Traduit de l'anglais par Caron et Lapierre en 2010. Version originale : *Coping Attitudes Scale (CAS)* (Dejong, & Overholser, 2007).

ÉCHELLE DE DEJONG & OVERHOLSER (Suite)

Veillez indiquer jusqu'à quel point vous vous êtes d'accord actuellement avec chacun des énoncés qui suivent.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Passablement	Beaucoup	
	0	1	2	3	4	
14	Même lorsque j'ai des problèmes, je sais que je peux les tolérer.	0	1	2	3	4
15	J'ai beaucoup de projets excitants pour le futur.	0	1	2	3	4
16	Même lorsque j'ai des problèmes, je sais qu'ils ne vont pas durer très longtemps.	0	1	2	3	4
17	Quand il y a des problèmes, je peux habituellement trouver le bon côté d'une situation difficile. (Je fais contre mauvaise fortune bon cœur).	0	1	2	3	4
18	Je sais que je peux devenir ami(e) avec d'autres personnes.	0	1	2	3	4
19	Mes problèmes actuels ne sont pas très graves.	0	1	2	3	4
20	La vie est habituellement amusante, intéressante et excitante.	0	1	2	3	4
21	Je crois que je peux faire face à presque n'importe quel problème auquel je peux être confronté(e).	0	1	2	3	4
22	Les bonnes choses n'arrivent pas toujours facilement, mais elles arrivent.	0	1	2	3	4
23	Même si perdre quelque chose peut être difficile, cela procure souvent l'occasion d'un nouveau début.	0	1	2	3	4

Appendice S
Entrevue semi-structurée

ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE

Questions relatives aux sentiments de culpabilité

1. Jusqu'à quel point (intensité et fréquence) diriez-vous que les sentiments de culpabilité sont présents pour vous dans votre quotidien? Expliquez.

2. Tout au cours de notre vie, nous faisons et nous posons de multiples choix et actions. Ainsi, il peut tous nous arriver de regretter d'avoir posé un geste, d'avoir dit une parole, ou de ne pas avoir fait ou dit quelque chose. Parfois, les regrets perdurent dans le temps et nous n'arrivons pas à nous en soulager. Nommer une ou plusieurs chose(s) ou situations que vous regrettez encore aujourd'hui et expliquez.

Avez-vous déjà tenté des moyens pour y remédier? Expliquez.

3. Certaines personnes se sentent coupables de choses ou de situations pour lesquelles d'autres ne leur reconnaissent pas une responsabilité dans la situation. D'autres encore se sentent coupables ou responsables de certains faits ou situations. Et même s'il leur arrive de se reprocher leur culpabilité, elles ont du mal à s'en libérer. Cela vous arrive-t-il? Donnez des exemples.

4. Il arrive que des pensées à propos de sujets ou de domaines particuliers nous viennent en tête régulièrement et s'avèrent dérangeantes. Cela vous arrive-t-il. Donnez quelques exemples.

Parmi ces pensées, certaines mobilisent-elles des sentiments de culpabilité pour vous? Expliquez.

Questions permettant de faire un portrait clinique du participant et de sa situation.

Qu'est-ce qui vous a motivé à participer à cette recherche et quelles sont vos attentes? (*Post-test* : En pensant à vos objectifs et attentes avant d'entreprendre le processus, diriez-vous que vous les avez atteints? Développez.)

Quelle est votre situation actuelle et quelles sont vos difficultés présentement?

Si vous aviez à vous présenter, que diriez-vous de vous et de votre façon d'être en relation? Qu'est-ce qu'une personne qui vous connaît très bien dirait de vous?

Si le(la) participant(e) a répondu qu'il avait un diagnostic psychologique ou physique, on pose la question qui suit. Vous avez mentionné une difficulté psychologique ou physique de l'ordre de... De quelle façon cela a un impact sur votre quotidien dans les divers domaines de votre vie?

Questions propres au post-test (relance) seulement.

Quels progrès/évolution/différences constatez-vous depuis le début des rencontres jusqu'à maintenant? À quoi attribuez-vous ces changements?

Nommez ce qui a été le plus aidant/le moins aidant dans l'ensemble du processus.

Y a-t-il des événements importants qui se sont produits dans votre vie depuis que vous avez complété les questionnaires la première fois?

Si oui, lequel(lesquels) :
