

Guide de pratique pour le traitement des troubles psychotiques par les thérapies de groupe cognitivo-comportementales de la troisième vague

Ouellet, G., Ngô, T. L.

1^{re} édition

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal
2024

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal

Montréal, QC, Canada

2024

978-2-925053-39-2

Dépôt légal 2e trimestre 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2024

Bibliothèque et Archives Canada 2024

1^{ère} édition

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et les approches cognitivo-comportementales de troisième vague pour les personnes souffrant de troubles psychotiques.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et al. (2008) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de TCC.

Il est préférable que les TCC de la troisième vague pour la psychose soient offertes par des cliniciens qui possèdent une bonne connaissance de la psychose et de la TCC et/ou des TCC de la troisième vague. Des supervisions de groupe par les pairs ou en individuel par un thérapeute expérimenté sont essentielles.

À PROPOS DES AUTRICES

Geneviève Ouellet est fellow en psychiatrie à l'Université de Montréal en thérapie cognitivo-comportementale. Elle a complété sa résidence en psychiatrie ainsi que son doctorat en médecine à l'Université Laval. Ses champs d'intérêt sont les troubles psychotiques et les thérapies cognitivo-comportementales de deuxième et troisième vague.

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Table des matières

Section 1 : Introduction	6
1.1 Historique des thérapies cognitivo-comportementales de la psychose	6
1.2 Évolution vers les TCC de la troisième vague	8
1.3 Caractéristiques générales des TCC de la troisième vague.....	9
1.4 Efficacité générale des TCC de la troisième vague.....	10
1.5 Les TCC de la troisième vague pour la psychose.....	11
1.6 Efficacité des TCC de la troisième vague pour la psychose	12
1.7 Intérêt des approches de groupe.....	13
Section 2 : Traitement pharmacologique	14
Section 3 : Éléments communs à la préparation des groupes.....	15
3.1 Modalités des groupes.....	15
3.2 Sélection des groupes	15
3.3 Rencontre d'évaluation	16
3.4 Échelles et instruments de mesure	19
3.4.1 Échelles générales.....	19
3.4.2 Échelles spécifiques aux approches.....	21
3.5 Adaptations à la clientèle.....	23
3.5.1 Pratiques de pleine conscience.....	23
3.5.2 Exacerbation de la détresse et des symptômes psychotiques.....	24
3.5.3 Difficultés cognitives et de mentalisation	25
3.5.4 Absences	25
3.6 Climat de groupe et relation thérapeutique	26
3.7 Thérapeutes et supervision	26
3.8 Règles du groupe	27
Section 4 : Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT).....	28
4.1 Modèle général.....	28
4.2 Adaptation pour la psychose	30
4.3 Efficacité	32
4.4 Protocole de groupe.....	33
4.4.1 Séance 1.....	35
4.4.2 Séance 2.....	42
4.4.3 Séance 3.....	47
4.4.4 Séance 4.....	51
Section 5 : Thérapie fondée sur la compassion (TFC)	55
5.1 Modèle général.....	55
5.2 Adaptation pour la psychose	57
5.3 Efficacité	61
5.4 Protocole de groupe.....	62
5.4.1 Séance 1 : Apprendre à se connaître	63
5.4.2 Séance 2 : Comprendre nos émotions et nos désirs.....	71
5.4.3 Séance 3 : Qu'est-ce que la compassion et comment pouvons-nous devenir plus compatissants envers nous-mêmes?	76
5.4.4 Séance 4 : Intégrer la compassion dans notre quotidien.....	84
5.4.5 Séance 5 : S'éloigner de l'autocritique et se tourner vers l'autocompassation.....	87
5.4.6 Séance 6 : Accroître le sentiment de compassion	90

Section 6 : Thérapie comportementale dialectique (TCD)	95
6.1 Modèle général.....	95
6.2 Adaptation pour la psychose	96
6.3 Efficacité	97
6.4 Protocole de groupe.....	98
6.4.1 Séance 1.....	100
6.4.2 Séance 2.....	109
6.4.3 Séance 3.....	112
6.4.4. Séance 4.....	114
6.4.5 Séance 5.....	116
6.4.6 Séance 6.....	119
6.4.7 Séance 7.....	122
6.4.8 Séance 8.....	127
Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement	131
7.1 Fiches de conceptualisation ACT	132
7.2 Fiche de conceptualisation TFC.....	137
7.3 Fiche de conceptualisation TCD	138
7.4 Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS).....	140
7.5 Inventaire de Beck pour la dépression.....	145
7.6 Inventaire de Beck pour l'anxiété.....	146
7.7 Fiches de travail ACT	148
Bibliographie.....	154

Section 1 : Introduction

Note sur les termes employés

En cohérence avec une approche déstigmatisante et dépathologisante des troubles psychotiques, nous avons privilégié lorsque possible l'utilisation de termes tels que psychose, perceptions/croyances inhabituelles et voix plutôt que schizophrénie, délires et hallucinations.

1.1 Historique des thérapies cognitivo-comportementales de la psychose

Les troubles psychotiques sont caractérisés par une perte de contact avec la réalité qui peut se manifester par des croyances inhabituelles (délires), des perceptions inhabituelles (hallucinations), ainsi qu'une désorganisation de la pensée et du comportement. Ces troubles sont souvent accompagnés d'autres manifestations comme un retrait social, de l'apathie, de l'amotivation ainsi que des déficits neurocognitifs, menant à une altération significative du fonctionnement et une diminution de la qualité de vie pour les personnes qui en souffrent et leurs proches.

Les présentations tout comme l'évolution sont très hétérogènes et il apparaît que le pessimisme qui a prévalu au 20e siècle quant à ces conditions n'était pas basé sur des données probantes (Frese et al., 2009). Ce pessimisme, combiné à une vision essentiellement biologique de la psychose, a contribué avec d'autres facteurs à en faire une condition qui est malheureusement encore très stigmatisée par la population générale et également par ceux qui en souffrent.

Les troubles psychotiques sont regroupés dans le DSM-V (2013) dans la catégorie du « spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques », dans laquelle on retrouve entre autres la schizophrénie, le trouble psychotique bref, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant, le trouble psychotique induit par une substance et la personnalité schizotypique. Toutefois, les symptômes psychotiques peuvent se manifester dans plusieurs autres troubles mentaux incluant les troubles de l'humeur comme la maladie bipolaire et la dépression ainsi que dans des formes sévères d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel-compulsif et dans certains troubles de la personnalité.

Puisque les troubles psychotiques ont longtemps été considérés comme une maladie essentiellement biologique, le traitement reposait et repose encore principalement sur la

pharmacothérapie. Les traitements par la médication antipsychotique ont toutefois démontré leurs limites en termes d'efficacité, de tolérance et d'acceptabilité, considérant que 50% des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie continuent d'expérimenter des symptômes malgré une observance adéquate et qu'une minorité seulement atteint une rémission fonctionnelle (Lieberman et al., 2005; Robinson et al., 2004).

Ces limites ainsi que des changements sociaux comme la désinstitutionnalisation ont contribué au développement progressif d'approches psychosociales, dont des approches axées sur le rétablissement qui encouragent les individus à mener une vie satisfaisante, valorisante et nourrie par l'espoir, et ce, même en présence de symptômes (Commission de la santé mentale du Canada, 2020).

Dans les années 1990, la reconnaissance croissante du rôle des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux dans les troubles psychotiques a ouvert la voie à la thérapie cognitivo-comportementale de la psychose (TCCp).

La thérapie cognitivo-comportementale était alors déjà un traitement psychothérapeutique bien établi ayant démontré son efficacité dans une large gamme de psychopathologies. Les pionniers de la TCCp ont mis de l'avant l'idée que la distinction entre les personnes atteintes de troubles émotionnels et celles atteintes de troubles psychotiques n'était peut-être pas aussi fondamentale que ce que l'on croyait et que la principale différence était le type d'interprétations culturellement inappropriées que ces dernières font des événements (Morrison, 2001).

En effet, alors qu'une personne atteinte de trouble panique peut interpréter la tachycardie comme un signe de crise cardiaque imminente, une personne atteinte de trouble psychotique pourrait avoir l'interprétation qu'une entité contrôle ses organes. Dans les deux cas, ces interprétations amènent des réponses émotionnelles ainsi que des réponses comportementales qui peuvent être contre-productives et maintenir les symptômes. Avec l'appui d'une conceptualisation prenant en compte les événements de vie significatifs et les croyances y étant rattachées, on considérait maintenant que les expériences de ces individus étaient compréhensibles et que leurs croyances découlaient d'une tentative de donner un sens à des expériences parfois inhabituelles. Il devenait alors possible de modifier les interprétations avec une approche collaborative et respectueuse afin de diminuer la détresse qui leur était rattachée.

Les éléments essentiels de la TCCp sont le respect de la personne et de son expérience, une alliance thérapeutique solide, une approche collaborative suivant le rythme de la personne et des interventions cognitivo-comportementales dont l'objectif est de diminuer la détresse et d'améliorer le fonctionnement plutôt que la modification à tout prix des croyances ou l'éradication des symptômes psychotiques.

La TCCp bénéficie maintenant d'un appui empirique solide, avec plusieurs méta-analyses démontrant un effet léger à modéré sur les symptômes psychotiques ainsi que des bénéfices sur d'autres paramètres tels que la détresse, l'humeur, l'anxiété et le fonctionnement (Wykes et al., 2008; Bighelli et al., 2018). Cette efficacité est toutefois remise en question par certains auteurs (Jauhar et al., 2014; Lynch et al., 2010). La TCCp a surtout été étudiée en combinaison avec un traitement pharmacologique, mais une étude auprès de personnes refusant toute médication a montré une amélioration des symptômes de près de 60% à la suite de la TCCp, soit équivalente au taux moyen obtenu avec la médication (Morrison et al., 2014).

Actuellement, la TCCp est recommandée par plusieurs guides de pratique nationaux comme modalité de traitement en combinaison avec la médication.

Selon les lignes directrices canadiennes du traitement de la schizophrénie (Norman et al., 2017), la TCCp devrait être proposée à toutes les personnes diagnostiquées avec la schizophrénie dont les symptômes n'ont pas répondu de manière adéquate au traitement pharmacologique et qui présentent des symptômes persistants, notamment de l'anxiété ou de la dépression. La TCCp peut être initiée lors de la phase initiale, de la phase aiguë ou de la phase de maintien, y compris dans des milieux hospitaliers.

1.2 Évolution vers les TCC de la troisième vague

Malgré ces recommandations, la mise en œuvre efficace des interventions psychologiques dans les services responsables de la prise en charge des troubles psychotiques reste limitée (Schizophrenia Commission, 2012).

Ces thérapies peuvent être complexes et leur implantation a été limitée par le faible nombre de thérapeutes, l'accès limité à une formation et à une supervision adéquates et le manque de temps protégé pour le personnel chargé de mettre en œuvre ces interventions (Ince et al., 2016). En réponse à ces enjeux, des variantes plus brèves ou de groupe de la TCCp ont été développées, pour lesquelles les études bien que peu nombreuses suggèrent une efficacité limitée (Guajana et

al., 2022). Ces interventions ciblant des symptômes ou des problèmes spécifiques peuvent être longues et se multiplier lorsqu'il s'agit de répondre aux difficultés et besoins variés de cette clientèle qui dépassent les seuls symptômes psychotiques.

Par ailleurs, certains avancent que la TCCp accorde une importance excessive à la modification des symptômes et minimise le rôle des émotions (Birchwood et al., 2006). D'autres critiquent un accent mis sur les problèmes et les symptômes plutôt que sur les forces ou les valeurs. Des auteurs soulignent que dans la TCC en général, il n'a pas été démontré que le changement cognitif axé sur le contenu ajoutait beaucoup à l'efficacité des approches comportementales précédemment établies (Longmore et Worrell, 2007).

Ces critiques adviennent dans un contexte de réorientation des approches thérapeutiques vers des approches dites « basées sur les processus », soit des approches qui ciblent des processus psychologiques universels et donc transdiagnostiques fondés sur des preuves plutôt que des modèles thérapeutiques spécifiques aux multiples psychopathologies (Hayes et Hofmann, 2018). Ces approches sont également regroupées sous l'appellation de TCC de la troisième vague et comprennent principalement la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (ACT), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), la thérapie comportementale dialectique (TCD), la thérapie fondée sur la compassion (TFC) et l'activation comportementale.

1.3 Caractéristiques générales des TCC de la troisième vague

Bien qu'ayant chacune leurs particularités distinctives, les TCC de la troisième vague sont globalement caractérisées par une attitude d'ouverture et d'acceptation face aux expériences internes difficiles plutôt que par des stratégies de contrôle et de modification de ces expériences. Les expériences internes incluent notamment les pensées, les émotions, les sensations physiques et les impulsions. Ces approches s'appuient entre autres sur des études qui ont montré que la non-acceptation des expériences internes était associée à la psychopathologie et qu'une augmentation de l'acceptation prédisait des gains thérapeutiques (Cardaciotto et al., 2008; Herbert et al., 2010).

L'objectif principal n'est pas la réduction des symptômes, mais plutôt de changer la relation de la personne à ses expériences. La pleine conscience est un outil commun à toutes ces approches, permettant aux personnes de prendre une certaine distance face à leurs expériences et de les observer sans y réagir de façon automatique, ce qui leur donne plus de liberté d'agir en fonction

de ce qui est important pour elles. Ainsi, le fonctionnement et la qualité de vie peuvent être améliorés indépendamment de la présence de symptômes.

Les valeurs jouent un rôle important dans ces approches en reconnectant la personne à ce qui est réellement important pour elle, ce qui devient une source puissante de motivation intrinsèque et peut justifier le fait d'être en contact avec des expériences inconfortables.

L'autocompassion permet de se tourner de façon bienveillante vers des expériences douloureuses et de diminuer la honte et l'autocritique excessive.

Ces approches basées sur des processus de changement communs à tous les êtres humains assument qu'en tant qu'humains, nous avons tous à faire face à des difficultés et à vivre de la souffrance. Le thérapeute n'est donc pas l'expert, mais peut offrir un point de vue différent à la personne.

1.4 Efficacité générale des TCC de la troisième vague

Les approches de la troisième vague, bien que bénéficiant d'un appui empirique moins solide que la TCC classique, ont maintenant démontré leur efficacité pour plusieurs psychopathologies.

Selon la 12e division de l'American Psychological Association (APA), l'ACT est considérée comme hautement efficace pour la douleur chronique et modérément efficace pour la dépression, les troubles liés à l'usage de substances, l'anxiété mixte (incluant le trouble panique, l'anxiété sociale, le TOC et le TAG) et les troubles psychotiques.

La TCD a été principalement étudiée pour le traitement du trouble de personnalité limite, pour lequel son efficacité est maintenant bien reconnue (Storebo et al., 2020). Une littérature grandissante supporte son efficacité dans d'autres pathologies caractérisées par de la dysrégulation émotionnelle telles que les troubles liés à l'usage de substances, les troubles alimentaires, les troubles de l'humeur et le syndrome de stress post-traumatique, tant chez les adultes que chez les adolescents (Behavioral Tech Institute, 2024).

La thérapie fondée sur la compassion a une base empirique moins solide, mais une revue systématique et méta-analyse récente suggère des bénéfices en termes de compassion et de possible diminution de la symptomatologie clinique pour certaines populations cliniques (Millard

et al., 2023). Une série de méta-analyses incluant des populations cliniques et non cliniques suggère que la TFC permettrait de réduire plusieurs manifestations de détresse psychologique, particulièrement la dépression et l'autocritique, et d'améliorer la compassion envers soi-même et envers les autres (Petrocchi et al., 2023).

La MBCT a été initialement développée pour la prévention des rechutes dépressives et est maintenant recommandée en première ligne pour cette indication dans le CANMAT (Parikh et al., 2016). Les études démontrent à présent son efficacité en dépression aiguë et elle est de plus en plus étudiée pour d'autres conditions comme les troubles anxieux (Hofmann et al., 2010). La MBCT pour la psychose ne fait pas partie des approches présentées dans ce guide, mais des cliniciens s'intéressent à ses effets potentiellement bénéfiques pour les personnes souffrant de psychose. La MBCT ou d'autres approches basées sur la pleine conscience pourraient notamment aider à changer la relation avec les voix en favorisant leur acceptation et en diminuant les inquiétudes qui y sont reliées (Abba et al., 2008).

1.5 Les TCC de la troisième vague pour la psychose

Les caractéristiques des TCC de la troisième vague en font une approche prometteuse et en phase avec la vision actuelle du traitement des troubles psychotiques.

D'abord, l'objectif de changer la relation à l'expérience plutôt que la modification ou l'élimination de celle-ci est particulièrement adaptée aux troubles psychotiques, considérant que plusieurs personnes sont aux prises avec des symptômes de façon chronique. De plus, le changement de focus du contenu des expériences vers les processus sous-jacents peut limiter les risques de se trouver à confronter et invalider les croyances de la personne et fragiliser l'alliance qui est essentielle au succès de la thérapie. Les principaux mécanismes de changement ciblés sont la pleine conscience, l'acceptation et la compassion.

Ce changement de focus s'appuie également sur une littérature grandissante qui a débuté par les travaux de Romme et Escher (1989) démontrant que les perceptions et les croyances inhabituelles sont fréquentes dans la population générale et ne sont donc pas pathologiques en soi.

Notamment, une étude de Linscott et Van Os (2010) a conclu que les expériences psychotiques, incluant les délires et les hallucinations, sont de 3 à 28 fois plus répandues dans la population générale que la schizophrénie elle-même.

Ces trouvailles suggèrent que ce n'est donc pas le contenu ou les expériences comme telles qui sont problématiques, mais plutôt la façon d'être en relation avec elles qui peut le devenir. Ceci a mené à un changement de paradigme dans la façon de conceptualiser la psychose comme se trouvant sur un continuum d'expériences qui ne sont dorénavant plus considérées de façon dichotomique comme normales ou anormales. Cette approche de normalisation, déjà intégrée dans la TCCp, permet de diminuer la stigmatisation importante vécue et intériorisée par les personnes souffrant de psychose et favorise l'autocompassion.

Par ailleurs, les études démontrent que les personnes atteintes de psychose réagissent fréquemment par des stratégies contre-productives comme l'évitement des voix ou de situations déclenchant des pensées paranoïdes (Morris et al., 2014; Oliver et al., 2012). Le fait d'apprendre à être en contact avec ces expériences de façon moins menaçante par exemple avec des exercices de pleine conscience et d'accepter la présence de ces expériences peut s'avérer une alternative beaucoup plus efficace que la lutte constante avec celles-ci.

Cette plus grande acceptation des expériences psychotiques permet aux personnes d'agir non plus en réponse à ces expériences, mais en fonction de leurs valeurs et de ce qui est important pour elles. De par les événements de vie souvent traumatiques survenus avant la psychose ainsi que l'expérience de la psychose elle-même et de ses conséquences psychosociales, il est fréquent que ces individus aient perdu de vue leurs valeurs et vivent une perte de sens.

En considérant la personne dans son ensemble et non comme une personne malade avec des symptômes à traiter, celle-ci peut retrouver une identité plus positive, essentielle au processus de rétablissement (Goodliffe et al., 2014).

1.6 Efficacité des TCC de la troisième vague pour la psychose

Bien que ces approches soient prometteuses dans le traitement de la psychose, la recherche à ce sujet n'en est qu'à ses débuts. Des méta-analyses regroupant ces différentes approches suggèrent des bénéfices en termes de réduction de la symptomatologie globale et psychotique et de la qualité de vie (Cramer et al., 2016; Louise et al., 2018; Jansen et al., 2020). La quantité et

la qualité méthodologique des études disponibles jusqu'à présent ne permettent toutefois pas de tirer des conclusions claires quant à leur efficacité. Les résultats d'études spécifiques aux approches présentées dans ce guide sont détaillés dans leur section respective.

1.7 Intérêt des approches de groupe

Les TCCp de la troisième vague sont offertes en format individuel ainsi que de groupe.

Compte tenu de l'accès limité à la thérapie individuelle et du fait que les interventions de groupe ont des avantages propres à ce format, nous avons choisi de présenter dans ce guide des approches de groupe. En effet, en plus d'être plus accessibles et moins coûteuses, ces interventions offrent également une opportunité unique aux participants de voir que leurs expériences sont partagées par d'autres, ce qui peut diminuer la honte et le sentiment d'exclusion. De plus, les groupes offrent des opportunités de socialisation et peuvent donc aider à briser l'isolement qui est fréquent dans cette population.

La thérapie de groupe fournit naturellement un environnement dans lequel les facteurs thérapeutiques de groupe tels que l'espoir, la cohésion, l'universalité, l'identification, l'apprentissage interpersonnel et l'altruisme peuvent être mis à contribution (Yalom, 1995). Le groupe peut devenir une expérience correctrice pour les participants par le biais d'expériences positives de validation et de soutien.

Par ailleurs, certaines de ces approches sont manualisées et nécessitent une formation beaucoup plus courte. Cela permet à d'autres professionnels de la santé d'offrir ces interventions, favorisant ainsi leur accessibilité et leur dissémination.

Section 2 : Traitement pharmacologique

Pour le traitement pharmacologique des troubles psychotiques, voir : Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques (Paquette Houde et al., 2018).

Section 3 : Éléments communs à la préparation des groupes

3.1 Modalités des groupes

Les approches qui sont présentées dans ce guide ont été développées pour une clientèle ambulatoire. Toutefois, des patients hospitalisés pourraient également en bénéficier à condition d'adapter le contenu et la durée en fonction de l'état des participants. De plus, certains enjeux reliés aux hospitalisations comme les durées variables de séjour peuvent complexifier l'organisation de groupes et sont à considérer.

Par exemple, l'approche ACT for Life présentée dans ce guide a été adaptée afin que les quatre séances soient réparties sur 2 semaines plutôt que 4 et qu'elles soient d'une durée de 50 minutes plutôt que 2h.

Les approches présentées dans ce guide sont offertes en groupe fermé, car chaque séance s'appuie sur les apprentissages faits dans les séances précédentes. De plus, ce type de groupe favorise davantage la confiance, la sécurité et la cohésion, qui sont des facteurs contribuant au succès de la thérapie.

Des séances de consolidation peuvent être offertes afin de consolider les apprentissages et de permettre aux participants de se revoir, ce qui peut faciliter l'étape de terminaison des groupes.

3.2 Sélection des groupes

La taille des groupes recommandée est généralement de 5 à 10 participants pour 2 thérapeutes. Il est préférable que les participants sélectionnés soient à un stade similaire d'évolution ou aient des objectifs de rétablissement comparables (par exemple premier épisode versus évolution plus chronique), ce qui peut favoriser le sentiment d'universalité et l'espoir, particulièrement pour les participants en début d'évolution. On recommande également dans la mesure du possible d'avoir un groupe homogène en termes de fonctionnement cognitif.

Il est préférable d'avoir un minimum de deux personnes de même genre dans les groupes. S'il y a une disparité importante homme/femme, ceci peut être discuté avec le groupe.

3.3 Rencontre d'évaluation

Chaque participant potentiel doit être rencontré avant le début des groupes afin de procéder à une évaluation clinique, lui présenter un aperçu des groupes et de l'approche utilisée, discuter de ses attentes, de ses objectifs et de toute inquiétude qu'il pourrait avoir.

Ce premier contact est l'occasion de favoriser l'engagement du participant et d'établir une bonne alliance thérapeutique. Le thérapeute doit s'assurer d'instaurer un climat sécuritaire et respectueux, en démontrant à la personne qu'il respecte ses limites et son rythme, quitte à ne pas obtenir toute l'information désirée. Il est important d'être validant par rapport aux difficultés vécues et aux stratégies mises en place pour soulager la détresse. Cette rencontre est également l'occasion de faire des interventions de normalisation.

La normalisation est le processus par lequel les expériences vécues par les personnes souffrant de psychose sont comparées à des expériences similaires vécues par des personnes n'ayant pas de psychopathologie. Ainsi, la plupart des gens pourraient vivre des symptômes psychotiques s'ils étaient soumis à un stress considérable (par exemple, un otage peut développer des hallucinations et de la paranoïa). De plus, les croyances et perceptions inhabituelles sont retrouvées dans des populations non cliniques. La normalisation est très importante considérant les effets de la stigmatisation envers ces personnes qui sont vues comme fondamentalement différentes et vivent de l'exclusion, ce qui peut entraîner de la honte et des symptômes dépressifs. Elle peut aussi offrir une compréhension alternative des expériences vécues et diminuer la « peur de devenir fou » (Kingdon, 1994).

L'évaluation clinique suit une structure standard avec une importance particulière accordée aux éléments suivants :

- Le contexte de vie actuel de la personne, incluant son occupation, ses sources de revenus, son réseau social et de soutien et la qualité de ces relations;
- Ses habitudes de vie : tabagisme, consommation d'alcool et drogues, sommeil, exercice physique, jeu pathologique;
- Ses difficultés actuelles : identifier ce qui empêche la personne d'atteindre ses objectifs et ce qu'elle souhaiterait changer avec la thérapie. Selon les difficultés identifiées, explorer le contexte dans lequel elles surviennent, leurs possibles fonctions, les stratégies d'adaptation (aidantes et moins aidantes) ainsi que les facteurs précipitants, de maintien

et protecteurs. Explorer la compréhension qu'a la personne de ses difficultés et la signification qu'elle leur attribue;

- Son fonctionnement actuel;
- Les symptômes psychotiques (délires, hallucinations, symptômes négatifs) si ceux-ci ne font pas partie des difficultés actuelles identifiées. Explorer le contexte dans lequel surviennent les symptômes, leur fonction, leur signification pour la personne, les croyances associées, leur intensité, leur niveau d'interférence avec le fonctionnement, la détresse associée, la façon de répondre aux symptômes (évitement, résistance, engagement) ainsi que les stratégies d'adaptation et leur efficacité. Si possible, obtenir les circonstances entourant les premières manifestations psychotiques;
- Les antécédents de traumatisme si le lien de confiance est suffisant;
- Une évaluation du risque suicidaire et hétéroagressif incluant la présence d'hallucinations impératives et le degré de contrôle face à celles-ci;
- Une revue des symptômes psychiatriques pertinents permettant d'évaluer les comorbidités telles que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, le TOC, l'état de stress post-traumatique et les troubles liés à l'usage de substances;
- Des éléments de l'histoire longitudinale selon le niveau de confort de la personne, concernant son enfance, le système familial, les expériences d'attachement, les événements marquants incluant les événements traumatisques, le cheminement scolaire et professionnel et les relations significatives;
- Les intérêts, les activités qu'elle aime faire, les forces, les qualités, les valeurs et les objectifs de vie;
- Le suivi psychiatrique actuel de la personne, les diagnostics et les traitements (pharmacologiques et psychosociaux), l'efficacité perçue des traitements actuels et antérieurs, ce qu'elle trouve aidant ou non, son attitude par rapport au système psychiatrique et les antécédents d'hospitalisation ou de traitements involontaires;
- Les objectifs de la personne face au groupe, la motivation au changement, les attentes concernant la thérapie et les obstacles et difficultés anticipés (internes et externes);
- L'examen mental, notamment les capacités cognitives de compréhension et de concentration ainsi que la présence de désorganisation de la pensée.

Également, les éléments spécifiques à l'approche thérapeutique spécifique seront recherchés et permettront d'enrichir la conceptualisation :

- En ACT : les facteurs de flexibilité et de rigidité psychologique tels que l'évitement expérientiel, la fusion cognitive, le contact avec le moment présent et l'engagement dans des actions en lien avec les valeurs. Voir la fiche de conceptualisation à la section 7.1.
- En TFC : identifier les éléments qui activent les différents systèmes (menace, apaisement, motivation) actuellement et historiquement selon le modèle des trois cercles. Une formulation basée sur la menace peut être faite en identifiant les menaces qui ont affecté la personne dans son développement (croyances envers elle et les autres), les craintes que ces expériences ont laissées (les menaces externes et internes), les stratégies de sécurité développées pour empêcher la survenue de ces menaces et les conséquences imprévisibles et indésirables de ces stratégies de sécurité. Voir la fiche de conceptualisation à la section 7.2.
- En TCD : identifier des comportements ciblés problématiques pour la personne, faire l'analyse en chaîne et évaluer les déficits en compétence contributoires. Voir la fiche de formulation à la section 7.3.

Une conceptualisation préliminaire peut être faite afin de mieux saisir les particularités du participant, ses forces et ses vulnérabilités, ce qui permettra d'en tenir compte dans la mesure du possible lors des groupes.

Une impression diagnostique est faite, mais il est à noter qu'un diagnostic précis n'est pas requis pour la participation aux groupes, puisque ces interventions peuvent bénéficier à toute personne ayant eu ou ayant actuellement des symptômes psychotiques.

Cette rencontre permet également d'anticiper des problèmes potentiels que les participants pourraient ne pas être à l'aise de partager en groupe (par exemple des difficultés de lecture ou de l'anxiété à l'idée de parler devant le groupe). De la résolution de problèmes est faite avec les difficultés anticipées. Si le participant consomme de l'alcool ou des drogues, des stratégies peuvent être discutées pour s'assurer que la personne n'ait pas consommé lors des groupes.

Il est recommandé de discuter avec les participants de la possibilité que certains exercices ou thèmes abordés puissent entraîner une augmentation temporaire de la détresse et des symptômes, afin d'identifier les meilleures stratégies à employer si cela se produit.

3.4 Échelles et instruments de mesure

Des échelles peuvent être utilisées au début et à la fin de la thérapie pour en mesurer l'efficacité sur différents paramètres. Nous en présentons ici quelques-unes parmi lesquelles choisir selon le profil des groupes. Il ne s'agit pas d'outils diagnostiques, mais plutôt d'outils permettant de documenter la présence et la sévérité de certains paramètres cliniques.

3.4.1 Échelles générales

Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS)

Ce questionnaire administré par le clinicien permet de mesurer les différentes dimensions des hallucinations auditives et des idées délirantes. Il détaille la durée, la fréquence, l'intensité et l'impact fonctionnel des symptômes psychotiques. Il est disponible dans la section 7.4.

Inventaire de Beck pour la dépression

Ce questionnaire autoadministré permet d'identifier et de mesurer la gravité des symptômes dépressifs qui peuvent découler des symptômes psychotiques et vice-versa. Il est disponible dans la section 7.5.

Calgary Depression Scale for Schizophrenia

Il s'agit d'une échelle de symptômes administrée par le clinicien qui prend la forme d'une entrevue semi-structurée. Cette échelle a été spécifiquement conçue pour les personnes avec un diagnostic de schizophrénie et elle permet de distinguer les symptômes dépressifs des symptômes négatifs qui peuvent être confondants.

L'échelle est disponible gratuitement en français avec permission ici :

<https://cumming.ucalgary.ca/research/calgary-depression-scale-schizophrenia/languages-l>

Inventaire de Beck pour l'anxiété

L'anxiété est souvent présente lors d'un épisode psychotique et les troubles anxieux sont une comorbidité fréquente. Cette échelle autoadministrée permet d'évaluer plus spécifiquement les symptômes anxieux. Elle est disponible dans la section 7.6.

Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

Guide de pratique pour le traitement des troubles psychotiques par les thérapies de groupe cognitivo-comportementales de la troisième vague

Cette échelle autoadministrée de la détresse psychologique est subdivisée en quatre domaines : le bien-être, les symptômes, le fonctionnement et le risque. Elle a été utilisée dans plusieurs évaluations de thérapies psychologiques pour les personnes atteintes de psychose.

Elle est disponible en français ici :

https://www.coresystemtrust.org.uk/wp-content/uploads/2024/02/CORE-OM_French_FM.pdf

Sheehan Disability Scale

Cette mesure autoadministrée examine les déficits fonctionnels dans trois domaines : travail/études, vie sociale/loisirs, et vie familiale/responsabilités domestiques. La personne évalue dans quelle mesure ses difficultés ont interféré avec ces domaines de la vie au cours de la semaine écoulée. L'échelle présente de bonnes propriétés psychométriques et est sensible aux effets du traitement. Elle peut être intéressante pour mesurer le degré d'interférence des symptômes sur le fonctionnement. Elle est disponible en français ici : http://www.cran.qc.ca/sites/default/files/outils/echelleinvaliditesheehan_francais.pdf.

Questionnaire about the Process of Recovery

Le Questionnaire about the Process of Recovery (Neil et al., 2009) est un instrument de mesure autoadministré développé en collaboration avec des utilisateurs de services afin de prendre en compte les aspects du rétablissement qui étaient jugés les plus significatifs par ceux-ci. Le QPR a des propriétés psychométriques acceptables et est associé au bien-être psychologique général, à la qualité de vie et à l'autonomisation, qui sont tous des éléments cruciaux dans le processus de rétablissement.

Il est disponible ici :

[https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/early-intervention-in-psychosis-teams-\(eipn\)/eipn-questionnaire-about-the-process-of-recovery-15-item.pdf?sfvrsn=a754873b_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/early-intervention-in-psychosis-teams-(eipn)/eipn-questionnaire-about-the-process-of-recovery-15-item.pdf?sfvrsn=a754873b_2)

Client Satisfaction Questionnaire

Le Client Satisfaction Questionnaire (Larsen et al., 1979) n'est pas un outil de mesure, mais permet d'évaluer l'appréciation et l'utilité des groupes pour les participants, ce qui permet d'obtenir de la rétroaction constructive et d'apporter des modifications aux groupes subséquents.

Il est disponible ici : <https://www.recoveryanswers.org/assets/csq.pdf>

3.4.2 Échelles spécifiques aux approches

- **ACT**

The Acceptance and Action Questionnaire – II (Bond et al., 2011)

Ce questionnaire autoadministré est conçu pour mesurer la flexibilité psychologique. Des résultats élevés suggèrent une plus grande acceptation des expériences mentales et la persistance dans la poursuite des objectifs de vie valorisés en présence de ces expériences. Une version française a été validée et présente de bonnes propriétés psychométriques.

L'étude de validation avec l'échelle est disponible en français ici :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1162908809000449?via%3Dihub>

Valuing Questionnaire (Smout et al., 2014)

Cette échelle autoadministrée permet d'évaluer dans quelle mesure un individu vit en cohérence avec ses valeurs. Elle est composée de deux sous-échelles, soit l'engagement à vivre selon ses valeurs et les obstacles à cet engagement.

Elle est disponible gratuitement ici :

<https://novopsych.com.au/assessments/formulation/valuing-questionnaire-vq/>

Cognitive fusion questionnaire (Gillanders et al., 2014)

Cette échelle autoadministrée permet d'évaluer la fusion cognitive, soit la domination excessive des événements verbaux ou cognitifs sur le comportement.

Le questionnaire est disponible gratuitement en anglais dans l'étude de validation de cette échelle :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789413000713?via%3Dihub>

- **TFC**

Social Comparison Scale (Allan et Gilbert, 1995)

Cette échelle autoadministrée permet de mesurer les perceptions de rang social et de la position sociale relative. Les questions couvrent les jugements relatifs au rang, l'attractivité et la manière dont la personne pense s'intégrer aux autres dans la société. Des scores faibles indiquent un sentiment d'infériorité et de faible rang social.

Elle est disponible gratuitement en anglais avec permission ici :

<https://www.compassionatemind.co.uk/resource/scales>

Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (Gilbert et al., 2004)

La FSCRS est une échelle autoadministrée qui mesure l'autocritique et la capacité à se rassurer, en évaluant les différentes façons dont les gens pensent et se sentent à propos d'eux-mêmes lorsqu'ils vivent des difficultés. L'échelle mesure trois composantes : deux formes d'autocritique, soit le soi inadéquat, qui se concentre sur un sentiment d'insuffisance personnelle, et le soi haï, qui mesure le désir de se faire du mal ou de se persécuter, ainsi qu'une forme d'autoréassurance, le soi rassurant.

Elle est disponible gratuitement en français avec permission ici :

<https://www.compassionatemind.co.uk/resource/scales>

Voici les instructions de cotation pour les trois composantes : le soi inadéquat (is), le soi réassurant (rs) et le soi haï (hs).

1. is 2. is 3. rs 4. is 5. rs 6. is 7. is 8. rs 9. hs 10. hs 11. rs
12. hs 13. rs 14. is 15. hs 16. rs 17. is 18. is 19. rs 20. is 21. rs 22. hs

Self-Compassion Scale – Short Form (Raes et al., 2011)

L'échelle d'autocompassion est un questionnaire autoadministré utilisé pour mesurer les capacités d'autocompassion, c'est-à-dire l'aptitude à accueillir les sentiments de souffrance avec un sentiment de chaleur, de connexion et de sollicitude. La forme courte a été validée.

L'échelle est disponible gratuitement ici avec des informations sur l'interprétation :

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2021/03/SCS-SF-information.pdf>

- **TCD**

Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS (Gratz et Roemer, 2004)

L'échelle de difficultés de régulation des émotions est une mesure autoadministrée qui évalue les difficultés liées à six composantes de la régulation émotionnelle : le manque de clarté émotionnelle, le manque de conscience émotionnelle, la non-acceptation des réactions émotionnelles, l'accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle, la difficulté à contrôler les impulsions et la difficulté à s'engager dans un comportement orienté vers un objectif. Elle possède de bonnes propriétés psychométriques.

Elle est disponible gratuitement ici :

<https://novopsych.com.au/assessments/formulation/difficulties-in-emotion-regulation-scale/>

3.5 Adaptations à la clientèle

Certaines adaptations doivent être faites afin d'augmenter l'efficacité des interventions et la rétention des participants.

3.5.1 Pratiques de pleine conscience

Les exercices de pleine conscience font partie intégrante des thérapies de la troisième vague. L'objectif est de favoriser une perspective décentrée en relation aux expériences internes en général et plus spécifiquement les expériences psychotiques, permettant à la personne d'observer son expérience avec curiosité et compassion, sans chercher à la modifier, plutôt que d'y réagir par des réponses habituelles telles que la rumination et l'évitement qui maintiennent la détresse (Chadwick et al., 2005). Pour certaines personnes, les exercices de pleine conscience peuvent causer de la détresse et augmenter la dissociation ou les voix. La littérature à ce sujet suggère qu'avec certaines adaptations, la pleine conscience peut être utilisée de façon sécuritaire avec les personnes souffrant de psychose (Chadwick, 2014; Langer et al., 2012). À ce jour, trois adaptations principales de la pratique de la pleine conscience ont été proposées pour les personnes ayant des symptômes psychotiques (Chadwick, 2006). Premièrement, la durée des exercices est limitée à 10 minutes, ce qui est généralement le maximum que ces personnes peuvent tolérer. Deuxièmement, des instructions pendant la pratique sont données toutes les 30 à 60 secondes, ce qui permet d'éviter les silences prolongés. Certains auteurs recommandent même des pauses d'un maximum de 10 secondes (Butler et al., 2016). Ceci permet d'aider les personnes à se décenter des expériences psychotiques (par exemple les voix) et des réponses à celles-ci (comme la rumination et la lutte), et facilite le maintien de l'attention sur l'expérience du moment présent. Les symptômes psychotiques sont également explicitement mentionnés au cours de la pratique, ce qui favorise la normalisation de ces expériences et les situe au même niveau que les autres expériences internes telles que les pensées, les émotions et les sensations. Les observations quant aux expériences notées sont aussi abordées lors du retour suivant l'exercice. En partageant leurs expériences internes avec le groupe, les participants apprennent à identifier, exprimer et valider leurs émotions, réduisant ainsi le besoin de se couper de leur expérience. De plus, ils sont amenés à observer la nature éphémère et

immatérielle des événements mentaux, en particulier des émotions, ce qui vise à accroître la tolérance à la détresse (Linehan, 1993). Finalement, la pratique de la pleine conscience est encouragée entre les séances de thérapie, mais il ne s'agit pas d'une exigence.

Le concept de fenêtre de tolérance peut être expliqué aux participants. Il s'agit d'un mode où la personne est capable d'être avec ou d'explorer son expérience ainsi que d'être attentive et comprendre les nouvelles informations provenant d'elle-même ou des autres. Il s'agit du mode souhaité lors des exercices de pleine conscience. Au contraire, la personne peut se trouver dans un mode « déconnecté », où elle peut se sentir engourdie et peu en contact avec ses expériences intérieures, ou bien dans un mode « fuite ou lutte » où elle peut avoir des expériences envahissantes et une envie de fuir. Plusieurs stratégies peuvent aider la personne à revenir dans sa fenêtre de tolérance : ouvrir les yeux, tenir son pouce, se frotter les mains, se lever et marcher, se centrer sur la sensation d'ancrage avec les pieds au sol, respirer lentement, boire de l'eau, nommer mentalement cinq choses qu'elle peut voir, entendre ou ressentir ou encore se mettre de l'eau sur le visage.

Les enregistrements des exercices de pleine conscience sont fournis aux participants selon le format le plus pratique. Il est suggéré de vous enregistrer afin de donner cette version aux participants. Si cela n'est pas possible, des liens vers des audios sont fournis pour les différentes approches présentées.

3.5.2 Exacerbation de la détresse et des symptômes psychotiques

Tel que mentionné, il est possible que certains participants expérimentent une exacerbation de la détresse ou des symptômes psychotiques lors des groupes. La gestion de ces situations est plus facile si cette éventualité a été discutée préalablement avec les participants. Différentes options s'offrent aux thérapeutes selon le contexte, mais il peut être utile qu'un des deux thérapeutes sorte de la salle temporairement avec le participant pour l'aider à s'apaiser. Si un participant verbalise de la détresse en lien avec des propos paranoïdes, le thérapeute évite d'être en collusion ou d'argumenter et s'assure de valider et contenir l'affect sous-jacent : « C'est tout à fait compréhensible que vous vous sentiez effrayé si vous pensez que les autres veulent vous blesser. Y aurait-il une façon de gérer cette crainte actuellement? Est-ce qu'on peut faire quelque chose dans le groupe pour vous aider à vous sentir en sécurité? » Les participants peuvent être rassurés par des interventions d'autres participants qui ont appris à gérer les sentiments de méfiance.

3.5.3 Difficultés cognitives et de mentalisation

Vu les difficultés cognitives fréquentes dans cette population, une attention particulière doit être accordée aux communications verbales et écrites afin de maximiser la rétention d'informations et la compréhension des concepts. Différentes modalités doivent être utilisées (par exemple orale, écrite, jeu de rôle, démonstration). Des exercices actifs où les participants sont invités à se lever et se déplacer dans la salle peuvent aider à maintenir la concentration. Il est essentiel de répéter les concepts et stratégies abordés et de résumer les points importants à la fin de chaque section, de chaque séance et au début de la séance suivante. On recommande l'utilisation d'un langage clair et simple. Il est important de vérifier auprès des participants leur compréhension, ce qui permet d'adapter le rythme et le contenu en conséquent. On recommande également de fournir aux participants un cartable ou une pochette pour conserver le matériel distribué. Les participants pourraient avoir le choix de le garder avec eux ou de le laisser aux thérapeutes. La réalisation des tâches entre les rencontres est encouragée, mais n'est pas obligatoire.

Considérant que les capacités de mentalisation des personnes souffrant de psychose sont généralement diminuées (Harrington et al., 2005), il est recommandé de prioriser des interventions claires et concises axées sur l'ici et maintenant. Le questionnement socratique peut encourager les participants à réfléchir à leurs émotions et leurs intentions ainsi que celles des autres.

3.5.4 Absences

Les absences peuvent être fréquentes, en lien avec des oubli ou des difficultés de motivation. Il peut être suggéré aux participants de se mettre des rappels pour les rencontres ou qu'un proche le leur rappelle. En cas d'absence, le fait d'appeler le participant pour discuter de la raison de son absence et l'encourager à venir à la prochaine rencontre peut augmenter les chances qu'il complète la thérapie. On peut alors lui demander d'arriver un peu en avance à la prochaine rencontre pour lui résumer la séance manquée.

3.6 Climat de groupe et relation thérapeutique

Le climat du groupe doit être chaleureux, compréhensif, sécuritaire, compatissant et non confrontant. Ces qualités doivent être incarnées par les thérapeutes et discutées avec le groupe lors de la première rencontre. Les groupes sont axés sur les forces et le renforcement de tous les efforts et progrès des participants. Un tel climat thérapeutique influence l'engagement et la cohésion du groupe.

La relation thérapeutique est validante, normalisante et collaborative. La psychose est abordée de façon ouverte, avec une attitude de curiosité face aux expériences des participants.

Une attention est accordée au non verbal des thérapeutes (ton de voix chaleureux, attitude calme, etc.) afin de promouvoir un sentiment de sécurité interpersonnelle.

L'autodévoilement est encouragé en ce qu'il renforce les concepts importants abordés. Par exemple, en ACT, si un thérapeute se sent fatigué, il peut dire qu'il a ce passager avec lui.

Des aménagements sont faits afin de minimiser une atmosphère « nous versus eux », par exemple en assoyant les thérapeutes parmi les participants en cercle, ce qui renforce la notion d'humanité partagée. Les thérapeutes qui ne guident pas les exercices devraient les faire avec les participants.

Bien qu'il soit normal qu'il y ait davantage d'interactions thérapeutes-participants lors des séances initiales, les thérapeutes doivent favoriser un climat qui encourage les interactions participants-participants. Cela peut être fait en ouvrant la discussion aux autres, par exemple : « Est-ce que d'autres peuvent s'identifier à l'expérience de X? Quelles réactions avez-vous remarquées en vous pendant que vous écoutiez X? »

On recommande d'offrir des breuvages et collations santé ainsi que d'avoir une pause de 10 à 15 minutes au milieu de la rencontre, ce qui favorise la socialisation et le maintien de la concentration tout en offrant des temps d'arrêt lorsque le contenu est plus chargé.

3.7 Thérapeutes et supervision

Il est fortement recommandé d'avoir au moins deux thérapeutes par groupe. Cela permet notamment d'offrir différents modèles aux participants et d'intervenir de façon plus flexible si un participant démontre des signes de détresse.

Les thérapeutes devraient idéalement avoir une expérience dans une approche psychothérapeutique de la psychose telle que la TCC et dans le type d'approche spécifique utilisée (ACT, TFC ou TCD). Pour animer des groupes de TFC, il est nécessaire d'avoir préalablement complété un groupe d'entraînement à la compassion (CMT) en tant que participant. L'expérience dans une approche de groupe est également bénéfique. Il est recommandé qu'au moins un des deux thérapeutes ait une certaine expérience, ce qui favorise le transfert de connaissances et une supervision plus directe. Une supervision clinique est essentielle pour les thérapeutes ayant peu d'expérience en thérapie pour la psychose ou en thérapie de groupe. Le consentement des participants à faire un enregistrement audio des séances peut être demandé à des fins de supervision.

Un moment devrait être réservé après chaque séance pour faire un bilan entre les thérapeutes afin de discuter de leurs observations respectives et des problèmes survenus. La supervision permet également de discuter des situations problématiques.

Par ailleurs, des études suggèrent que la pratique personnelle de la pleine conscience et de la compassion pourrait améliorer le niveau d'adaptation des thérapeutes aux besoins des clients ainsi que l'issue du traitement (Grepmaier et al., 2007). Le fait de pouvoir s'appuyer sur leur propre pratique aide les thérapeutes à se sentir en confiance pour guider les participants avec flexibilité.

3.8 Règles du groupe

La première séance varie selon l'approche, mais doit inclure une discussion quant aux règles du groupe. Les règles essentielles incluent le respect de la confidentialité, le respect des participants, le non-jugement et l'abstinence de consommation avant et lors des groupes. Des règles additionnelles peuvent être décidées de façon collaborative avec les participants.

Il est possible de discuter à ce moment de la façon dont les participants souhaiteraient que soit gérée une situation où un participant vivrait une détresse importante ou un état de désorganisation ou d'agitation (par exemple que la personne soit accompagnée par un thérapeute dans une salle tranquille).

Section 4 : Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

4.1 Modèle général

La thérapie d'acceptation et d'engagement fait partie des TCC de la troisième vague et a été développée par le psychologue Steven Hayes. Elle est issue du behaviorisme radical et s'appuie sur une analyse comportementale du langage appelée théorie du cadre relationnel (Blackledge et al., 2009). La thérapie vise à réduire l'impact des pensées et du langage afin d'élargir l'horizon de choix dont dispose une personne pour avancer dans la direction qu'elle souhaite donner à sa vie.

Essentiellement, la thérapie ACT est basée sur la prémissse que les épreuves et la douleur font partie de l'expérience humaine et qu'il est possible d'apprendre à accepter ce qui ne peut être changé tout en posant des actions qui permettent d'avancer dans le sens de ses valeurs et ainsi construire une vie riche et pleine de sens.

Selon la théorie ACT, la psychopathologie et la souffrance découlent principalement de l'évitement expérientiel, soit l'évitement des expériences internes non désirées, ainsi que de la fusion cognitive, qui consiste à voir ses pensées comme le reflet de la réalité. Ces deux processus amènent les personnes à être en lutte constante avec ce qu'elles cherchent à éviter. L'objectif n'est donc pas de supprimer et contrôler ces expériences, mais plutôt de changer la relation entretenue avec elles et ainsi favoriser une plus grande flexibilité psychologique, définie comme la capacité à persister ou changer le cours d'une action, même en présence d'expériences internes désagréables, pour avancer en direction de ce qui est important pour la personne, c'est-à-dire ses valeurs (Hayes et al., 2012).

Le modèle ACT est basé sur des processus de changement tels que l'acceptation, la pleine conscience et l'action engagée.

Ainsi, des stratégies d'acceptation, de défusion et de pleine conscience permettent de diminuer l'emprise d'expériences internes désagréables (par exemple des pensées, émotions, sensations, images, souvenirs et voix) sur la conscience et le comportement, ce qui permet à la personne d'agir non pas en réaction à ces expériences, mais plutôt en fonction de ce qui est important.

La flexibilité psychologique est composée de six processus psychologiques interdépendants :

- Acceptation : être en contact avec des expériences internes désagréables sans chercher à les supprimer ou à les altérer.
- Défusion cognitive : réduire la tendance à considérer les pensées de façon littérale et à y réagir automatiquement.
- Pleine conscience : être centré sur le moment présent.
- Soi comme contexte : expérimenter le soi avec une conscience du moment présent, un soi continu et sûr à partir duquel les événements sont vécus, mais qui est également distinct de ces événements.
- Valeurs : clarifier et définir des orientations de vie significatives.
- Action engagée : s'engager dans des comportements guidés par les valeurs.

Ces processus sont associés à des améliorations au niveau du bien-être, de la qualité de vie et de l'efficacité personnelle (Hayes et al., 2006). Chacun de ces processus se trouve sur un continuum dont l'extrême opposé est associé à la rigidité psychologique.

Ils sont illustrés à l'aide de l'hexaflex, duquel se dégagent trois axes thérapeutiques.

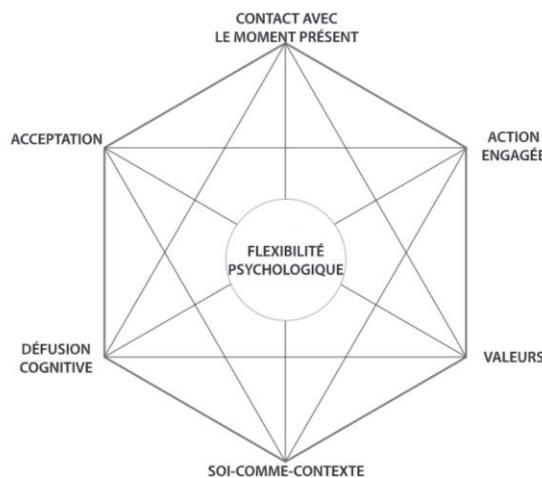


Figure 1 : Modèle de flexibilité psychologique

Tiré de *Le guide de la matrice ACT* (p. 21), par Polk et al., 2016, Édition De Boeck Supérieur.

L'axe ouvert consiste à adopter une position d'ouverture (acceptation active) et de non-jugement envers les expériences internes. L'axe conscient implique d'être en contact avec le moment présent et d'avoir une perspective flexible sur ses propres expériences. L'axe engagé consiste à clarifier et à se connecter avec des valeurs personnelles ainsi qu'à agir avec flexibilité pour persister ou changer conformément à ces valeurs, en fonction de la situation actuelle.

Il s'agit d'une approche transdiagnostique puisque les processus ciblés sont partagés par l'ensemble des psychopathologies et plus largement par la condition humaine en général.

La thérapie ACT favorise l'apprentissage expérientiel afin de contourner les effets néfastes du langage. Les séances impliquent généralement l'utilisation de métaphores et la pratique d'exercices pour accroître la capacité à être présent, ouvert à l'expérience et connecté aux valeurs personnelles. Comme l'ACT est une thérapie comportementale, elle inclut des stratégies de changement empiriquement validées, telles que l'exposition, l'activation comportementale et la résolution de problèmes.

Les processus psychologiques concernent autant le patient que le thérapeute qui se doit d'incarner les principes qu'il transmet. Le thérapeute doit être flexible et appliquer les stratégies enseignées, par exemple la défusion cognitive lorsqu'il se trouverait coincé dans des pensées de jugement envers lui-même ou un patient.

4.2 Adaptation pour la psychose

L'ACT soutient que la souffrance vécue par les personnes atteintes de psychose découle de la rigidité psychologique, soit de l'évitement expérientiel, de la fusion cognitive, d'un manque de clarté ou d'une résignation par rapport à la direction de sa vie et d'une difficulté à s'engager dans des actions qui sont efficaces à long terme. L'approche ACT encourage les individus à cesser la lutte contre leurs expériences internes pour orienter leur comportement vers des valeurs choisies, et ce même en présence d'expériences inhabituelles.

L'ACT propose une forme d'acceptation qui favorise l'acquisition de compétences que les personnes peuvent appliquer au moment où elles vivent des expériences psychotiques. Cette acceptation n'est pas une stratégie d'adaptation spécifique ou un processus visant à donner un sens, mais plutôt une façon particulière d'être en relation avec des événements psychologiques incontrôlables. Elle implique les compétences suivantes : la pleine conscience sans jugement, qui consiste à observer délibérément les événements mentaux qui se produisent sans les juger bons ou mauvais et sans y réagir, ainsi que le désengagement (détachement), qui consiste à se détacher de la signification littérale du contenu des voix et des délires, c'est-à-dire à distinguer l'expérience réelle (sons et mots) de ce qu'elle représente (la réalité littérale).

Voici les principes ACT concernant la psychose proposés par Oliver et al. (2011) :

- L'accent est mis sur l'impact des symptômes : explorer les effets de la fusion cognitive et de l'évitement expérientiel reliés aux délires et aux hallucinations.
- L'évitement expérientiel et les stratégies de contrôle visent l'expérience des voix ou les conséquences redoutées des délires et augmentent l'impact de ces symptômes.
- Les symptômes négatifs peuvent être considérés comme une conséquence possible d'un évitement chronique (renforcement social limité).
- L'acceptation est encouragée plutôt que la contestation.
- Le critère de vérité pragmatique prévaut : il est plus important de développer des stratégies pour avancer plutôt que de rechercher la cause des symptômes psychotiques.
- Les symptômes sont ciblés indirectement en modifiant le contexte dans lequel ils sont expérimentés plutôt qu'en cherchant à modifier leur fréquence et le degré de conviction.

Éléments clés des interventions :

- Normaliser les symptômes psychotiques.
- Observer les expériences internes et inviter à les considérer comme des expériences et non comme des vérités littérales.
- Encourager la distinction entre le fait d'avoir ces expériences et le fait d'y répondre.
- Évaluer la fonction des stratégies d'adaptation et leur efficacité à court et à long terme.
- Suggérer l'acceptation et la défusion comme une alternative à l'évitement, la résistance, le surinvestissement ou le jugement des expériences.
- Favoriser le contact expérientiel avec le soi comme contexte, un soi qui observe et contient les expériences et non pas défini par le contenu des expériences.
- Suggérer l'utilisation des valeurs pour guider le choix des actions et explorer le coût des actions qui sont motivées par l'évitement expérientiel et la fusion cognitive.
- Développer des plans d'action étape par étape permettant de s'engager dans des actions basées sur les valeurs et encourager l'utilisation de stratégies d'acceptation, de pleine conscience et de défusion pour surmonter les obstacles à l'action engagée.

Des adaptations ont été recommandées pour s'adapter à la clientèle telles que l'utilisation d'une structure claire, le recours à une métaphore simple et centrale, des exercices de pleine conscience plus courts et avec davantage d'instructions et des exercices expérientiels qui sont mis en scène (Morris et al., 2023).

Des approches individuelles et de groupe ont été développées pour les personnes souffrant de psychose.

En thérapie individuelle, la flexibilité de l'approche ACT se prête bien aux particularités des personnes atteintes de psychose. Les stratégies employées pour augmenter la flexibilité psychologique seront déterminées en fonction de la formulation et en prenant en compte les forces de la personne.

Les approches de groupe suivent une structure standardisée. Nous présenterons ici l'approche de groupe « ACT for Life » (Oliver et al., 2011).

4.3 Efficacité

Jusqu'à présent, les études sur l'ACT en psychose ont démontré des améliorations significatives au niveau des taux de réhospitalisation (Bach et Hayes, 2002), de la détresse reliée aux hallucinations (Gaudiano et Herbert, 2006), des symptômes dépressifs à la suite d'un épisode de psychose (White et al., 2011; Gumley et al., 2017) et de la compliance aux hallucinations impérieuses (Shawyer et al., 2012). Ces résultats sont appuyés par des revues systématiques et des méta-analyses en termes d'amélioration des symptômes psychotiques (positifs et négatifs), des taux de réhospitalisation ainsi que de pleine conscience et d'acceptation, mais avec des résultats parfois contradictoires pour un même critère d'évaluation incluant les symptômes psychotiques (Jansen et al., 2020; Cramer et al., 2016; Tonarelli et al., 2016).

Par ailleurs, des lacunes au niveau de la méthodologie de certaines études pourraient avoir amené à surestimer les tailles d'effet qui apparaissent plus modestes, voire négligeables, dans d'autres méta-analyses (Brown et al., 2021; Louise et al., 2018). Ces résultats pourraient aussi s'expliquer par la combinaison de différentes approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience dans une même méta-analyse et de différences dans le type de comparateur, les critères d'inclusion et les critères d'évaluation (Morris et al., 2023).

L'approche « ACT for Life » a fait l'objet d'une étude d'acceptabilité et de faisabilité pour une clientèle ambulatoire sous la forme d'un essai non contrôlé (Johns et al., 2016). L'étude démontre un haut niveau d'acceptabilité et de satisfaction du groupe, avec des améliorations notées au niveau de l'humeur et du fonctionnement psychologique.

La thérapie d'acceptation et d'engagement est donc une approche prometteuse pour les personnes souffrant de psychose, mais davantage d'études de meilleure qualité sont nécessaires pour en préciser son efficacité.

4.4 Protocole de groupe

L'intervention « ACT for Life » est une approche de groupe manualisée répartie sur 4 séances hebdomadaires de 2h. La taille du groupe visée est de 8 à 10 participants pour 2 à 3 thérapeutes. L'intervention est conçue pour des groupes fermés. Elle est décrite comme des « ateliers » et non pas comme une thérapie, soulignant l'accent mis sur le développement de compétences. Ces compétences permettent de clarifier la direction que les participants souhaitent donner à leur vie en fonction de leurs valeurs, d'avancer dans cette direction, de prendre conscience des obstacles qui interfèrent avec ce processus et d'apprendre des stratégies pour les surmonter.

Une séance d'essai peut être offerte pour familiariser des participants potentiels avec les lieux et avec le contenu qui sera abordé dans les ateliers.

Deux séances de consolidation sont également incluses dans le protocole afin de renforcer les compétences apprises dans les ateliers.

Une adaptation des groupes pour l'interne a été faite, prenant en compte les particularités liées à ce contexte et à l'état des participants qui sont plus instables. Ainsi, les 4 séances sont réparties sur 2 semaines et la durée des séances est de 50 minutes. Pour plus de détails sur cette adaptation, voir le chapitre « Adapting ACT Workshops for Acute Inpatient Settings » du livre ACT for Psychosis Recovery (Taylor et Jolley, 2018).

L'intervention s'appuie principalement sur la métaphore du « passager dans le bus » (Hayes et al., 1999), qui est reprise à chaque séance.

Cette métaphore décrit la conduite de notre « bus de la vie », dans lequel nous sommes le conducteur et choisissons la direction prise qui peut nous rapprocher ou nous éloigner de nos valeurs. Dans le bus se trouvent divers passagers que nous avons fait monter au cours de notre vie et qui représentent nos expériences internes (pensées, émotions, souvenirs et sensations). La métaphore met en évidence les façons dont nous interagissons avec nos passagers (par exemple, en essayant de nous en débarrasser, en leur donnant raison, en les apaisant ou

simplement en remarquant leur présence) et la façon dont ces interactions influencent la direction que nous prenons avec notre bus. Les six processus de flexibilité psychologique sont représentés dans la métaphore et elle s'applique à tous les membres du groupe ainsi qu'aux thérapeutes.

Les valeurs occupent une place importante dans chacun des ateliers. Les participants vont identifier des valeurs qui sont importantes pour eux et planifier chaque semaine une action réaliste en lien avec les valeurs choisies. Les obstacles rencontrés dans la mise en action sont une opportunité pour les participants d'observer et reconnaître certains de leurs « passagers ».

Chaque séance suit une structure similaire, soit :

1. Exercice de réchauffement
2. Exercice de pleine conscience d'observation
3. Retour sur les activités faites hors séance
4. Activité principale et discussion de groupe
5. Planification des activités hors séance pour la prochaine semaine
6. Fin de la rencontre et rétroaction des participants

Dans le protocole, des appels entre les rencontres sont planifiés avec les participants si ceux-ci sont d'accord. Il leur est expliqué que l'objectif n'est pas de vérifier s'ils ont bien fait l'action engagée qu'ils avaient planifiée, mais simplement de prendre contact et discuter avec eux de leur appréciation du dernier atelier, voir s'ils ont observé des passagers durant la semaine et de les encourager dans leur effort à répondre différemment aux passagers.

Matériel

- Une présentation PowerPoint est utilisée à chaque séance comme support visuel. Une version française créée par Dre Than-Lan Ngô est disponible dans le matériel supplémentaire accompagnant ce guide sur le site de tccmontreal.com.
- Les fiches de travail nécessaires à chaque séance sont disponibles à la section 7.7.
- La vidéo de Tom est disponible en anglais ici :

<https://youtu.be/o2IPa92p-kw>

D'autres versions sont disponibles sur le site de ACT for Psychosis Recovery :
<https://actforpsychosis.com/resources>.

- Un tableau à grandes feuilles ou un tableau blanc.

- Certains ateliers peuvent nécessiter du matériel supplémentaire (par exemple, un ballon pour les exercices de réchauffement, un aliment pour un exercice de pleine conscience).
- Les enregistrements audio des exercices de pleine conscience. Plusieurs audios en français utilisés dans ce groupe ainsi que d'autres outils et fiches sont disponibles sur cette page créée pour un groupe ACT pour la vie: <https://tccmontreal.com/act-pour-la-vie/>

Ressources supplémentaires

- Plusieurs ressources gratuites en anglais sont disponibles sur le site ACT for Psychosis Recovery : <https://actforpsychosis.com/resources>.
- Le protocole « ACT for Life » (en anglais) présenté dans ce guide: <http://drericmorris.com/wp-content/uploads/2014/10/ACT-for-Life-Groups-Manual-2012.pdf>.
- Le livre « ACT for Psychosis Recovery: A Practical Manual for Group-Based Interventions Using Acceptance and Commitment Therapy » (O'Donoghue et al., 2018) propose une version modifiée du protocole et contient des informations détaillées sur la mise en œuvre de ces groupes, incluant des directives pour animer efficacement et pour gérer des problèmes potentiels.

4.4.1 Séance 1

Objectifs

- Introduire les participants au groupe
- Introduire la pleine conscience par l'observation
- Introduire le concept de barrières et d'action engagée

1. Introduction (10 min)

- Présentation des thérapeutes
- Présenter le plan de la rencontre
- Présenter les règles du groupe et demander si les participants souhaitent en ajouter d'autres
- Briser la glace
 - Demander aux participants de se mettre en équipe de deux et de trouver trois choses que l'autre personne aime faire en donnant des exemples.

- Retour en groupe durant lequel chaque participant présente son partenaire. Tout le monde peut être debout et s'asseoir après avoir parlé.

2. Exercice de pleine conscience : être présent et observer (10-15 min)

- Présenter l'objectif des exercices de pleine conscience : « Un des objectifs de nos rencontres est de vous aider à devenir plus conscient de ce qui se passe à l'intérieur de vous (pensées, émotions, etc.) et à l'extérieur de vous (ce que vous voyez, entendez, etc.). Une façon de développer cette habileté est en s'entraînant à être dans le moment présent. »
- Présenter le pilote automatique, qui est utile dans certains contextes, mais qui peut amener à agir de façon réflexe sans réfléchir ou à ne pas être à l'écoute de ce qui se passe en nous. En étant plus conscients de notre expérience, nous pouvons développer une plus grande liberté de choisir comment nous voulons y répondre.
- Comment y arriver : en se pratiquant à observer ce qui attire notre attention et à apprendre à la rediriger, par exemple vers les sensations physiques, notre respiration ou en utilisant nos cinq sens pour nous ramener dans le moment présent.
- Quelques points importants à rappeler aux participants pour les exercices d'observation :
 - « Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de faire ces exercices, simplement suivre les instructions du mieux que vous le pouvez.
 - Nous n'essayons pas de changer notre expérience du moment, nous la laissons simplement être telle qu'elle est.
 - Du mieux que vous le pouvez, sans juger les expériences.
 - L'intention est simplement d'apprendre à observer ce qui se passe en nous, observer les mouvements de notre esprit et nous pratiquer à revenir dans le moment présent. »
- Instructions détaillées :
 - « Tout d'abord, installez-vous dans une position confortable sur votre chaise, avec le dos droit sans être raide, les pieds à plat sur le sol, les bras et les jambes décroisés et les mains posées sur vos cuisses. Vous pouvez fermer les yeux si cela vous convient ou les laisser entrouverts, en fixant un point devant vous.
 - Portez votre attention sur votre respiration. En observant les sensations de la respiration, à chaque inspiration et à chaque expiration. En remarquant la sensation de l'air qui

traverse les narines. La sensation de la poitrine qui se soulève et s'abaisse, ou du ventre qui se gonfle à chaque inspiration et se dégonfle à chaque expiration.

Pendant que vous respirez, vous remarquerez probablement que votre esprit s'est éloigné de la respiration. Lorsque cela se produit, notez où votre esprit est allé et ramenez l'attention vers la respiration.

- Ensuite, portez votre attention sur la sensation de votre corps assis sur la chaise. En observant le contact de vos pieds sur le sol et remarquant que certaines parties de vos pieds ne touchent pas le sol. Ensuite, portez votre attention sur la sensation d'être assis sur la chaise et voyez si vous pouvez remarquer la sensation de votre poids sur la chaise. En observant peut-être les points de contact entre votre corps et la chaise. Ainsi que les endroits où votre corps ne touche pas à la chaise.

- Ensuite, déplacez votre attention à l'intérieur de votre corps. En observant s'il y a des sensations physiques qui sont présentes, comme des inconforts ou des zones de tension. Si des sensations sont présentes, en choisir une et y poser votre attention, en l'explorant avec curiosité. Où la sensation commence-t-elle? Où finit-elle? En voyant si vous pouvez l'observer sans tenter de la changer. En prenant quelques instants juste pour observer cette sensation. Alors que vous faites cela, la sensation pourrait augmenter, diminuer ou rester la même. Simplement observer cela.

- En terminant, ramenez votre attention vers la respiration. En observant à nouveau le rythme naturel de la respiration qui est toujours présente avec vous.

- Et quand vous vous sentirez prêt, vous pourrez rouvrir les yeux s'ils étaient fermés et revenir dans la pièce avec nous. »

- Recueillir les observations des participants : « Qu'avez-vous observé? », en renforçant tout ce qui a pu être observé. Les thérapeutes peuvent également partager leurs observations.

3. Les valeurs : quel genre de vie voulez-vous bâtir? (15-20 min)

- Exercice : demander aux participants de prendre quelques minutes pour réfléchir à quelque chose d'important qu'ils voudraient pouvoir faire après la fin des ateliers, en

s'imaginant le faire. Leur faire écrire sur un bout de papier en précisant qu'ils n'auront pas à le partager avec le groupe.

- Questionner les participants sur le processus de cet exercice : « Qu'avez-vous observé lorsque vous faisiez cet exercice? Avez-vous remarqué que votre esprit généreraient des obstacles potentiels, comme des souvenirs d'essais antérieurs, des pensées critiques ou des émotions douloureuses? » Valider que c'est ce que l'esprit fait, particulièrement quand on planifie agir en fonction de ses valeurs. Faire le lien avec l'action de venir au groupe : peut-il s'agir d'une action engagée?
- Discussion de groupe : quelles sont les choses importantes dans la vie? Donner des exemples de catégories et les écrire sur un tableau (voir ci-bas). Questionner ce qui peut faire obstacle à ces choses importantes. Donner des exemples si nécessaire et mettre l'accent sur les obstacles internes comme les pensées, les émotions, les sensations et les justifications.

Relations	Travail et études
Loisirs	Santé

4. Introduire la métaphore des passagers dans le bus (10 min)

- Demander : « Est-ce que gérer les obstacles c'est un peu comme être le chauffeur d'un autobus qui doit gérer ses passagers? »
- Présenter la métaphore :

« Supposons qu'il y ait un bus et que vous en soyez le conducteur. Dans ce bus, nous avons un groupe de passagers. Les passagers sont des pensées, des sentiments, des sensations physiques, des souvenirs et d'autres aspects de l'expérience. Certains d'entre eux sont terrifiants. Alors que vous conduisez, les passagers commencent à vous menacer, vous disant ce que vous devez faire, où vous devez aller. "Tourne à gauche!", "tourne à droite", et ainsi de suite. Ils vous menacent que si vous ne faites pas ce qu'ils disent, ils vont venir à l'avant du bus.

C'est comme si vous aviez passé un accord avec ces passagers, et cet accord est : "Vous vous asseyez à l'arrière du bus et vous vous baissez pour que je ne puisse pas vous voir très souvent, et je ferai ce que vous dites". Maintenant, que se passe-t-il si un jour vous

en avez assez et que vous dites : "Je n'aime pas ça ! Je vais les expulser du bus !" Vous arrêtez le bus, et vous allez en arrière pour vous occuper des passagers au regard menaçant. Mais vous remarquez que la toute première chose que vous avez dû faire, c'est vous arrêter. Remarquez que maintenant, vous n'allez nulle part, vous vous occupez simplement de ces passagers. Et ils sont très forts. Ils n'ont pas l'intention de partir, et vous vous battez avec eux, mais cela ne se passe pas très bien.

Éventuellement, vous revenez à votre première stratégie et vous essayez de calmer les passagers, en essayant de les faire asseoir tout au fond, là où vous ne pouvez pas les voir. Le problème avec cet accord, c'est que vous faites ce qu'ils demandent en échange de les garder hors de votre vie. Assez vite, ils n'ont même plus besoin de vous dire : "Tourne à gauche", vous savez dès que vous approchez d'un virage à gauche ce que les passagers vont dire. Avec le temps, vous pouvez devenir assez bon et arriver à presque prétendre qu'ils ne sont pas dans le bus. Vous vous dites juste que la gauche est la seule direction que vous voulez prendre. Mais quand ils finissent par se manifester, c'est avec le pouvoir supplémentaire de l'accord que vous avez conclu avec eux dans le passé.

Ce qu'il faut savoir, c'est que le pouvoir que les passagers ont sur vous est basé à 100 % sur ceci : "Si tu ne fais pas ce que nous disons, nous allons venir et t'obliger à nous regarder." C'est tout. C'est vrai que quand ils viennent à l'avant du bus, ils semblent pouvoir faire beaucoup plus. Ils ont l'air vraiment effrayants. L'accord que vous passez est de faire ce qu'ils disent pour qu'ils ne viennent pas à l'avant et vous obligent à les regarder.

Et si c'était un peu différent de cela? Imaginez que vous, le conducteur, ayez le contrôle du bus, mais que vous échangiez ce contrôle avec cet accord passé avec les passagers. Et si, en d'autres termes, en essayant de prendre le contrôle, vous aviez en fait perdu le contrôle? Et si c'était vrai que ces passagers ne peuvent pas vous obliger à faire quelque chose contre votre volonté? »

- Éléments clés de la métaphore :
 - «Vous êtes le conducteur du bus. Vous voulez choisir vos destinations et faire ce qui est important pour vous.
 - Les passagers sont vos pensées et toutes sortes d'états intérieurs. Certains sont agréables, d'autres laids, effrayants et désagréables.

- Ceux qui font peur vous menacent et veulent aller à l'avant où vous les verrez.
- Vous prenez cela très au sérieux. Vous arrêtez le bus et essayez de négocier avec eux : ils resteront tranquilles à l'arrière du bus, mais seulement si vous faites exactement ce qu'ils vous disent.
- Cela signifie que votre itinéraire est très perturbé et que vous êtes toujours sur le qui-vive lorsque vous conduisez le bus.
- À ce moment, vous laissez ces passagers contrôler les déplacements du bus. Vous, le conducteur, n'êtes pas du tout en contrôle.
- Et si au fond, même si ces passagers sont effrayants, dégoûtants ou menaçants, ils ne peuvent pas réellement prendre le contrôle, à moins que vous les laissiez faire? Ils ne peuvent pas réellement vous faire faire quelque chose contre votre volonté. »

5. Identifier une direction guidée par les valeurs (10-15 min)

- En utilisant la feuille de travail B2, séparer le groupe en deux avec un thérapeute dans chaque groupe. Demander aux participants de choisir un domaine important pour eux, et demander : « Comment aimeriez-vous agir dans ce domaine, quel genre de choses feriez-vous pour montrer que c'est vraiment important pour vous? » On peut donner un exemple : « Par exemple, avec la famille, si je veux montrer que prendre soin de ceux que j'aime est une valeur importante, qu'est-ce que je pourrais faire? Dire "je t'aime", aider avec des tâches, les écouter, etc. ». Écrire leur réponse sur la feuille de travail.
- Identifier les passagers : toujours en petit groupe, aider les participants à identifier leurs passagers et ce qu'ils disent : « Quels sont les passagers de votre bus qui peuvent vous empêcher d'agir selon vos valeurs? Les pensées, les sentiments, les souvenirs et les sensations qui, si vous les écoutez, vont vous détourner du chemin que vous vouliez suivre. » Donnez des exemples de passagers, par exemple : « Je me sens trop déprimé pour faire des choses pour ma famille. Je ne pense pas qu'ils le remarqueront. » Demander aux participants d'écrire leur réponse sur leur feuille de travail.
- Revenir en grand groupe et demander des commentaires sur le processus de remplir la feuille, par exemple ce qui était facile ou difficile.
- Résumer : « Peut-être qu'il peut parfois nous arriver d'être trop occupés à gérer les obstacles ou d'être trop distraits par eux, et que cela peut nous amener à perdre de vue nos valeurs et ce qui est important pour nous. Souvent, nos valeurs et nos obstacles vont main dans la main. Quand nous voulons avancer vers ce qui est important pour nous, les obstacles et les difficultés surgissent souvent. » Amener l'idée d'un choix : « Vous avez

choisi de venir ici aujourd’hui, qu’est-ce que vous aimeriez choisir de poursuivre dans votre vie? »

6. Vidéo de Tom (10-15 min)

- Introduire l’activité : « Pour continuer la réflexion sur les passagers et notre bus, on va vous montrer une courte vidéo de quelqu’un qui joue une histoire inventée (s’assurer que ce point est clair) qu’on a appelé Tom. Tom a des problèmes avec plusieurs passagers de son bus. Quand vous allez voir la vidéo, voyez si vous êtes capables d’identifier certains de ses passagers, et comment Tom y répond. » Afficher les questions suivantes : « Qui sont les passagers? Comment Tom leur répond-il? Quel genre de choses semblent importantes pour Tom selon vous? »
- Faire jouer la vidéo et faire des pauses en cours de lecture pour rappeler les questions.
- Discussion de groupe pour partager les réponses. Mettre en évidence les efforts et le coût de la lutte dans l’histoire de Tom. Demander aux participants s’ils se reconnaissent dans cette partie de l’histoire (soulagement, évitement, absence de direction guidée par les valeurs) ou s’ils connaissent quelqu’un comme Tom. Suggérer l’ouverture et la bonne volonté comme alternative : « Parfois, nous pouvons être tellement occupés à essayer de nous débarrasser des choses à l’intérieur de nous que nous finissons par perdre de vue ce qui est important. Parfois, si nous abandonnons la lutte pour nous débarrasser de ces choses-là et que nous acceptons d’être un peu plus ouverts à permettre à ces choses d’être là (bien que nous n’ayons pas besoin d’aimer ce qui est présent), nous pouvons recommencer à faire ce qui est vraiment important. Nous reviendrons sur cette idée dans les prochaines rencontres. »

7. Tâche pour la prochaine semaine (15-20 min)

- « Pensez à la chose/valeur importante que vous avez identifiée plus tôt. Pouvez-vous penser à une chose que vous pourriez faire au cours de la semaine prochaine pour montrer que c’est quelque chose d’important pour vous? »
- Diviser le groupe en deux et utiliser la feuille de travail B3 pour aider les participants à planifier une action qu’ils pourraient faire au cours de la semaine suivante et qui les rapprocherait de leur valeur. Présenter cet exercice comme une façon de prendre conscience de ses valeurs et ses passagers. Encourager les participants à rendre l’objectif SMART (spécifique, mesurable/maintien du sens, atteignable, réaliste, temporellement limité).

- En petits groupes, demander aux participants s'ils seraient prêts à dire aux autres ce qu'ils envisagent de faire.

8. Fin de la rencontre

- Retour en grand groupe et demander une rétroaction.
- Questions possibles : « Comment avez-vous trouvé le groupe aujourd'hui? Qu'avez-vous observé pendant le groupe? Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? Quel est l'élément dont vous allez le plus vous souvenir? »

4.4.2 Séance 2

Objectif :

- Introduire l'ouverture et la bonne volonté comme une alternative, en utilisant la métaphore des passagers dans le bus.

1. Introduction (5 min)

- Rappeler en quoi consiste le groupe
- Résumer le contenu de la séance précédente
- Exercice de réchauffement : demander aux participants de se lever et de faire circuler un ballon. La personne qui tient le ballon dit ce qu'elle amènerait sur une île déserte et pourquoi, puis lance le ballon à quelqu'un d'autre et s'assoit.

2. Exercice de pleine conscience (15 min)

- Introduire l'exercice : « Nous passons la majeure partie de nos vies sur le pilote automatique, sans être réellement présents à ce qui se passe dans le présent. La vie peut être un peu chaotique et nous pouvons être facilement distraits. Nous allons passer les prochaines minutes à porter notre attention sur le moment présent en observant un objet. »
- Distribuer un aliment comme un fruit séché aux participants.
- Instructions pour guider :
 - « Prenez l'objet qui vous a été donné et observez-le.
 - Observez sa forme, ses contours, ses couleurs, sa texture. Regardez-le comme si vous n'aviez jamais vu cet objet avant.
 - Ensuite, portez-le à votre nez et voyez si vous notez des odeurs.

- Ensuite, si vous le souhaitez, mettez-le dans votre bouche sans le mâcher pour le moment. Faites-le rouler dans votre bouche.
- Lorsque vous êtes prêt, croquez-le. Remarquez son goût, sa texture.
- Remarquez les sensations lorsque vous l'avalez. »

- Terminer en faisant un lien avec les valeurs et les buts : « Même avec un petit objet comme celui-là, nous pouvons en découvrir plus sur lui en étant attentifs au moment présent. Observez votre expérience de cet objet en étant avec lui de cette façon particulière. Et maintenant, observez le fait d'être ici dans la salle, votre objectif en venant ici aujourd'hui et les passagers que vous avez amenés avec vous en faisant cela. »
- Retour avec les observations des participants : « Qu'avez-vous observé? », en renforçant tout ce qui a pu être observé. Les thérapeutes peuvent partager leurs observations.

3. Résumé de la métaphore des passagers dans le bus

- Présenter brièvement la métaphore, faire le lien avec les directions que nous voulons suivre, les passagers (pensées, émotions, souvenirs, sensations, etc.) qui peuvent agir comme des obstacles. Rappeler que les obstacles à l'action peuvent survenir lorsqu'on tente de repousser ces expériences, mais aussi lorsqu'on s'accroche à elles (qu'elles soient positives ou négatives). Rappeler les coûts en temps et en énergie à tenter de gérer les passagers. Clarifier les valeurs et les actions engagées que nous pouvons choisir. Aider les participants à voir que l'action engagée ne consiste pas à résoudre le problème des passagers ou éliminer la souffrance, mais plutôt à choisir la direction que nous voulons prendre et observer ce qui se passe quand on fait ce choix.

4. Retour sur la tâche hors séance de l'action engagée et l'observation des obstacles (10 min)

- Séparer le groupe en deux avec un thérapeute dans chaque groupe. Encourager les participants à nommer les passagers qu'ils ont pu observer ou toute observation qu'ils ont pu faire quant au processus.
- Points importants pour guider la discussion :
 - Initialement, les participants vont souvent parler du contenu plutôt que du processus. Valider ce qui est amené et tenter d'orienter vers le processus d'agir selon ses valeurs.
 - La métaphore permet de prendre conscience des passagers et de la façon dont on lutte avec eux.

- Valider les émotions, mais éviter de se perdre dans la résolution de problèmes ou les jugements quant aux expériences. Renforcer les observations et toutes les actions engagées. Même passer du temps à penser poser une action peut être une amélioration pour ceux qui évitent généralement cela.
- Rappeler que l'objectif est de partir de l'extérieur vers l'intérieur : on change des actions dans notre vie puis on regarde ce qui se passe avec les passagers.
- Valider qu'il est possible que les participants manquent de motivation dans leur participation au groupe et suggérer qu'il puisse s'agir d'un passager.
- Rappeler les caractéristiques de l'action engagée : on peut poser l'action, mais on n'a pas le contrôle sur le résultat. Y a-t-il un intérêt à agir en fonction de ce qui est important même si ça ne fonctionne pas comme on l'aurait souhaité?
- Si les participants disent vouloir se sentir d'une certaine façon, les encourager à ne pas attendre de se sentir d'une certaine façon pour passer à l'action.
- Encourager chaque petit pas. Rappeler que notre esprit peut nous jouer des tours en nous comparant ou en nous jugeant, mais que l'important est de faire quelque chose à partir d'où nous sommes et pas où nous « devrions » être rendus.
- Renforcer tous les efforts faits pour poser une action engagée ET pour observer les obstacles.
- Conclure : « Il y a peut-être beaucoup de choses que nous trouvons importantes et que nous voulons réaliser. Penser à faire quelque chose est un début, mais ensuite des obstacles apparaissent souvent et peuvent nous mettre des bâtons dans les roues. »

5. Retour sur l'histoire de Tom (5 min)

- Demander au groupe quels étaient les passagers de Tom, de quelle façon il leur répondait (par exemple leur céder, essayer de s'en débarrasser, etc.). Dire qu'à partir de la vidéo, les valeurs de Tom ne sont pas encore claires et inviter le groupe à faire des hypothèses sur les directions qu'il pourrait vouloir prendre.

6. Mise en scène de l'histoire de Tom avec la métaphore des passagers dans le bus (25 min)

Une vidéo sur la mise en scène de cet exercice est disponible sur le site ACT for Psychosis Recovery (<https://actforpsychosis.com/resources>).

- Demander des volontaires : 1 personne pour jouer Tom, 1 personne qui joue la direction guidée par les valeurs de Tom et 4 à 6 personnes qui jouent des passagers. Demander au groupe de décider les principaux passagers (par exemple, humeur déprimée, pensée

« je suis inutile »). Écrire le nom des passagers sur des feuilles de papier et les donner aux personnes qui ont ce rôle. Pour la direction guidée par les valeurs, l'écrire sur une feuille de papier et la donner à la personne ayant ce rôle.

- Considérations :

- Vu la nature émotive de cet exercice, il peut être utile de convenir de certaines règles sur la façon de procéder. Par exemple, s'assurer que la personne qui joue Tom est volontaire et clarifier quoi faire si certains comportements sont trop incommodants (par exemple dans le discours des passagers, toucher le conducteur, etc.). Mettre l'accent sur le consentement.
- Concernant les instructions à donner aux passagers sur ce qu'ils ont à dire : être flexible et permettre une certaine improvisation.
- Idéalement, le groupe mettrait en scène deux stratégies inefficaces que Tom utilise avec ses passagers avant d'essayer la réponse d'acceptation et d'ouverture.
- Il est préférable que les thérapeutes ne jouent pas des passagers. Un thérapeute peut guider l'exercice et l'autre peut observer le processus.
- Après chaque partie de l'exercice, vérifier auprès des participants si cela rejoint leur expérience et solliciter les réflexions des passagers et du conducteur.

- Partie 1

Demander à Tom de faire semblant de conduire le bus (en se promenant dans la pièce avec les passagers qui le suivent) et de répondre comme Tom l'a fait (en s'arrêtant pour lutter contre ses passagers). Demander à Tom de mimer ces réponses tout en essayant de conduire le bus. Demander aux passagers de se comporter comme des passagers (distrayants, harcelants, charmants). Passer 2 à 4 minutes à faire cela. Solliciter les commentaires du conducteur du bus. Le thérapeute peut suggérer que peu importe les disputes et les bagarres avec les passagers, rien ne change et on se sent bloqué.

- Partie 2

Demander à Tom de conduire à nouveau le bus, cette fois en cédant aux passagers et en essayant de faire la paix avec eux en abandonnant la direction qu'il voulait prendre, ou de les ignorer activement (par exemple en se bouchant les oreilles, en chantant). Comment Tom faisait-il cela dans la vidéo? Qu'est-ce que ça fait de lâcher le volant? Que se passe-t-il dans sa vie quand il fait cela? Refréter que cela peut lui permettre de sentir mieux à

court terme, mais souvent au détriment de domaines importants de sa vie et qu'il se trouve encore bloqué, mais d'une autre façon. Passer 2 à 4 minutes à faire cela.

- Partie 3

Demander à Tom de pratiquer une réponse d'ouverture. Conduire le bus dans le sens de ses valeurs, avec les passagers qui le suivent en disant et faisant les choses qu'ils disent habituellement.

- Retour

- Demander à Tom comment il a trouvé l'exercice et comparer les trois parties : être en lutte avec ses passagers, leur céder et se résigner versus simplement faire ce qu'il avait à faire. Identifier les différences en termes de conscience du moment présent, d'acceptation et de défusion.
- Rassembler tous les éléments en faisant la distinction entre les expériences sensorielles et les expériences cognitives.

- Alternative possible si le groupe ne souhaite pas faire la mise en scène :

- Relire l'histoire de Tom en utilisant les feuilles de travail correspondantes.
- Discuter de ce que pourraient être les valeurs de Tom et de la manière dont ses passagers deviennent des obstacles.
- Discuter des réponses alternatives que Tom pourrait tenter face à ses passagers.

7. Exercice de pleine conscience : les feuilles flottant sur une rivière (10 min)

- Présenter l'exercice en disant qu'il peut donner une idée d'une façon d'être en contact et d'observer nos pensées, émotions et impulsions non désirées plutôt que de lutter contre elles. Expliquer que c'est similaire avec le fait d'être avec les passagers du bus. On se pratique à observer quand on est pris à lutter contre eux et à ramener nos mains sur le volant pour décider de la direction qu'on veut prendre, même en présence des passagers.
- Demander aux participants de s'imaginer assis au bord d'une rivière en automne et d'imaginer pendant un moment des feuilles d'arbre tombant dans l'eau et entraînées doucement par le courant. Ensuite, l'instruction est d'observer les pensées, émotions, et sensations qui sont présentes, de les placer chacune sur une feuille et de le faire chaque fois qu'une nouvelle expérience survient. On peut placer une phrase, une image ou un mot sur les feuilles. S'il n'y a pas de pensées, simplement observer la rivière et le courant. S'il

y a des pensées ou des émotions à propos de l'exercice, les mettre sur une feuille. Chaque pensée est déposée sur une feuille qui part avec le courant sans qu'on cherche à la retenir. Si une feuille reste prise un moment, la laisser être là et observer, sans la forcer à suivre le courant. Lorsque l'esprit s'égare et qu'il n'est plus avec la rivière, ramener l'attention à l'exercice en plaçant l'expérience qui nous a accrochés sur une feuille.

- Retour sur l'exercice : Qu'est-ce que les participants ont observé quant à la tendance à être happé par des pensées et des émotions et au fait de revenir à l'observation? Quel genre d'expérience les a happés? Qu'est-ce que ça fait de laisser aller les expériences sans s'y accrocher? Renforcer toute observation et attirer l'attention sur la facilité avec laquelle notre esprit est happé par des pensées et que cela nécessite une observation active et le choix conscient d'observer ce qui se passe en nous.

8. Tâche pour la prochaine semaine (10 min)

- Séparer le groupe en deux et demander aux participants de réfléchir à ce qu'ils seraient ouverts à faire cette semaine pour avancer dans la direction de leurs valeurs. Demander quels passagers risquent de surgir. Remplir la feuille de travail B3.

9. Fin de la rencontre

- Retour en grand groupe et demander une rétroaction.
- Questions possibles : « Comment avez-vous trouvé le groupe aujourd'hui? Qu'avez-vous observé pendant le groupe? Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? Quel est l'élément dont vous allez le plus vous souvenir? »

4.4.3 Séance 3

Objectifs :

- Lier l'action engagée à l'observation et l'ouverture
- Pratiquer la défusion envers les expériences
- Être en contact avec les valeurs comme une direction à suivre et s'engager dans l'action

1. Introduction (5 min)

- Rappeler en quoi consiste le groupe.
- Résumer le contenu de la séance précédente.

- Exercice de réchauffement : demander aux participants de se lever et de se passer un ballon. La personne qui a le ballon doit nommer un passager qu'elle a observé dans la dernière semaine (ou qu'elle a observé chez quelqu'un d'autre, dans les médias ou un passager en général). Continuer jusqu'à ce que les participants aient parlé 2 ou 3 fois. Les thérapeutes participent en nommant des passagers qu'ils ont observés.

2. Exercice de pleine conscience : pleine conscience de la respiration (10 min)

- Voir exercice fait à la séance 1

3. Retour sur la tâche à domicile (10 min)

- Séparer le groupe en deux (faire des groupes différents). Demander aux participants s'ils ont pu faire l'action qu'ils avaient planifiée et/ou ce qu'ils ont observé comme passagers. Demander s'ils ont pu augmenter leur ouverture face à ce qui était présent et faisait obstacle et comment cela s'est passé.
- Chez les participants ayant de la difficulté à s'engager dans l'action, renforcer n'importe quelle observation quant au fait de réfléchir à le faire ou n'importe quel petit pas. Profiter de l'occasion pour mentionner l'utilité des habiletés de défusion/acceptation/pleine conscience lorsque des obstacles sont présents et le concept d'ouverture à être en contact avec des expériences non désirées comme faisant partie de l'action engagée.

4. Suite de la mise en scène de la métaphore des passagers dans le bus (25 min)

- Demander aux participants s'ils ont un exemple qu'ils aimeraient mettre en scène, par exemple une situation dans la dernière semaine qui a été discutée lors du retour sur la tâche hors séance. Si personne ne se propose, demander si quelqu'un a un exemple qu'il aimerait que quelqu'un d'autre joue. S'il n'y a pas de volontaire, proposer un exemple général avec des passagers fréquents, dont des passagers que les participants ont mentionnés dans les séances précédentes, ou utiliser l'exemple d'être et contribuer dans un groupe.
- S'assurer de bien clarifier les valeurs (définir des valeurs plutôt que des buts).
- Suivre les mêmes instructions que lors de la séance 2.

5. Comment faire pour observer nos passagers tout en continuant d'avancer dans la direction que l'on souhaite? (10 min)

- Dire aux participants : « Si nous observons la façon dont notre esprit fonctionne, nous pouvons avoir des pensées qui ressemblent à des expériences réelles, comme des souvenirs du passé. On peut aussi avoir des pensées et ne pas agir en fonction de ces pensées. Avez-vous déjà fait quelque chose qui était à l'opposé de vos pensées et vos émotions sur le moment? »
- Exercice : Pensez le contraire – Ne vous levez pas et ne marchez pas dans la salle.
 - Donner aux participants une feuille de papier sur laquelle est écrit : « Ne vous levez pas et ne marchez pas ». Demander aux participants de lire les instructions et de faire le contraire, tout en continuant à lire les instructions. « Si votre esprit arrête l'action, demandez-vous : "Est-il possible de voir cette pensée comme une pensée ET de faire l'action opposée?" Faites le test en pensant volontairement la pensée tout en faisant l'inverse. »
 - Retour sur l'exercice : demander aux participants comment ils ont trouvé l'expérience. Ont-ils été capables de faire l'opposé? Est-ce que leur esprit tentait de s'y opposer? Y a-t-il d'autres moments dans leur vie où ils ont été capables de faire le contraire de ce que leur esprit disait (essayer d'obtenir des exemples)? Faire le lien avec la métaphore des passagers dans le bus, en soulignant que ce que notre esprit dit peut être comme un passager et que ce n'est pas parce qu'un passager dit quelque chose qu'on doit agir en fonction de cela.
- Discuter des problèmes de la suranalyse : parfois, le fait de trop réfléchir peut devenir un frein et nous empêcher de développer des compétences. Donner des exemples d'apprentissages comme rouler à vélo ou apprendre un instrument de musique.

6. Exercice « Citron » (5 min)

- Introduire l'exercice : « Parfois, nos passagers (nos pensées, sentiments, sensations) semblent vraiment réels et puissants. On ne peut peut-être pas nous en débarrasser, mais nous pouvons observer d'autres aspects d'eux et nous pouvons changer notre relation avec eux. »
- Partie 1 : Exercice « Citron, citron, citron » – Voir comment, d'une certaine manière, nos pensées sont aussi des sons dans notre tête.
 - Demander aux participants ce qui leur vient à l'esprit lorsqu'ils lisent le mot « citron ». S'informer des images, de la texture, des odeurs, du goût et du son.

- Demander ensuite aux participants de dire le mot « citron » à voix haute et de le répéter pendant 2 à 3 minutes, en augmentant le volume et la vitesse.
- Retour : demander aux participants ce qu'ils ont observé en faisant l'exercice. Chercher des exemples dans lesquels les propriétés indirectes du mot (image, goût, etc.) ont disparu et les propriétés plus directes du mot sont devenues plus importantes (son du mot, perte de sens, etc.).

- Partie 2 : Exercice avec un mot négatif
 - Demander aux participants de penser au mot critique le plus négatif qui pourrait être utilisé pour les décrire (ou pour décrire quelqu'un en général). Par exemple, « raté », « déchet ». Demander au groupe d'identifier 5 à 10 mots puis de choisir ensemble le « pire ».
 - Demander aux participants de décrire les sensations et émotions associées à ce mot (par ex. lourd, triste). Quelle image le mot évoque-t-il (noir, piquant), quel son/goût/odeur suscite-t-il?
 - Puis répéter le même exercice que pour « citron ».
 - Faire le lien avec la métaphore des passagers dans le bus en soulignant comment, parfois, même quand ce que disent les passagers semble vrai, important ou comme un ordre auquel il faut obéir, il ne s'agit que d'une suite de mots ou une histoire et nous avons le choix de décider quelle direction nous voulons suivre avec notre bus. « Qui est au volant de votre vie, votre esprit, vos voix, etc. ou vous? Pourriez-vous prendre la décision d'être simplement en charge, plutôt que d'avoir besoin de changer vos pensées? Même si vos passagers sont là, vous avez quand même le choix de vos actions. »

7. Exercice de pleine conscience : les nuages dans le ciel (10 min)

- Présenter l'exercice de la même façon que l'exercice des feuilles sur la rivière à la séance 2.
- Demander aux participants d'imaginer qu'ils sont couchés dans un champ d'herbe verte pendant une journée chaude de printemps, en ressentant la sensation du sol sous leur corps, l'odeur de l'herbe, le son du vent dans les arbres. Puis imaginer qu'ils regardent le ciel et qu'ils regardent les nuages se déplacer dans le ciel.
- Suivre les mêmes instructions que pour l'exercice des feuilles sur la rivière, en plaçant les expériences sur des nuages et en les observant.
- Terminer avec les observations des participants.

8. Tâche pour la prochaine semaine (10 min)

- Séparer le groupe en deux et demander aux participants de réfléchir à ce qu'ils seraient ouverts à faire cette semaine pour avancer dans la direction de leurs valeurs. Demander quels passagers risquent de surgir. Remplir la feuille de travail B3.

9. Fin de la rencontre

- Retour en grand groupe et demander une rétroaction.
- Questions possibles : « Comment avez-vous trouvé le groupe aujourd'hui? Qu'avez-vous observé pendant le groupe? Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? Quel est l'élément dont vous allez le plus vous souvenir? »

4.4.4 Séance 4

Objectifs :

- Passer en revue les progrès observés et soutenir l'observation, l'ouverture et l'action
- Passer en revue le contenu du groupe
- Fournir une opportunité de pratiquer les exercices
- Renforcer la participation au groupe

1. Introduction (5 min)

- Rappeler en quoi consiste le groupe
- Résumer ce qui a été vu à la séance précédente
- Exercice de réchauffement avec un ballon en identifiant les passagers observés (voir séance 3)

2. Exercice de pleine conscience : pleine conscience de la respiration (10 min)

- Voir exercice fait à la séance 1

3. Retour sur la tâche à domicile (10 min)

- Séparer le groupe en deux (faire des groupes différents). Demander aux participants s'ils ont pu faire l'action qu'ils avaient planifiée et/ou ce qu'ils ont observé comme passagers. Demander s'ils ont pu augmenter leur ouverture face à ce qui était présent et faisait obstacle et comment cela s'est passé.

- Chez les participants ayant de la difficulté à s'engager dans l'action, renforcer n'importe quelle observation quant au fait de réfléchir à le faire ou n'importe quel petit pas. Profiter de l'occasion pour mentionner l'utilité des habiletés de défusion/acceptation/pleine conscience lorsque des obstacles sont présents, et le concept d'ouverture à être en contact avec des expériences non désirées comme faisant partie de l'action engagée.

4. Messages clés (15 min)

- Écrire dans le haut de grandes feuilles de papier les mots « observer », « ouverture » et « action engagée ».
- Demander aux participants d'identifier des choses qu'ils ont faites dans les séances et entre celles-ci qui correspondent à ces catégories (non mutuellement exclusives). Les thérapeutes peuvent guider la discussion et faire des suggestions. Écrire chaque réponse sur des cartons que les participants peuvent coller sur les feuilles de papier. Puis demander aux participants de voter pour la stratégie qu'ils ont trouvée la plus utile en allant placer un collant sur l'item choisi.

Exemples :

- Observer : exercices de pleine conscience (pleine conscience de la respiration et du corps, l'exercice avec l'aliment, les feuilles sur la rivière, les nuages dans le ciel), identifier les valeurs et les passagers, la vidéo de Tom, les tâches hors séance, l'exercice du citron.
- Ouverture : être avec les passagers, l'exercice de la mise en scène de la métaphore, les tâches hors séance, l'exercice de penser l'opposé, l'exercice du citron.
- Action engagée : venir au groupe, choisir une direction basée sur les valeurs, les tâches hors séance, l'exercice de penser l'opposé, l'exercice du citron.

5. Revisiter les passagers (10 min)

- Sous forme de discussion, faire ressortir les éléments clés de la métaphore, dont la direction guidée par les valeurs, les passagers, ce qu'ils peuvent représenter et le risque que le bus soit détourné de la direction qu'on souhaite prendre. Rappeler les différentes façons dont les passagers peuvent nous détourner de notre chemin : en les écoutant trop attentivement, en les croyant, en leur cédant, en luttant contre eux, en essayant de les expulser du bus.
- Rappeler les nouvelles et différentes façons discutées dans le groupe qui peuvent aider à vivre avec ses passagers et les écrire sur le tableau :
 - Être clair quant à la direction qu'on souhaite prendre avec notre bus.

- Observer que nous avons le choix de la direction qu'on prend en conduisant notre bus.
- Se rappeler que les passagers ne sont que des passagers et qu'ils n'ont pas de réel pouvoir.
- Être plus conscient peut nous aider à mieux identifier nos passagers et les choix qui s'offrent à nous.
- Parfois, se battre et lutter contre ses passagers peut nous détourner de ce qui est réellement important. Une alternative peut être de leur faire un peu de place, leur permettre d'être présent, les voir comme de vieux passagers qui radotent.
- Demander aux participants s'ils ont fait quoi que ce soit de différent dans les dernières semaines qu'ils n'auraient pas fait habituellement. Ont-ils observé des choses qu'ils auraient aimé faire différemment? S'ils avaient le choix, qu'est-ce qu'ils aimeraient faire différemment dans les six prochains mois?

6. Où aller à partir d'ici – Aller de l'avant (25 min)

- Séparer le groupe en deux avec un thérapeute dans chaque groupe. Aider chaque participant à remplir les feuilles de travail B5 (recto verso).
- Compléter les sections « objectifs », « actions » et « valeurs » sur un côté de la feuille puis au verso les passagers, en se servant de ceux qui ont été identifiés sur les feuilles de tâches hors séance.
- Renforcer tout partage du groupe quant à leurs engagements, leurs passagers, etc.
- Demander aux participants s'ils seraient ouverts à agir dans le sens de leurs engagements, en faisant un pas dans le sens de leur valeur.
- Demander si un participant est ouvert à partager son action engagée, afin de soutenir son engagement.
- Retour en grand groupe et solliciter les observations quant au processus de remplir la feuille de travail, par exemple ce qui était facile ou plus difficile. Demander si quelqu'un souhaite partager ce qu'il a écrit.

7. Message final (5 min)

- Dire aux participants : « Il peut y avoir des moments, ici dans les séances et à la maison, où vous avez des pensées ou des émotions qui tentent de vous convaincre que vous n'avez plus envie de faire cela ou que c'est trop difficile. Même si vous commencez à penser à abandonner d'aller dans la direction qui est importante pour vous, continuez à avancer. Vous pouvez être le conducteur de votre bus et emmener tous les passagers

avec vous. Vous avez déjà expérimenté dans les exercices que les pensées et les sentiments vont et viennent, mais les progrès que vous ferez vers vos objectifs sont réels et ne disparaîtront pas. Et c'est ce qui compte vraiment. Au final, c'est vous qui êtes en contrôle de la direction de votre vie, comme un chauffeur de bus : vous la contrôlez avec vos mains et vos pieds. Même si vous ne pouvez pas contrôler le genre d'émotions, de pensées ou d'inquiétudes qui vous accompagnent, vous irez là où vous laisserez vos mains et vos pieds vous mener. Agissez selon vos valeurs plutôt que selon votre peur, avec vos mains et vos pieds. Faites ce qui est important pour vous, même en présence des pensées et des émotions qui apparaîtront quand vous déciderez d'agir. C'est ce que vous pouvez vraiment contrôler. »

8. Certificats de participation et applaudissements (5 min)

9. Fin de la rencontre

- Rétroaction sur la séance et le groupe en général
- Questions possibles : « Qu'avez-vous observé? Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? Quel est l'élément dont vous allez le plus vous souvenir du groupe? »

Section 5 : Thérapie fondée sur la compassion (TFC)

5.1 Modèle général

La thérapie fondée sur la compassion, développée par Paul Gilbert, est une approche transdiagnostique s'appuyant sur la science comportementale contextuelle, la neuroscience affective, la science de l'évolution et la science de l'attachement. Elle a été spécifiquement développée pour les personnes avec des niveaux élevés de honte et d'autocritique (Gilbert, 2009a). Cette approche vise à créer un contexte et des conditions facilitant les processus naturels d'adaptation, de guérison et de résolution de problèmes de l'esprit.

La TFC est née de l'observation selon laquelle les individus présentant des problèmes psychologiques ont souvent de la difficulté à éprouver de la chaleur et de la gentillesse envers eux-mêmes, tout en présentant des niveaux élevés de honte et d'autocritique. Ces enjeux sont encore plus marqués chez les personnes ayant des antécédents d'abus, de négligence ou d'intimidation, une clientèle ayant souvent une moins bonne évolution en thérapie et ayant de la difficulté à se sentir en sécurité et égaux dans leurs relations interpersonnelles (Gilbert, 1992; Gilbert, 2009).

Ainsi, en créant préalablement des conditions favorables dans l'environnement, le corps et l'esprit d'une personne, elle sera dans de meilleures dispositions pour travailler avec et intégrer des émotions et des expériences difficiles, peu importe le type d'intervention utilisée par la suite.

La TFC est basée sur un principe de normalité, c'est-à-dire que l'individu est abordé en considérant qu'il a un cerveau évolué « normal », et elle cherche à comprendre la manière dont ce cerveau fonctionne et s'est adapté aux différentes expériences que l'individu a vécues, en identifiant quels systèmes cérébraux ont été activés et sensibilisés et lesquels ne l'ont pas été.

L'objectif primordial de la TFC est le développement de compétences de compassion envers soi-même et envers les autres comme moyen d'améliorer la régulation des émotions (Gilbert, 2009), ce qui se fait par l'entraînement à la compassion. La compassion dans ce contexte peut être définie comme « une sensibilité à la souffrance (sa propre souffrance et celle des autres), accompagnée d'un engagement à la soulager et à la prévenir » (Gilbert, 2014). On distingue trois

flots de compassion, soit la compassion pour les autres, la compassion des autres envers soi et la compassion envers soi-même.

La TFC est une approche biopsychosociale qui considère les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la sécurité et de la compassion comme ayant une importance fondamentale et égale et se soutenant mutuellement.

Sur le plan biologique, la TFC enseigne des techniques pour stimuler directement la physiologie de la sécurité (par exemple avec des exercices d'apaisement par la respiration et des exercices impliquant la posture corporelle, l'expression faciale et le ton de voix).

Sur le plan psychologique, la TFC utilise des exercices d'attention, de mémoire et d'imagerie et cultive une intention compatissante par des exercices cognitifs et de mentalisation, comme l'écriture de lettres.

La composante comportementale de la TFC transpose les processus clés de sécurité et de compassion dans la sphère sociale, par exemple avec des exercices encourageant à donner et recevoir de la compassion et à adopter un comportement prosocial. Dans la mesure du possible, des efforts seront déployés pour identifier et établir des relations, des réseaux et des interactions sociales sûrs et solidaires.

Le modèle utilisé par la TFC découle d'études neuroscientifiques sur les émotions (Depue et Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998) et repose sur l'idée que le cerveau humain dispose de trois principaux systèmes de régulation des émotions qui interagissent entre eux, chacun possédant des fonctions évolutives distinctes :

- 1) Le système de menace et de protection, qui détecte les menaces dans l'environnement de l'individu, activant des réponses émotionnelles conçues pour protéger l'individu (par exemple lutter ou fuir).
- 2) Le système de motivation et d'excitation, qui oriente l'individu vers des récompenses positives dans l'environnement et participe à la régulation des émotions positives telles que l'excitation et le plaisir.
- 3) Le système d'apaisement, d'affiliation et de sécurité sociale, qui régule le sentiment de contentement et de sécurité et est censé se développer grâce à un style parental adapté, réactif et attentionné.

La TFC propose que ces systèmes interagissent de manière complexe et que des difficultés psychologiques surviennent lorsque ces systèmes deviennent « déséquilibrés », principalement lorsqu'il y a une suractivation du système de menace et une sous-activation du système d'apaisement.

Ainsi, les difficultés de l'individu peuvent être conceptualisées à l'aide de ce modèle en considérant les facteurs historiques et actuels qui contribuent à l'activation des systèmes et leur interaction. Par la suite, la thérapie aura comme objectif d'enseigner différentes techniques permettant de rééquilibrer les trois systèmes. Ces techniques visent à améliorer la prise de conscience des interactions négatives de l'individu avec lui-même et à modifier graduellement l'attitude de honte et d'autocritique par une attitude caractérisée par une sensibilité à son bien-être, ses besoins et ses expériences de détresse (Gilbert, 2009). Ainsi, l'individu est amené à réagir à ses expériences difficiles avec gentillesse, compassion et chaleur.

L'entraînement à la compassion permet de cultiver le système d'apaisement tout en réduisant l'activation du système de menace, améliorant ainsi la capacité de la personne à se mobiliser vers des objectifs valorisés (système de motivation).

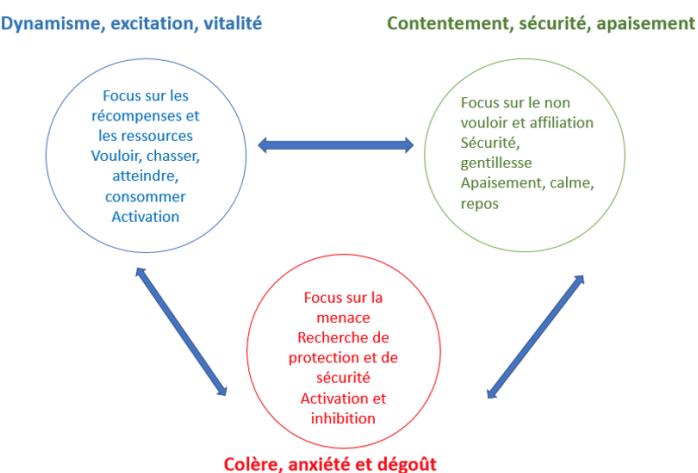


Figure 2 : Modèle des trois cercles

Adapté et traduit de Balanced Minds par Ngô, Elie et Paquette (2021)

5.2 Adaptation pour la psychose

Selon le modèle de TFC pour la psychose, une grande partie de la détresse et de la souffrance ressenties par les personnes est due au fait qu'elles sont coincées dans des schémas et des

mentalités axés sur la menace qui ont évolué pour organiser le rang social, c'est-à-dire pour déterminer si quelqu'un est dominant (rang supérieur) ou subalterne (rang inférieur). Ces motivations et mentalités compétitives ont évolué pour être très sensibles à la détection et à la réponse aux menaces provenant des autres (Heriot-Maitland, 2024).

Ces schémas peuvent également se manifester dans la relation avec soi-même. Par exemple, dans l'autocritique, il est possible d'assumer à la fois le rôle de dominant et de subordonné, avec une réponse de protection qui stimule le cerveau et le corps à la soumission (Gilbert et al., 2001). Le fait d'entendre des voix a également été modélisé de la même manière, notamment à partir des travaux de Birchwood et al. (2004) démontrant que la relation entretenue par les personnes avec leurs voix reflète les relations que ces personnes ont dans la sphère sociale (en termes de position sociale dominant/dominé) et que le degré d'impuissance dans la relation avec les voix était lié aux niveaux de détresse et de dépression.

Plusieurs données soutiennent la présence de difficultés dans le traitement et la régulation des menaces, particulièrement les menaces sociales, chez les personnes souffrant de psychose. Par exemple, des études sur des populations cliniques souffrant de paranoïa ont démontré des biais attentionnels envers les stimuli menaçants (Green et Phillips, 2004). Ces difficultés peuvent découler d'expériences négatives à l'enfance incluant des traumatismes ainsi que des difficultés d'attachement (Liotti et Gumley, 2008). Notamment, Gumley et al. (2010) ont mis en lumière la façon dont les expériences d'attachement insécurise chez les personnes souffrant de psychose peuvent avoir des conséquences tant sur le système de menace qui sera grandement sensibilisé que sur le système d'apaisement qui sera sous-développé, ce qui limitera sa capacité à réguler le système de menace.

Les symptômes psychotiques peuvent donc être compris en termes de TFC comme les produits normaux d'un système de menace suractivé, combiné à des ressources internes insuffisantes pour apaiser ce système. En plus des symptômes psychotiques comme tels, les diagnostics liés à la psychose sont associés à une stigmatisation sociale fréquemment intérieurisée et associée à de la honte, contribuant à la suractivation du système de menace du fait de la position sociale qui en découle (Heriot-Maitland et Russell, 2018).

L'objectif en TFC n'est donc pas d'agir uniquement sur le système de menace comme la majorité des autres thérapies le font, mais plutôt d'être capable de passer d'une mentalité de menace à

une mentalité de compassion et de renforcer cette dernière. Ce passage d'une mentalité à l'autre est soutenu par des recherches en neuro-imagerie (IRMf) qui ont identifié des modèles différentiels d'activité neuronale entre l'autocritique et l'autoréassurance (Longe et al., 2010), ainsi qu'une augmentation de l'activité des réseaux neuronaux associés à la menace lorsque les participants étaient autocritiques et une diminution de ceux-ci avec la pratique de compassion (Kim et al., 2020). Cette pratique était également associée à une augmentation de la réponse parasympathique.

Ainsi, la première étape sera d'établir des expériences internes et externes de sécurité sociale. Les expériences internes sont favorisées par des exercices d'apaisement par l'ancrage, la posture et la respiration qui activent le système parasympathique. Les expériences externes de sécurité découlent du développement de relations et d'interactions sociales générant un sentiment de sécurité et de validation, ce qui débutera par la relation thérapeutique avant de s'étendre à un réseau social plus large. Cet accent mis sur le développement de contextes interpersonnels sécuritaires et validants joue un rôle clé dans le processus de rétablissement considérant la stigmatisation et l'isolement dont souffrent les personnes atteintes de psychose.

L'objectif suivant est ensuite de favoriser le développement progressif des qualités et attributs compatissants requis pour effectuer le travail thérapeutique, c'est-à-dire développer les ressources nécessaires pour expérimenter et intégrer le système de menace de manière sécuritaire. En TFC, cela se fait en développant un « soi compassionné » qui deviendra le détenteur de toutes les intentions, qualités et compétences compatissantes qui seront pratiquées. Le soi compassionné pourra devenir une base intérieure sûre accessible lorsque la personne sera confrontée à des expériences activant le système de menace.

Du matériel psychoéducatif est intégré à la thérapie afin d'aider les individus à développer une compréhension du fonctionnement évolutif et neuroscientifique du cerveau (Gilbert, 2014). Dans la TFC, la psychoéducation vise à faire comprendre à quel point notre cerveau peut être compliqué : en raison de sa conception évolutive, il cause naturellement et inévitablement des problèmes. Il peut être particulièrement utile pour quelqu'un qui souffre de paranoïa, par exemple, de comprendre le biais évolutif du système de menace, qui fonctionne pour assurer la survie et qui a donc un biais en faveur de la détection et de la surestimation du danger. Également, la dissociation peut être comprise comme un processus naturel et adaptatif pour éviter d'être submergé par des expériences intolérables et donc comme un mécanisme de protection du

cerveau contre les menaces. Cette approche normalisante et dépathologisante est en cohérence avec le type d'approche encouragée pour favoriser le rétablissement et diminuer l'autostigmatisation chez les personnes souffrant de psychose.

Une des caractéristiques de la TFC est l'accent mis sur le corps comme étant le siège de l'expérience émotionnelle. Les thérapeutes encouragent régulièrement les participants à ralentir et à être attentifs à leurs sensations physiques afin de les aider à se connecter à leur expérience du moment présent en l'approchant avec curiosité et bienveillance. La capacité d'observer et identifier les émotions et pensées présentes permet de développer une conscience métacognitive qui favorise la tolérance à la détresse. Plusieurs personnes souffrant de psychose ont de la difficulté à être en contact avec leurs affects. Les affects peuvent être émuossés ou encore non congruents, particulièrement lorsque des événements difficiles sont décrits. Les résultats de recherche sur l'attachement et les stratégies d'adaptation suggèrent qu'il pourrait s'agir de stratégies de sécurité. Les pratiques de compassion sont introduites graduellement, ce qui permet aux participants d'expérimenter et de se familiariser avec différents exercices à leur propre rythme.

La TFC soutient que toute exploration du système de menace sera très difficile pour les personnes atteintes de psychose et donc que l'entraînement à la compassion peut rendre ce processus plus tolérable.

Les processus de groupes sont utilisés explicitement pour soutenir le développement de compétences et d'attributs compatissants (Gilbert et Procter, 2006). Le groupe sert de base sûre à partir de laquelle les participants peuvent explorer leur propre expérience interne en puisant dans les qualités de sympathie, de tolérance à la détresse, d'empathie, de non-jugement, de souci du bien-être et de sensibilité.

Les études actuelles suggèrent que la majorité des personnes souffrant de psychose qui sont dans un processus de rétablissement pourraient bénéficier de la TFC (Mayhew et Gilbert, 2008; Laithwaite et al., 2009; Braehler et al., 2013a). Toutefois, les personnes avec des symptômes négatifs sévères, peu d'autocritique par rapport au fait d'avoir un trouble de santé mentale et un surinvestissement sévère dans les idées délirantes n'ont pas montré de bénéfices jusqu'à maintenant (Braehler et al., 2013a; Laithwaite et al., 2009). Les personnes les plus susceptibles de bénéficier de cette approche sont celles qui ne sont plus en phase aiguë et qui présentent des

symptômes psychotiques moins sévères ainsi qu'un fonctionnement acceptable. Les personnes n'adhérant pas au diagnostic de psychose sont éligibles tant qu'elles ont une certaine ouverture à considérer une compréhension psychologique de leurs difficultés émotionnelles et ont de la motivation à travailler sur celles-ci.

Certains auteurs recommandent que les thérapies de groupe soient précédées d'une thérapie fondée sur la compassion individuelle pour aider la personne à faire sens et composer avec ses symptômes psychotiques (Braehler et al., 2013b).

Davantage d'études sont requises pour déterminer le format idéal quant aux nombres de séances et à la structure des groupes. Certains protocoles recommandent au moins 20 séances de 2h (Braehler et al., 2013b).

5.3 Efficacité

Les études portant sur la TFC pour la psychose sont encore peu nombreuses, mais suggèrent que cette approche est acceptable, sécuritaire et qu'elle pourrait avoir des effets bénéfiques.

Des études de cas sur la thérapie individuelle ont rapporté une diminution de la malveillance des voix (Mayhew et Gilbert, 2008) ainsi qu'une diminution des symptômes psychotiques (voix et délires), des symptômes dépressifs, du niveau de détresse et du stress (Heriot-Matiland et al., 2023).

L'approche de groupe a également été étudiée. Un essai non contrôlé avec des patients hospitalisés rapportait une amélioration de la psychopathologie générale, de la dépression et de l'estime de soi (Laithwaite et al., 2009). Un essai clinique randomisé avec une population ambulatoire concluait que la TFC était associée à une amélioration clinique plus élevée et que l'augmentation de la compassion était associée de façon significative à une diminution de la dépression et de la marginalisation perçue (Braehler et al., 2013a).

Il est important de noter que les études réalisées jusqu'à maintenant sont généralement des études de cas ainsi que des études non contrôlées, avec des petits échantillons majoritairement autosélectionnés, ce qui limite la qualité des données. Un seul essai clinique randomisé a été réalisé. Il est donc difficile de quantifier l'impact des facteurs thérapeutiques non spécifiques. De plus, les recherches actuelles ont été menées par des cliniciens maîtrisant très bien cette approche, ce qui peut limiter la généralisation des résultats.

5.4 Protocole de groupe

Dans ce guide, nous présentons un protocole de groupe développé par Heriot-Maitland et al., (2015). Il s'agit d'un groupe de 6 séances hebdomadaires de 2h qui a été conçu pour une clientèle ambulatoire. Rappelons que pour animer des groupes de TFC, il est nécessaire d'avoir préalablement complété un groupe d'entraînement à la compassion (CMT) en tant que participant.

Matériel

- Il est suggéré d'utiliser une présentation PowerPoint comme support visuel.
- Tableau à grandes feuilles ou tableau blanc.
- Certains ateliers peuvent nécessiter du matériel supplémentaire.
- Une page web a été créée spécifiquement pour ce groupe et contient des informations sur la TFC, le déroulement des séances incluant les thèmes abordés et les tâches à domicile ainsi que des enregistrements audio en français des exercices de pleine conscience :
<https://www.psychopap.com/groupe-entrainement-a-la-compassion/>

Ressources supplémentaires

- La version originale du protocole de groupe en anglais (Heriot-Matiland et al., 2015) est disponible ici : <https://relatingtovoices.com/wp-content/uploads/2021/12/6-session-Compassion-Group-PICuP.pdf>.
- Un protocole détaillé de l'approche individuelle en anglais (Heriot-Maitland et al., 2018) est également disponible : <http://compassionforvoices.com/wp-content/uploads/2019/11/CFTpManual.pdf>.
- Le livre « Relating to Voices using Compassion Focused Therapy: A Self-help Companion » (Heriot-Maitland et Longden, 2022) fournit des informations détaillées sur la TFC appliquée spécifiquement aux voix. Un site web accompagne le livre : <https://relatingtovoices.com/>.
- Les sites <https://www.compassionatemind.co.uk/>, <https://balancedminds.com/>, <http://compassionforvoices.com/> et <https://www.psychopap.com/therapie-fondee-sur-la-compassion/> offrent plusieurs informations, ressources gratuites et opportunités de formation sur la TFC en général et sur la TFC pour la psychose.

Chaque séance suit une structure similaire, soit :

1. Accueil informel et résumé de la séance précédente
2. Retour sur les tâches à domicile

3. Thème principal
4. Présentation de la tâche à domicile pour la prochaine semaine
5. Fin de la rencontre et rétroaction des participants

5.4.1 Séance 1 : Apprendre à se connaître

1. Accueil des participants et introduction

- Présentation des thérapeutes
- Demander aux participants d'inscrire leur nom sur un carton
- Présenter le plan de la rencontre, l'objectif et la structure du groupe
- Présenter les règles du groupe et demander si les participants souhaitent en ajouter d'autres.
- Normaliser l'anxiété reliée au fait de débuter le groupe. Aviser les participants qu'il n'y a aucune obligation de parler et qu'ils n'ont à partager que ce qu'ils souhaitent. Normaliser la présence de voix, en nommant qu'il est possible qu'il y ait des voix qui soient présentes durant ou hors des séances et qu'elles puissent avoir des choses à dire ou une opinion par rapport à ce qui se passe. S'il n'y a pas de voix, il peut y avoir des parties de soi qui ont des opinions ou des sentiments par rapport au fait d'être présent. Inviter les participants à partager tout questionnement ou inquiétude et les valider. Aviser les participants qu'ils peuvent partager à tout moment avec le groupe ou en fin de rencontre avec les thérapeutes si quelque chose pourrait être fait afin de rendre le processus plus facile, confortable et augmenter leur sentiment de sécurité.
- Activité brise-glace : demander aux participants de se mettre en équipe de deux et de partager un intérêt ou une activité préférée que l'autre présentera au groupe. Une autre tâche qui peut être faite en paires est d'utiliser des cartes répertoriant des émotions négatives, positives et neutres pour aider les participants à partager leur ressenti par rapport au fait de venir à la première rencontre, ce qui peut normaliser les sentiments d'anxiété tout en augmentant l'espoir pour la suite de la thérapie.

2. Psychoéducation sur la condition humaine et le fonctionnement de nos cerveaux

- La compassion commence par un examen de la réalité afin de comprendre ce que nous partageons tous et ce à quoi nous sommes confrontés :

A. Nos esprits et nos cerveaux ont été créés par l'évolution. Nous ne les avons pas choisis. Nous ne sommes qu'un membre de l'espèce humaine, qui n'est qu'une espèce. Nous faisons tous partie du flux de la vie.

- Demander aux participants si certains ont des animaux de compagnie et si ceux-ci répondent à l'affection. Souligner qu'il s'agit d'une fonction de base du cerveau, présente aussi chez les humains.
- Demander quels autres incitatifs ou motivations les animaux partagent (par exemple compétition pour les ressources, pour le territoire, pour la reproduction).

B. La vie comporte souvent des tragédies et des souffrances (maladies, accidents, pertes, etc.), sur lesquelles nous n'avons parfois aucun contrôle. La vie consiste souvent à gérer la souffrance, ce qui peut constituer un défi pour chacun d'entre nous.

- Partager l'histoire de Siddharta (Bouddha) : Siddharta a été élevé dans un luxueux palais, à l'abri du monde extérieur. Il s'est aventuré à l'extérieur à l'âge de 29 ans et a été confronté aux réalités de la vieillesse, de la maladie et de la mort. Cela l'a amené à décider qu'il ne pouvait plus se contenter d'une vie de prince.
- Dans la société occidentale, nous entendons souvent des phrases telles que « ressaisis-toi » ou « réjouis-toi », qui peuvent suggérer que la souffrance est quelque chose que nous devrions être capables de surmonter et qui ne nous affecte pas. Cela peut nous donner l'impression que quelque chose ne va pas chez nous si nous souffrons. Mais ce n'est pas le cas! C'est tout à fait compréhensible.

C. Notre sens du soi est créé par nos contextes sociaux et nos expériences.

- Expliquer que si vous aviez été kidnappé à l'âge de trois jours par un gang de trafiquants de drogue violents, vous ne seriez pas la version de vous qui dirige ce groupe aujourd'hui. Nous sommes tous nés dans des environnements et des situations sociales particuliers et ces variations sont susceptibles d'influencer ce que nous devenons. Par exemple, il y a une différence entre grandir dans un quartier aisné ou dans un quartier plus défavorisé. Ou la différence entre avoir des amis qui sont très studieux et travaillent dur à l'école et des amis qui préfèrent rire et travailler le moins possible. Nous interprétons et nous nous adaptons naturellement à notre environnement et à nos interactions avec les autres. C'est souvent utile, mais il peut être aidant d'en être conscient, car cela peut influencer la façon dont nous expérimentons le monde qui nous entoure.

- « Alors nous nous retrouvons ici. Et une grande partie de ce qui se passe dans notre esprit n'est pas notre faute. »
- Demander : « Si vous pouviez revenir en arrière, avant votre naissance, et concevoir votre propre cerveau et votre propre vie, comment les concevriez-vous? Que choisisiriez-vous? (Par exemple, un cerveau facile à calmer, un environnement aimant et bienveillant. »
- « Même si ce n'est pas de notre faute, il y a toujours des choses qui peuvent nous aider à aller de l'avant dans des domaines qui sont importants pour nous et à mettre en place des changements. Par exemple, nous pouvons accepter que nous ne soyons pas responsables d'avoir hérité de gènes d'obésité, d'aimer le fast-food et du fait que des gens produisent du fast-food et font de la publicité partout. Nous n'avons pas choisi ces choses! Mais, malgré ces facteurs – à la fois génétiques et environnementaux – qui rendent les choses plus difficiles, il peut encore y avoir des voies de changement. Pouvons-nous jouer un rôle dans la direction que nous souhaitons donner à notre vie? Par exemple, je peux choisir de manger ou non beaucoup de fast-food.

Même si nous n'avons pas choisi la façon dont notre cerveau fonctionne et l'environnement dans lequel nous avons évolué et que ce n'est pas notre faute, nous avons du pouvoir sur ce que nous pouvons faire à partir de maintenant pour devenir la version de nous que nous voulons être. »

3. Notre cerveau compliqué et ses boucles

- « Même si notre cerveau a évolué pour nous être très utile, la manière dont il a été créé peut parfois également causer des problèmes. En effet, bien qu'il s'agisse d'un organe merveilleux, et qu'il est doté de merveilleuses compétences (par exemple, la créativité, l'imagination, trouver des remèdes aux maladies, inventer des avancées technologiques), notre cerveau est également très complexe et il est susceptible d'être pris dans des boucles "pensée-émotions" qui peuvent causer beaucoup de détresse. Une façon de nous aider à comprendre cela est de voir comment différentes parties de notre cerveau – une partie très ancienne et une partie relativement nouvelle – peuvent agir l'une contre l'autre.
- Le cerveau ancien : tout comme notre corps, notre cerveau est le produit de millions d'années d'évolution. En particulier, une partie de notre cerveau est très ancienne (entre 200 et 500 millions d'années!). Nous l'appelons le "cerveau ancien". Les structures cérébrales qui s'y trouvent guident toute une série de motivations (par exemple la

recherche de nourriture, d'opportunités sexuelles, de statut et d'attachement), de dispositions émotionnelles (par exemple la colère, l'anxiété, le dégoût et la tristesse) et toute une série de comportements (par exemple les réactions de "combat ou de fuite", la capacité à être soumis ou agressif, etc.).

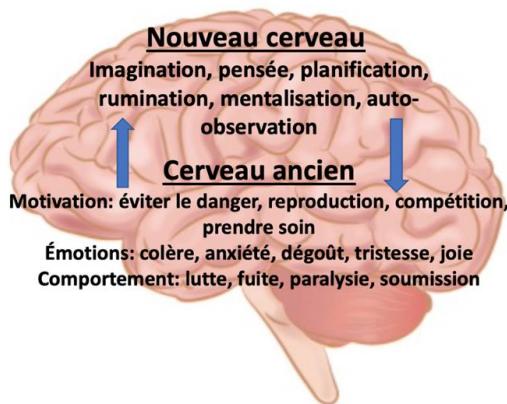
Nous partageons ce cerveau ancien avec de nombreuses espèces animales, et il s'avère que les structures de notre cerveau qui sont responsables de ces anciennes compétences cérébrales sont très similaires aux structures cérébrales qui coordonnent les mêmes compétences chez les animaux. Aussi étrange que cela puisse paraître, votre cerveau ancien est très similaire au cerveau ancien de votre chat ou de votre chien! Si l'on y pense bien, c'est logique : tout comme nous, notre chat ou notre chien adopte des comportements similaires à ceux qui sont issus du cerveau ancien. Ils semblent apprécier l'affection et le jeu; ils s'occupent de leur progéniture; ils s'enfuient lorsqu'ils ont peur, mais peuvent aussi se battre lorsqu'un autre chat ou un autre chien empiète sur leur territoire.

- Nouveau cerveau : il y a environ un million d'années, un processus étonnant a débuté chez nos lointains ancêtres préhumains; ils ont développé des capacités cognitives de plus en plus complexes et sophistiquées. C'est essentiellement grâce à ce processus qu'ils ont développé une certaine intelligence. Cette augmentation de la puissance cognitive du cerveau incluait la capacité de :
 - Imaginer des choses : créer des images dans notre esprit qui peuvent être réelles ou non.
 - Être conscient de soi : savoir que nous sommes un individu qui pense, ressent et se comporte de certaines manières.
 - S'inquiéter : être capable de se projeter dans l'avenir et d'envisager des résultats potentiels (souvent négatifs).
 - Ruminer : se remémorer des événements du passé, en les ruminant.
 - Théorie de l'esprit : nous pouvons imaginer ce que se représente l'esprit d'autres personnes et comment cela peut être similaire ou différent de nos représentations.

Ces nouvelles compétences cérébrales ont permis aux humains d'accomplir des choses merveilleuses : écrire de grandes œuvres de poésie et de fiction, peindre, créer de la musique et plus récemment, développer une compréhension de la nature, de la science et de la technologie. Nous avons développé des traitements pour des maladies, développé

des technologies permettant de visualiser l'intérieur de nos corps et envoyé des hommes et des femmes dans l'espace.

- Bien que nos nouvelles compétences de réflexion, d'imagination, de rumination, d'anticipation, d'autosurveillance et de conscience de soi (nouveau cerveau) puissent interagir de manière adéquate avec nos anciennes motivations et émotions (ancien cerveau), elles peuvent parfois s'enfermer dans des "boucles" improductives (voir le schéma suivant : les interactions sont parfois utiles, parfois inutiles). Avec le temps, ces boucles peuvent contribuer à amplifier notre détresse.



Adapté et traduit de Balanced Minds par Ngô, Elie et Paquette (2021)

- Nous pouvons voir les implications importantes de cette différence avec les animaux qui n'ont qu'un cerveau ancien, quand on compare le stress chez les animaux et les humains. Tous les animaux, y compris les humains, partagent une réponse physique au stress. C'est ce que fait automatiquement notre corps en réponse à une situation de crise aiguë. Par exemple, si un zèbre est poursuivi par un lion, son corps réagit en libérant des hormones comme l'adrénaline. Nous, les humains, avons développé le même système de réponse au stress. Cependant, en tant qu'humains, en raison de notre nouveau cerveau, nous activons parfois cette réaction au stress parce que nous pensons que nous sommes sur le point d'être stressés. Et s'il s'avère que nous avons raison, c'est tant mieux! Nous pouvons avoir une réponse anticipative au stress, ce qui est formidable et permet de mieux nous préparer à faire face à un danger. D'un autre côté, que se passe-t-il si vous pensez ainsi tout le temps et que vous supposez constamment que des facteurs de stress arrivent qui n'existent pas vraiment? Nous activons exactement la même réponse au stress que le zèbre qui court pour sauver sa vie, mais nous l'activons pour des raisons purement psychologiques. Nous l'allumons avec des souvenirs, des émotions, des pensées, mais

ce n'est pas ce pour quoi il a évolué. Le stress, pour 99,9 % des animaux de cette planète, se vit pendant quelques minutes de terreur après quoi soit l'animal est sain et sauf, soit c'est terminé pour lui. Mais que fait-on comme humain? Nous activons la même réponse au stress pour toutes sortes de choses comme les factures de téléphone, les transports, les événements sociaux, etc. Et c'est à ce moment-là que le système commence à s'user.

Avez-vous déjà vu un chien assis sous un arbre s'inquiéter de la façon dont il sera perçu plus tard par les autres chiens du parc? Ou du fait qu'il semble avoir vieilli? Les chiens ne sont pas capables d'entretenir de telles boucles pensées-émotions parce qu'ils n'ont pas de capacité cognitive complexe aussi évoluée, ce n'est donc pas la faute du chien s'il ne peut pas penser ainsi, tout comme ce n'est pas notre faute si notre cerveau peut se retrouver coincé dans des boucles problématiques.

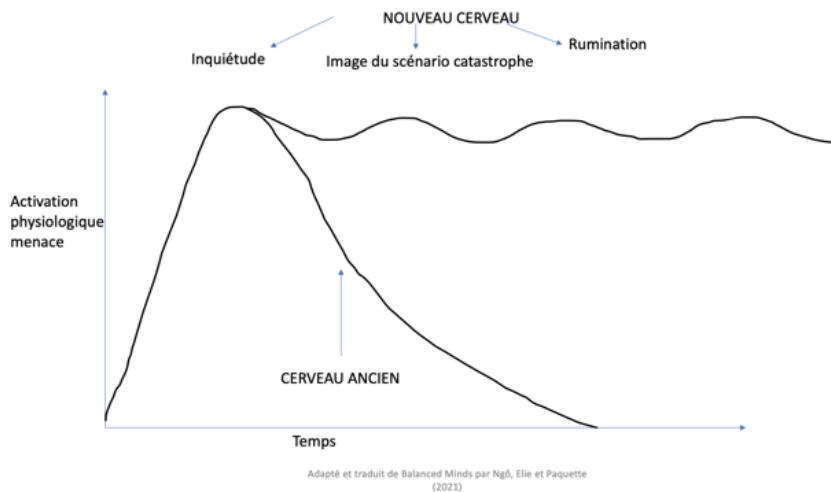
Et ce n'est pas seulement en anticipant les événements futurs que notre nouveau cerveau provoque du stress. Le fait de ruminer sur des événements du passé en provoque également. Les chiens et les zèbres ne font pas ça. Lorsque le lion abandonne la poursuite du zèbre et retourne dans sa tanière, la réaction de stress du zèbre ne tarde pas à se calmer. Sans la vue, le son ou l'odeur du lion, le danger immédiat est écarté et le zèbre retourne calmement manger l'herbe.

Pour les humains, cependant, c'est complètement différent. À votre avis, que se passerait-il dans notre esprit après avoir été poursuivi par un lion? On y repenserait encore et encore, imaginant ce qui aurait pu arriver si le lion nous avait attrapés, ce que nous aurions dû faire différemment, etc. Et chaque fois que ces images et ces souvenirs apparaîtraient dans notre esprit, notre réponse de stress émotionnelle et physique serait redéclenchée.

C'est donc ce que nous entendons par "boucles". En raison de la façon dont notre cerveau a été conçu et a évolué, les humains ont ces interactions entre le nouveau et l'ancien cerveau. Le nouveau cerveau alimente les réponses et les émotions du cerveau ancien, et l'ancien cerveau alimente les anticipations, pensées et images du nouveau cerveau. Ainsi, une partie de notre cerveau en déclenche une autre, et ainsi de suite, et le système tout entier se retrouve pris dans une boucle, un peu comme un cercle vicieux. Ainsi, contrairement au zèbre, nos émotions ne peuvent pas se calmer naturellement après avoir

accompli leur travail (c'est-à-dire ce pour quoi elles ont évolué). Nos émotions peuvent rester à un niveau élevé pendant des périodes prolongées. »

Montrer le schéma :



- « Sur ce schéma, la courbe en U inversée est l'émotion du zèbre. C'est ce que les émotions sont censées faire : elles montent en flèche, accomplissent leur travail, puis redescendent progressivement. La courbe qui reste en haut est l'émotion de l'humain. L'émotion surgit, mais continue d'être redéclenchée par le nouveau cerveau, prise dans une boucle et restant à un niveau élevé. Ce n'est pas ce que les émotions sont censées faire. »

Donc vous pouvez voir que cette façon dont notre cerveau fonctionne est loin d'être parfaite et que le fait de ne pas être capable de sortir de ces boucles problématiques peut nous maintenir dans la souffrance. Et ce n'est vraiment pas notre faute si nous avons hérité de l'évolution de notre cerveau humain. C'est un cerveau compliqué. Nous ne sommes pas responsables du fait que notre cerveau ait ces différents types de compétences pour générer des émotions et des schémas de pensée complexes. Nous n'avons pas choisi d'avoir un cerveau capable de se laisser entraîner dans de telles boucles. Si l'évolution nous a dotés de capacités cognitives étonnantes, nous ne les avons pas demandées, pas plus que la manière dont nos nouvelles capacités cérébrales peuvent être capturées par les anciennes émotions primaires (par exemple l'anxiété, la colère), ou même déclencher ces émotions.

Bien sûr, nous ne rencontrons pas beaucoup de lions de nos jours, mais nous faisons tous l'expérience de "boucles" ou d'interactions entre notre cerveau ancien et notre cerveau nouveau en ce qui concerne nos pensées, nos émotions et nos motivations.

Il peut être intéressant de réfléchir à nos boucles typiques dans notre vie de tous les jours. » Donner un exemple personnel.

- Discussion en petit ou en grand groupe : « Quelles sont vos boucles? » Normaliser : « Ce sont des problèmes que nous partageons tous. Une grande partie de ce qui se passe dans notre esprit n'est pas décidée par nous ni de notre faute. Nous sommes donc tous dans le même bateau. »
- Demander : « Que pouvons-nous faire pour y remédier? » Expliquer que les premiers pas vers la compassion consistent à s'ouvrir à certaines des difficultés et souffrances auxquelles nous sommes tous confrontés en tant qu'êtres humains, avec un désir de soulager cette souffrance. Nous pouvons prendre conscience de ce que fait notre esprit et nous pouvons également essayer de le comprendre. Cela peut alors nous aider à faire des choix pour nous permettre d'avancer. Une façon de faire cela est de développer notre capacité à être plus conscients de ce que fait notre esprit, y compris les boucles dans lesquelles il peut s'enfermer.

3. Tâches à domicile

- Notez les boucles dans lesquelles vous vous retrouverez au cours de la semaine prochaine.
- Notez les moments où vous vous êtes trouvés dans une boucle et où vous avez réussi à vous en sortir.

4. Fin de la rencontre

- Demander une rétroaction aux participants.
- Questions possibles : « Comment avez-vous trouvé le groupe aujourd'hui? Qu'avez-vous observé pendant le groupe? Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? »

5.4.2 Séance 2 : Comprendre nos émotions et nos désirs

1. Introduction

- Résumer le contenu de la séance précédente et vérifier la compréhension des participants : « La semaine dernière, nous avons parlé du fait que notre esprit est façonné par un certain nombre de choses, notamment l'évolution et nos expériences passées. Nous avons également discuté de l'existence de boucles ou d'interactions problématiques entre les processus de notre "ancien cerveau" (c'est-à-dire nos désirs, nos émotions et nos réactions de base, comme éviter le danger ou interagir avec les autres) et les processus de notre "nouveau cerveau" (par exemple raisonner et imaginer ce qui pourrait se passer). »

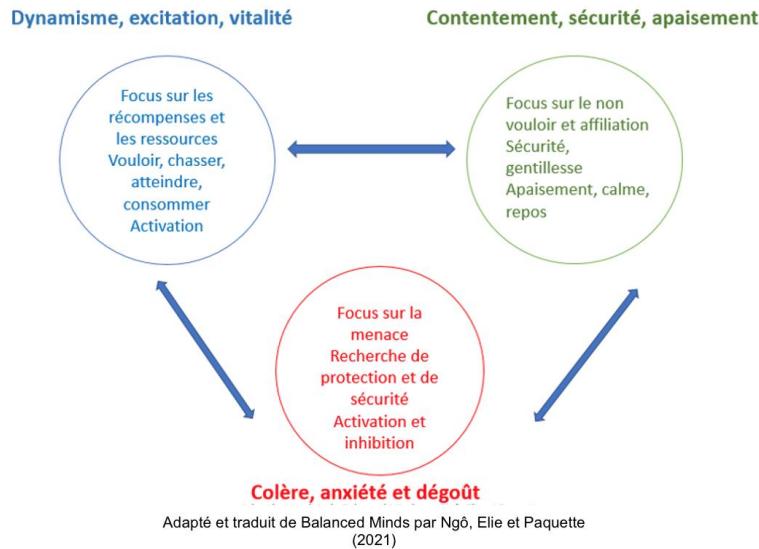
2. Retour sur la tâche à domicile

- « Dans quelles boucles vous êtes-vous retrouvés au cours de la semaine dernière ? Y a-t-il eu des moments où vous étiez dans une boucle et où vous avez réussi à vous en sortir? »

3. Comprendre nos émotions et nos désirs : le modèle des trois cercles

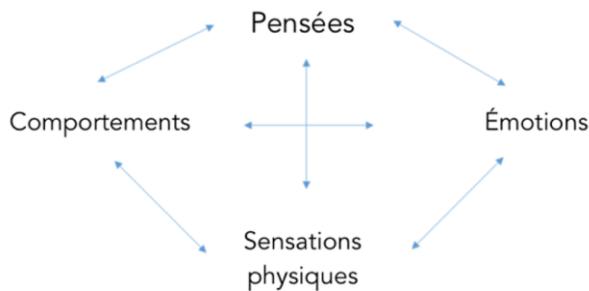
- Présenter les émotions et leurs fonctions : « Nous partageons tous des émotions et des désirs fondamentaux. Ils sont universels et nous ne choisissons pas ce que nous ressentons face à certaines choses. Même si certaines émotions sont plus appréciées que d'autres, il est probable qu'elles aient toutes évolué pour nous être utiles. »
- Discussion de groupe : « Pourquoi pensez-vous que nous avons des émotions? Qu'est-ce qui pourrait arriver si nous n'en avions pas? »
- « La recherche a montré qu'il y a trois principaux systèmes de régulation des émotions qui ont chacun leurs fonctions. Comprendre comment ces systèmes fonctionnent peut nous aider à comprendre la façon dont notre cerveau génère différents sentiments, désirs et envies. Le système de menace et d'autoprotection (rouge) a comme rôle de détecter les menaces et de nous faire réagir en présence d'une menace. Le système de la motivation et de l'exploration (bleu) nous donne la motivation et l'énergie pour acquérir des choses qui sont importantes à notre survie. Le système d'apaisement (vert) est associé au sentiment de calme, de tranquillité et de sécurité. »

Ces trois systèmes interagissent ensemble et quand l'un d'eux est activé, il organise des réactions spécifiques au niveau des pensées, de l'attention, de la physiologie et des émotions. Regardons-les plus en détail. »



A. Le système de menace

- « Imaginez ne pas avoir de sentiment de danger. Nous avons tous besoin d'un système de gestion des menaces capable de détecter rapidement les menaces. Si notre système de menace détecte une menace, il nous fera ressentir des émotions telles que l'anxiété, la colère ou le dégoût. Ces sentiments se répercuteront dans notre corps, nous alertant et nous envoyant un message ou une envie d'agir contre la menace de manière à nous protéger. C'est ce que l'on appelle souvent la "réponse de combat ou de fuite". Le système de menace peut aussi parfois nous inhiber plutôt que de nous amener à fuir ou à nous défendre, de sorte que nous pouvons figer ou encore nous soumettre. Toutes ces réponses peuvent être des façons d'accroître notre sécurité. »
- Exercice : faire un schéma « brioche de carême » (« hot cross bun ») pour l'anxiété
 - « Lorsque vous êtes anxieux, que ressentez-vous dans votre corps? Sur quoi portez-vous votre attention? À quoi pensez-vous? Qu'êtes-vous portés à faire? »



- « Les émotions de menace sont conçues pour s'activer rapidement et pour désactiver les émotions positives : mieux vaut prévenir que guérir. » Donner cet exemple : « Imaginez que vous faites des achats de Noël. Vous entrez dans 10 magasins différents et dans neuf de ces magasins, le vendeur vous est très utile et vous êtes très satisfait de ce qu'il vous aide à acheter. Mais dans un des magasins, le vendeur est extrêmement désagréable, il vous fait attendre et ne semble pas vouloir vous aider. Il ne vous redonne pas la bonne monnaie et refuse de reconnaître son erreur. À qui pensez-vous quand vous rentrez à la maison? De qui parlez-vous à votre partenaire ou ami? Il y a de fortes chances qu'il s'agisse du vendeur désagréable et que votre colère à son égard reste en vous pendant un certain temps. Même si la colère ne fait pas de bien à votre humeur ou à votre corps (ou à celui de votre ami), parce qu'il s'agit d'une menace, votre cerveau s'y accrochera. Ainsi, même si 90 % des gens ont été gentils avec vous, ces nombreux souvenirs positifs qui généreraient des sentiments positifs si vous vous en rappeliez sont oubliés. C'est ainsi que fonctionne notre cerveau. Ce n'est pas notre faute. Nos émotions de protection contre les menaces sont faciles à activer et peuvent être difficiles à apaiser, car elles ont été conçues pour nous protéger. Bien que cela soit utile, notre système de menace peut parfois être trop sensible, un peu comme un détecteur de fumée trop sensible. C'est exactement ainsi que notre corps a été conçu : nous avons un cerveau compliqué! Il peut alors parfois s'avérer utile de vérifier si le système de menace n'a pas sauté à une mauvaise conclusion. »

B. Le système de motivation et d'exploration

- « Nous avons tous besoin de ressentir du plaisir et de l'intérêt pour certaines choses et de savoir ce qui est important pour nous. La fonction du système de motivation est de nous donner des sentiments positifs qui nous guident, nous motivent et nous encouragent à rechercher ce qui est désirable et utile pour nous afin de survivre et de

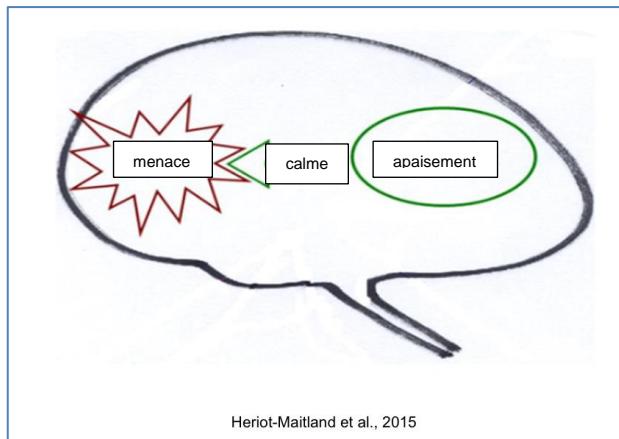
prospérer. Nous sommes motivés et éprouvons des sentiments positifs lorsque nous recherchons, expérimentons ou obtenons des choses agréables (par exemple de la nourriture, un endroit où vivre, du confort, des amitiés, etc.). Si nous gagnons une compétition, réussissons un examen ou avons un rendez-vous avec une personne que nous désirons, nous pouvons ressentir de l'excitation et du plaisir. »

- Discussion : « Lorsque vous êtes excités ou motivés, que ressentez-vous dans votre corps? Sur quoi portez-vous votre attention? À quoi pensez-vous? Qu'êtes-vous portés à faire? »

C. Le système d'apaisement et d'affiliation

- « Ce système est également associé aux émotions positives. Mais il ne s'agit pas d'un système qui est activé lorsqu'on essaie d'obtenir quelque chose : il sous-tend plutôt les périodes de calme et de tranquillité lorsque nous ne cherchons pas à obtenir quelque chose et que nous ne sommes pas menacés. Ce système peut nous apporter des sentiments d'apaisement et de tranquillité qui contribuent à rétablir notre équilibre. Lorsque nous ne nous défendons pas contre des menaces et des problèmes, et que nous n'avons pas besoin d'accomplir ou de faire quoi que ce soit, nous pouvons ressentir du contentement. Le contentement est une forme de joie de vivre et de sécurité, sans effort ni désir; une paix intérieure qui est un sentiment positif différent des sentiments d'excitation et de motivation du système de motivation. Ce système a naturellement un effet calmant et régulateur sur notre système de menace. Pensez à un bébé en détresse. La mère prend le bébé dans ses bras, le caresse, lui parle doucement et petit à petit, le bébé se calme. Nous sommes donc tous nés avec ce système dans notre cerveau qui nous aide à nous calmer lorsque nous sommes en présence de gentillesse, d'attention et d'un sentiment de connexion à l'autre. »
- Discussion : « Que ressentez-vous dans votre corps lorsque vous éprouvez du contentement ou de la gentillesse pour vous-mêmes, ou bien lorsque les autres démontrent de la gentillesse à votre égard? Quand vous vous sentez calmes et en sécurité, à quel genre de chose pensez-vous? Qu'êtes-vous portés à faire? Il se peut que ce soient des expériences assez difficiles à saisir, ou qui vous semblent assez lointaines en ce moment. Nous pouvons donc utiliser notre imagination pour imaginer à quoi cela pourrait ressembler. »

- Exercice : demander aux participants de se déplacer dans les trois cercles positionnés en triangle dans la pièce en se concentrant sur les états d'esprits spécifiques à chacun des cercles pour illustrer le contraste entre ceux-ci.
- L'impact des expériences sur nos émotions : « Certaines personnes qui ont été exposées à de nombreux environnements menaçants, par exemple une enfance difficile ou des expériences traumatisantes, peuvent avoir un système de menace et d'autoprotection très développé, ce qui rend l'anxiété et la colère faciles à ressentir. De plus, leur système d'apaisement, qui est un régulateur naturel du système de menace, peut être moins bien développé parce qu'ils ont eu moins d'occasions de l'utiliser. »



4. Comment la compassion peut-elle aider?

- « Dans ce groupe, nous allons pratiquer certains exercices pour nous aider à développer et renforcer notre système d'apaisement. C'est un peu comme aller au gym pour développer certains muscles. »
- L'entraînement de l'attention (pleine conscience) « L'attention est un excellent outil qui peut nous aider dans ce groupe. Non seulement nous pouvons l'utiliser pour nous éloigner de nos boucles problématiques, mais nous pouvons également l'entraîner à nous orienter vers des boucles plus utiles et plus compatissantes.

Pour développer votre esprit de compassion, il faut commencer par apprendre à mieux comprendre et à développer vos facultés attentionnelles. Vous avez peut-être en vous le germe d'un grand esprit de compassion, mais si votre esprit est trop chaotique et va dans

toutes les directions, il est peu probable que vous puissiez vous concentrer sur cette version compatissante de vous-mêmes et vous y consacrer. Pour commencer, nous pouvons apprendre comment fonctionne notre attention – comment elle amène les choses à la conscience – et comment notre capacité à utiliser l'attention est comme une lentille zoom dans notre esprit. »

- Exercice du projecteur : demander aux participants de déplacer leur attention sur leur pied droit (en observant et en décrivant les sensations), puis sur leur pied gauche, leur main droite, leur main gauche, puis finalement sur les sons dans la pièce.
- Faire un retour en groupe avec les observations des participants. Renforcer l'idée que l'attention agit comme un projecteur : nous prenons conscience de tout ce qui est éclairé par les projecteurs, tout en étant moins ou pas conscients de ce qui est en dehors des projecteurs. Ce sur quoi notre attention et notre esprit se concentrent ou s'attardent affecte nos émotions et nos sensations corporelles. Expliquer que l'attention peut être entraînée pour nous aider à devenir plus conscients de nos boucles et pour amener notre esprit vers des boucles plus aidantes et plus compatissantes.

5. Tâche à domicile

- Exercice de pleine conscience du corps (enregistrement audio disponible sur la page du groupe)

6. Fin de la rencontre

- Demander une rétroaction aux participants.
- Questions possibles : « Comment avez-vous trouvé le groupe aujourd'hui? Qu'avez-vous observé pendant le groupe? Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? »

5.4.3 Séance 3 : Qu'est-ce que la compassion et comment pouvons-nous devenir plus compatissants envers nous-mêmes?

1. Introduction

- Résumer le contenu de la séance précédente et vérifier la compréhension des participants : « La semaine dernière, nous avons discuté de certaines des raisons pour lesquelles nous avons des émotions et de l'idée qu'il existe trois systèmes de régulation émotionnelle liés à la menace, à la motivation et à l'affiliation et à l'apaisement. Nous avons expliqué que nous devons tous trouver un certain équilibre dans ces systèmes afin que

les choses ne soient pas trop pénibles pour nous et que nous puissions expérimenter du contentement et de la tranquillité. Nous avons également essayé un bref exercice consistant à déplacer notre attention sur chacun de nos pieds et nos mains et avons discuté du rôle de l'attention dans la manière dont nous nous sentons. »

2. Retour sur la tâche à domicile

- Retour sur l'exercice de pleine conscience, en sollicitant les observations des participants.

3. Qu'est-ce que la compassion?

A. Définition de la compassion

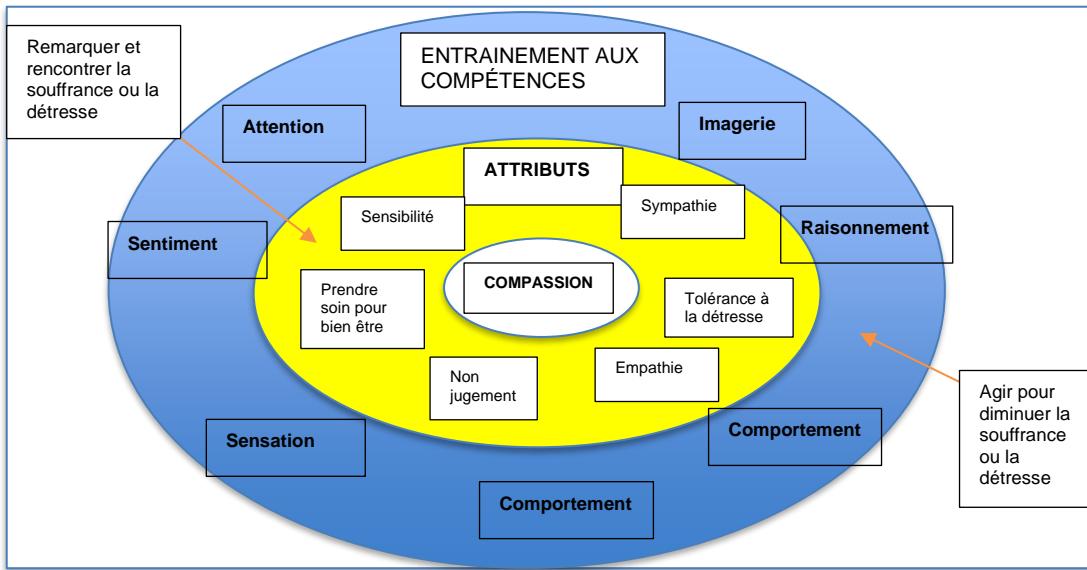
- Avant de présenter une définition de la compassion, demander aux participants de partager les mots qui leur viennent en tête lorsqu'ils entendent le mot compassion. Demander s'ils ont en tête des moments où ils ont été compatissants avec quelqu'un et voir ce que cela impliquait.

Écrire les mots des participants sur un tableau. Faire ressortir qu'il peut y avoir des associations positives (par exemple compréhensif, non-jugement, aidant, empathie, gentillesse) et d'autres plus négatives (par exemple pitié, égoïste, faible, ne pas prendre ses responsabilités). Dire que ces associations sont fréquentes, mais ne représentent pas la vision de la compassion telle qu'abordée dans ce groupe.

- Présenter la définition de la compassion utilisée pour les groupes : une sensibilité à sa propre souffrance et celle des autres avec un engagement à la soulager et la prévenir. Nommer que cette définition a deux composantes : la première implique une capacité à remarquer, tolérer et comprendre la détresse et les difficultés et la deuxième implique la capacité à recourir à une action sage pour réduire ou prévenir la détresse et les difficultés. Le principe de base de la compassion est que si nous parvenons à faire place aux sentiments difficiles avec douceur, sans nous sentir submergés par eux, nous pouvons être en mesure de réfléchir à ce qui est utile pour atténuer la souffrance. Cela peut nous aider à nous attaquer aux causes de la souffrance et à la réduire à l'avenir.

B. Attributs et compétences associés à la compassion

- Le schéma ci-dessous illustre certaines compétences ou attributs qui peuvent être utilisés avec chacune des composantes de la compassion.



- « Comme le montre le cercle jaune, lorsque nous remarquons une souffrance ou une détresse et que nous y faisons face, nous pouvons trouver utile d'essayer d'incarner certains des attributs ou des qualités énumérés (par exemple, faire preuve de sympathie et de bienveillance).

Le cercle bleu illustre les différentes façons dont nous pouvons essayer d'atténuer notre souffrance, notamment en utilisant notre attention (comme nous l'avons vu la semaine dernière) et d'autres approches que nous aborderons également au sein du groupe. »

C. Les flots de compassion

- Expliquer que nous allons cultiver la compassion dans trois directions : de soi vers les autres (compassion pour les autres), des autres vers soi (être ouvert à la compassion des autres) et de soi vers soi (avoir de la compassion pour soi-même). Certains flots sont plus difficiles pour certaines personnes et les outils vus dans le groupe vont aider à les renforcer.

D. L'imagerie et le pouvoir de l'imagination pour développer notre compassion

- « Notre cerveau et notre corps utilisent les mêmes systèmes pour traiter et répondre aux événements internes et externes. Par exemple, si vous imaginez votre repas préféré dans votre tête, votre corps réagit en salivant de la même manière qu'il le ferait s'il y avait un repas devant vous. Les recherches montrent que la pratique de l'imagerie de compassion peut entraîner des changements physiques réels. Par exemple, elle a été associée à des

changements dans la structure et l'activité du cerveau et à des améliorations du système immunitaire. La compassion est donc bonne pour la santé! »

E. Qu'est-ce qui bloque la compassion?

- Exercice : « Qu'est-ce qui rend la compassion difficile pour nous? Quels sont nos blocages et nos craintes? »
- Nous pouvons tous trouver difficile de nous engager et de soulager la souffrance, en particulier lorsque nous vivons une grande détresse. Il est également courant de se sentir menacé par des sentiments positifs. Par exemple, nous pouvons craindre que les autres profitent de nous ou que les bonnes choses soient suivies de quelque chose de négatif. Nous pouvons croire qu'être compatissant est un signe de faiblesse. Des sentiments de menace ou des souvenirs de menaces passées peuvent également rendre difficile l'accès à notre soi compassionné. Expliquer que les peurs, les blocages et les résistances à la compassion sont très fréquents et peuvent s'exprimer dans tous les flots.
- Faire remplir par les participants les trois échelles de blocages à la compassion (échelles disponibles gratuitement en français avec permission : <https://www.compassionatemind.co.uk/resource/scales>). Des résultats de 3 et plus indiquent des blocages probablement significatifs.
- Retour en groupe : recueillir les observations des participants par rapport à l'exercice. Ont-ils été surpris par certains résultats? Des thèmes sont-ils apparus? Renforcer l'idée que ces blocages sont normaux et partagés par nous tous à différents degrés. Encourager les participants à être compatissant face à ceux-ci. Expliquer qu'on peut travailler ces résistances, par exemple avec les outils présentés dans le groupe. Comme pour d'autres peurs, les peurs de la compassion peuvent être surmontées par une exposition graduée en développant notre soi compassionné et en activant notre système d'apaisement si cela est trop difficile.

F. Devenir notre soi compassionné

- Présenter l'exercice de rythme respiratoire apaisant : « Le rythme respiratoire apaisant est une pratique qui permet d'activer directement le système d'apaisement via le système parasympathique et qui va nous préparer aux prochains exercices que nous allons faire. Les éléments clés du rythme respiratoire apaisants sont le ralentissement, l'apaisement et l'ancre dans le corps. Nous allons le pratiquer ensemble. Pendant l'exercice, tout ce que vous avez à faire est de suivre les instructions et d'observer ce qui se passe pour

vous, comme les sensations dans le corps. Y a-t-il des questions ou des inquiétudes avant de commencer? »

- Instructions :

« Asseyez-vous dans une position confortable, dos droit, en fermant les yeux ou en adoucissant le regard et en regardant devant vous. Assumez une expression faciale douce, par exemple un léger sourire.

Lorsque vous respirez, essayez de laisser l'air descendre vers votre diaphragme (qui se trouve juste au bas de votre cage thoracique, dans le "V" inversé). Sentez votre diaphragme, la zone située sous vos côtes, bouger lorsque vous inspirez et expirez. Remarquez votre respiration et expérimentez avec le rythme. Respirez un peu plus vite ou un peu plus lentement jusqu'à ce que vous trouviez un rythme respiratoire qui, pour vous, semble être votre propre rythme apaisant et réconfortant. C'est comme si vous vous mettiez en relation avec le rythme de votre corps qui vous apaise et vous calme.

En continuant ce rythme respiratoire, voyez si vous pouvez permettre à votre respiration de ralentir et de devenir un peu plus profonde que la normale, tout en conservant un rythme agréable, doux et régulier.

Maintenant, nous pouvons passer un petit moment – aussi longtemps que nous le souhaitons – à nous concentrer sur notre rythme respiratoire apaisant ou calmant. Concentrez-vous sur ce rythme pendant un moment. Lorsque vous expirez, vous pouvez peut-être remarquer une sensation de ralentissement dans votre corps. Remarquez comment vous vous sentez.

En exhalant, soyez attentifs aux sensations corporelles, en sentant le poids de votre corps sur la chaise et sur le sol en dessous de vous. Permettez-vous de vous sentir soutenus, de vous reposer, dans le moment présent.

Pour amplifier cette sensation de ralentissement, nous pouvons laisser résonner des phrases dans notre esprit chaque fois que nous expirons. Ainsi, chaque fois que vous expirez, répétez lentement dans votre esprit la phrase "le corps ralentit". Essayez de répéter cette phrase doucement et lentement, afin qu'elle s'étende sur

toute votre expiration. Après avoir répété cette phrase lentement pendant que vous expirez, essayez d'ajouter un ton chaleureux et attentionné à ces mots dans votre esprit. Imaginez que le ton de votre voix intérieure est similaire à celui que vous utiliseriez pour parler à quelqu'un envers qui vous éprouvez des sentiments très positifs, chaleureux et bienveillants. Maintenant, voyez ce qui se passe si vous modifiez un peu la phrase – ainsi, en expirant, lentement et avec un ton de voix amical, répétez la phrase "l'esprit ralentit". Remarquez comment vous vous sentez dans votre corps pendant que vous faites cela.

Nous pouvons également nous concentrer sur le changement du rythme de la respiration. Des études ont démontré que lorsque nous ralentissons notre respiration en prenant des respirations douces et rythmées, cela entraîne une augmentation de l'activité du système nerveux parasympathique. Nous allons maintenant essayer de ralentir votre respiration, mais ne vous forcez pas à le faire – adoptez un rythme respiratoire qui vous convient.

Ainsi, en restant connecté à votre posture corporelle droite et confiante, et à votre respiration apaisante, voyez ce que cela donne de ralentir un peu plus votre respiration. Il peut parfois être utile de guider cette démarche en comptant. Comme nous le faisons ici, vous devrez peut-être modifier votre rythme respiratoire pour vous synchroniser au départ. Ne vous inquiétez pas si vous trouvez cela trop rapide au début, nous ralentirons au fur et à mesure. En haut de chaque inspiration et en bas de chaque expiration, faites une pause d'une seconde avant de passer à la respiration suivante.

Respirez 1 - 2

Expirez 1 - 2

Respirez 1 - 2

Expirez 1 - 2

Respirez 1 - 2 - 3

Expirez 1 - 2 - 3

Respirez 1 - 2 - 3

Expirez 1 - 2 - 3

Respirez 1 - 2 - 3 - 4

Expirez 1 - 2 - 3 - 4

Respirez 1 - 2 - 3 - 4

Expirez 1 - 2 - 3 - 4

Continuez – à peu près à ce rythme – seul maintenant, en restant connecté avec votre posture corporelle confiante et droite, votre expression faciale amicale et votre respiration rythmée et apaisante. Si ce rythme était trop lent, choisissez un rythme qui vous semble confortable et apaisant pour votre corps.

Enfin, voyez ce que cela fait maintenant d'amener une expression amicale sur votre visage – comme un demi-sourire – et maintenez-la doucement avec votre posture confiante et votre respiration apaisante. Remarquez simplement ce que vous ressentez. Maintenant, laissez votre expression revenir à comment elle était auparavant, et comparez le ressenti dans les 2 situations. À nouveau, laissez votre visage arborer une expression amicale et maintenez-la alors que vous maintenez votre respiration apaisante.

Lorsque vous êtes prêts, élargissez le champ de la conscience à l'ensemble de la pièce qui vous entoure. Remarquez les sons dans la pièce et ramenez-vous au moment présent. Félicitez-vous d'avoir pris le temps de vous livrer à cet exercice et de chercher à améliorer votre bien-être et de cultiver la compassion. »

- Retour : demander ce que les participants ont observé, si certaines parties étaient plus faciles et aidantes et si certains aspects étaient plus difficiles.
- Présenter l'exercice de l'imagerie d'un lieu de sérénité : « Tel que discuté, l'imagerie mentale est un moyen très puissant de stimuler les processus physiologiques d'apaisement du corps. L'exercice proposé est de développer sa propre image d'un lieu de sérénité permettant de se sentir en sécurité. »
 - Instructions :
 - « Asseyez-vous dans une position confortable, dos droit, en fermant les yeux ou en adoucissant le regard et en regardant devant vous. Assumez une expression faciale douce, par exemple un léger sourire. Trouvez votre rythme respiratoire apaisant, en permettant à votre respiration et à votre corps de ralentir un peu.

Lorsque vous vous sentez prêts, prenez le temps d'évoquer l'image d'un lieu qui vous semble sûr, apaisant ou calmant. Il peut s'agir d'un endroit où vous êtes déjà allés ou d'un endroit complètement imaginaire.

Essayez de ne pas vous inquiéter si aucune image ne vous vient à l'esprit pendant un certain temps – si cela se produit, observez simplement vos sentiments en pleine conscience et essayez de ramener votre attention sur votre respiration apaisante, puis sur l'image d'un lieu de sérénité.

Lorsqu'une image vous vient à l'esprit, prenez un moment pour être attentifs à tout ce que vous pouvez voir dans cette image. Il peut s'agir de couleurs, de formes ou d'objets. Laissez-vous absorber par cette image pendant un moment.

Ensuite, remarquez s'il y a des sons qui sont présents dans cette image ou dans votre lieu sûr. S'il y en a, prêtez-y doucement attention, en remarquant les différentes qualités qu'ils peuvent avoir, comment ils vous font sentir. Maintenant, remarquez s'il y a des odeurs apaisantes ou réconfortantes qui sont présentes dans votre image. Ensuite, remarquez si des sensations physiques sont présentes – des choses que vous pouvez toucher ou sentir dans votre image, comme la chaleur du soleil sur votre peau, ou la sensation de l'herbe ou du sable sous vos pieds.

Vous pouvez peut-être vous demander si vous vous trouvez seul dans votre lieu de sérénité ou si quelqu'un ou quelque chose d'autre (comme un animal) s'y trouve avec vous.

Comme il s'agit de votre propre lieu de sérénité, imaginez qu'il est conscient de votre présence. Il vous accueille et est heureux de vous voir. Il veut que vous vous sentiez en sécurité et calme. Remarquez ce que vous ressentez en sachant que cet endroit veut que vous vous sentiez soutenus, en sécurité et à l'aise. Lorsque vous vous sentez prêts, revenez lentement dans la pièce et ouvrez les yeux. »

- Retour : demander ce que les participants ont observé, si certaines parties étaient plus faciles et aidantes et si certains aspects étaient plus difficiles.

4. Tâche à domicile

- Pratiquer l'exercice du rythme respiratoire apaisant (enregistrement audio disponible sur la page du groupe).

5. Fin de la rencontre

- Demander une rétroaction aux participants.
- Questions possibles : « Comment avez-vous trouvé le groupe aujourd'hui? Qu'avez-vous observé pendant le groupe? Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? »

5.4.4 Séance 4 : Intégrer la compassion dans notre quotidien

1. Introduction

- Résumer le contenu de la séance précédente et vérifier la compréhension des participants : « Lors de la dernière séance, nous avons discuté de certains attributs ou qualités associés à la compassion tels que l'empathie, la sensibilité et un souci pour le bien-être. Nous avons également parlé des différents flots de la compassion, soit de la manière dont les autres peuvent faire preuve de compassion à notre égard et dont nous pouvons à notre tour faire preuve de compassion à l'égard des autres et de nous-mêmes. Nous avons discuté du fait qu'il est souvent plus difficile de faire preuve de compassion envers nous-mêmes et que de nombreux obstacles peuvent nous empêcher d'être bienveillants envers nous-mêmes (par exemple, les pensées autocritiques ou le fait de penser que nous sommes faibles ou que cela pourrait nous rendre vulnérables d'une manière ou d'une autre). Enfin, nous avons discuté des compétences associées à la compassion, y compris l'utilisation de l'imagerie que nous avons essayée au cours de la séance. »

2. Retour sur la tâche à domicile

- Retour sur l'exercice de pleine conscience du rythme respiratoire apaisant, en sollicitant les observations des participants.

3. Intégrer la compassion à notre quotidien

A. Qu'est-ce que l'autocompassation et comment peut-elle nous être utile?

- « Comme nous en avons discuté, nous nous trouvons tous ici avec des cerveaux compliqués que nous n'avons ni choisis ni conçus, faisant de notre mieux pour naviguer à travers une gamme d'émotions, de pensées et d'autres types expériences. Lorsque nous faisons preuve de compassion envers nous-mêmes, nous reconnaissions qu'une grande partie de ce qui se passe dans notre cerveau peut être difficile à réguler – et qu'il n'est donc pas utile de nous blâmer pour cela.

Au contraire, l'autocompassion implique une attention bienveillante à nos expériences de souffrance, ainsi qu'une motivation et un engagement à essayer de les soulager et travailler à notre épanouissement personnel et notre bien-être. Nous essayons de créer un espace de compassion à partir duquel nous pouvons agir dans la vie quotidienne. C'est comme un ancrage qui est toujours là et d'où nous pouvons aller et venir. Mais comme pour les muscles, nous devons entraîner notre esprit compassionné pour qu'il soit suffisamment fort pour faire le travail! »

- Exercice des fiches mémo de compassion

« Il peut être utile d'élaborer une fiche mémo pour développer et vous rappeler l'approche compatissante que vous souhaitez adopter à votre égard. Il peut s'agir de choisir une situation particulière que vous trouvez difficile et de vous demander :

- Sur quoi serait-il aidant de porter mon attention dans ces moments? Que serait-il aidant de penser ou de faire dans cette situation?
- Que dirait ou ferait mon moi compassionné dans cette situation? »

Présenter l'exemple suivant pour une personne qui présenterait des attaques de paniques

Ma fiche mémo	Situation que je trouve difficile dans ma vie quotidienne : avoir des attaques de panique chaque jour
Attention compatissante Focaliser notre attention de façon bienveillante	<ul style="list-style-type: none"> - Bien qu'il soit compréhensible de se concentrer sur la menace, je pourrais plutôt porter mon attention sur un souvenir de moment où j'ai surmonté la panique et où je me suis senti calme par la suite. - Se concentrer sur l'image d'une personne âgée, gentille et sage, qui a déjà traversé toutes ces épreuves, par exemple en se concentrant sur le ton de sa voix, l'expression de son visage, etc.

<p>Pensée compatissante</p> <p>Pensées bienveillantes, encourageantes, utiles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>C'est l'anxiété qui fait battre mon cœur rapidement; c'est ce que les cœurs sont censés faire.</i> - <i>Ce n'est pas ma faute. Les cerveaux sont compliqués : ils nous entraînent dans des boucles.</i> - <i>Ce sentiment va passer, mon anxiété va durer 10 à 15 minutes.</i>
<p>Comportement compatissant</p> <p>Prendre des mesures pour soulager la souffrance et promouvoir des changements positifs et la croissance personnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pratiquer mon rythme respiratoire apaisant</i> - <i>Écouter de la musique</i>

- Développer notre soi compassionné à l'aide de notre fiche mémo

« Il peut être utile de commencer à se pratiquer à être notre soi compassionné. Cela peut inclure de modifier des aspects tels que notre respiration, la vitesse à laquelle nous parlons et le ton de notre voix.

Essayez de vous connecter à la motivation de prendre soin de vous et de soulager votre détresse. Passez ensuite en revue les points de votre fiche mémo avec votre voix compatissante.

Essayez de générer des sentiments de soutien (par exemple, des sentiments de chaleur et de sécurité). »

4. Tâche à domicile

- Se pratiquer à utiliser la fiche mémo durant la semaine lorsque les situations choisies se présentent.

5. Fin de la rencontre

- Demander une rétroaction aux participants.
- Questions possibles : « Comment avez-vous trouvé le groupe aujourd'hui? Qu'avez-vous observé pendant le groupe? Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? »

5.4.5 Séance 5 : S'éloigner de l'autocritique et se tourner vers l'autocompassion

1. Introduction

- Résumer le contenu de la séance précédente et vérifier la compréhension des participants : « La semaine dernière, nous avons discuté des façons d'utiliser la compassion dans la vie quotidienne. Nous avons créé une fiche mémo pour des situations spécifiques en réfléchissant à des façons d'utiliser notre attention, nos pensées et notre comportement pour nous soutenir dans ces moments plus difficiles. »

2. Retour sur la tâche à domicile

- « Avez-vous pu utiliser votre fiche mémo? Qu'avez-vous observé dans ces moments? »

3. S'éloigner de l'autocritique et se tourner vers l'autocompassion

- « Nous avons vu dans les séances précédentes que nous pouvons faire la distinction entre notre système de menace, notre système de motivation et notre système d'apaisement, chacun ayant des émotions, des envies et des pensées différentes qui lui sont liées. Nous avons également évoqué la manière dont ces systèmes peuvent être stimulés par des expériences externes (par exemple, rencontrer quelque chose de dangereux, recevoir un câlin) et par nos expériences internes (par exemple, imaginer que quelque chose de grave se produit, imaginer recevoir un câlin ou que quelqu'un fait preuve de compassion à notre égard).

Une source fréquente de menace est le fait d'être ou de se sentir critiqué. Nos expériences de la critique peuvent être liées aux réactions des autres à notre égard, mais elles peuvent également provenir de notre dialogue interne avec nous-mêmes. De la même manière que nous pouvons apprendre à devenir compatissants ou bienveillants envers nous-mêmes, nos expériences peuvent également nous apprendre à nous critiquer. Bien que le fait d'avoir des pensées critiques à notre égard soit probablement universel, ces pensées peuvent nous amener à ressentir un grand sentiment de menace (par exemple des inquiétudes, douter de soi ou ressentir de la frustration à notre égard). »

A. Les soi multiples et l'autocritique versus l'autocompassion

- « Il est parfois utile de penser à nous comme étant faits de plusieurs parties ou plusieurs selves. Bien que dans le groupe d'aujourd'hui, nous nous concentrions spécifiquement sur deux parties/selves, notre partie « critique intérieur » et notre partie autocompatissante, il

existe d'autres parties/selves auxquelles il est utile de prêter attention (par exemple, une partie anxieuse, une partie en colère, une partie triste, etc.). Chaque partie/self a ses propres pensées, sentiments, envies et souvenirs. Nous constaterons probablement qu'ils sont très différents les uns des autres. Cela s'explique par le fait que l'ensemble de notre corps et de notre esprit s'oriente et s'organise en fonction de certains sentiments et de certaines motivations. »

- Exercice : « Imaginez la partie autocritique de vous-mêmes. À quoi ressemble-t-elle? À quoi ressemble son ton de voix? Quels sentiments dirige-t-elle vers vous? Veut-elle vous voir réussir? Se réjouit-elle de votre bonheur? Vous aide-t-elle? Quelle serait votre plus grande crainte si vous deviez y renoncer ou si elle n'était plus présente?
- Est-ce le genre de personne dont vous voulez pour vous améliorer?
- Est-ce le genre de personne que vous voudriez comme enseignant ou coach?
- Est-ce le genre de personne que vous voulez avoir avec vous lorsque vous êtes dans une situation difficile? »
- Comparez cette partie de vous avec une partie de vous qui fait preuve d'autocompassion :

Le critique intérieur est associé à des émotions basées sur la menace (peur, honte et colère) et se concentre sur :	L'autocorrection compatissante se concentre sur le désir de faire de votre mieux, d'être ouverts à vos limites et d'apprendre et améliorer vos compétences. Elle met l'accent sur :
<ul style="list-style-type: none"> - Vouloir nous punir et nous condamner - Regarder vers l'arrière - Se punir pour les erreurs que nous avons commises dans le passé - Blâmer, humilier et se sentir déçu de soi-même - Sentiments de frustration et de colère - Comme un enseignant critique avec un enfant en difficulté 	<ul style="list-style-type: none"> - Le désir de s'améliorer - Regarder vers l'avant - Croissance et amélioration - Validation des difficultés et encouragement - Explorer ce qui s'est bien passé et réfléchir aux domaines de croissance possibles - Vos attributs, compétences et qualités - Comme un enseignant compatissant avec un enfant en difficulté

- Quel enseignant préféreriez-vous avoir?
« Imaginez qu'enfant vous aviez des difficultés à l'école; quel genre d'enseignant auriez-

vous voulu pour vous ou pour votre enfant? Quel serait l'impact de chacune de ces deux approches? »

- « Alors, pourquoi ne pas créer notre autocorrection compatissante? Soyez le meilleur autocorrecteur compatissant que vous puissiez être. Cela pourrait impliquer un état d'esprit du type : "Nous ne sommes pas parfaits, nous avons tous des difficultés, je suis là pour aider." »

- Exercices pour développer l'autocorrection compatissante
 - 1) Présenter une mise en situation au choix. Par exemple, on peut donner l'exemple de la joueuse de tennis Emma Raducanu qui a remporté plusieurs parties et qui grimpe dans les rangs des meilleures. Au tournoi de Wimbeldon, elle doit se retirer car elle a des problèmes respiratoires. Des journalistes évoquent le fait qu'il s'agisse en fait de crise de panique. Elle acquiesce et dit qu'il est possible que la pression de compétitionner à ce niveau l'ait rattrapée. On peut demander aux participants d'imaginer les pensées qui traversent l'esprit d'Emma après cette entrevue. Sur un tableau, faire deux colonnes (critique intérieur et soi compassionné) et demander aux participants de proposer des phrases correspondant à ces deux points de vue, en débutant par la colonne critique intérieur. Dans la colonne « soi compassionné », encourager des réponses basées sur la bienveillance, la compréhension et la validation.
 - 2) Répartir les participants en deux équipes, l'équipe « critique intérieur » et l'équipe « soi compassionné », et placer un thérapeute entre les deux équipes. Demander aux équipes de verbaliser les descriptions identifiées à l'étape 1 à tour de rôle. Discuter des observations quant à l'effet des deux types de réponse. Laquelle semble la plus aidante et utile?
 - 3) Placer les participants en paires. La première personne évoque une situation récente dans laquelle elle s'est critiquée sévèrement (par exemple, elle a oublié de faire quelque chose ou elle a commis une petite erreur), puis la deuxième personne donne une réponse alternative de compassion et, si cela est possible et utile, par un peu de compassion à l'égard du critique intérieur. Répéter l'exercice en échangeant les rôles.

B. Résumé des concepts clés

- Quelle que soit la partie/self qui est à l'avant-plan, elle attire notre attention et suscite différents types de réponses.

- Notre autocritique est généralement assez inflexible et rigide, avec un seul agenda, alors que notre soi compatissant est beaucoup plus flexible et regarde l'ensemble de la situation.
- Passer en mode compatissant demande des efforts et de la pratique, mais si c'est le genre de personne que nous espérons ou que nous choisissons pour nous guider dans la vie, alors cela en vaut la peine!

4. Tâche à domicile

- Notez les moments où votre soi compatissant a pu vous offrir quelque chose d'utile ou aidant (par exemple, en réponse à une autocritique ou à un moment où vous vous sentiez menacés ou en détresse).

5. Fin de la rencontre

- Demander une rétroaction aux participants.
- Questions possibles : « Comment avez-vous trouvé le groupe aujourd'hui? Qu'avez-vous observé pendant le groupe? Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? »

5.4.6 Séance 6 : Accroître le sentiment de compassion

1. Introduction

- Résumer le contenu de la séance précédente et vérifier la compréhension des participants : « Lors de la séance précédente, nous avons discuté de l'idée que nous avons plusieurs parties ou selfs, incluant notre soi compatissant que nous travaillons à renforcer, et une partie autocritique qui peut contribuer à la souffrance et au stress que nous vivons. Nous avons passé du temps en groupe à discuter du genre de choses qu'un soi compatissant ou autocritique pourrait dire, puis nous avons participé à un exercice dans lequel l'équipe autocompassion et l'équipe autocritique répondaient à une personne par rapport à une situation.

2. Retour sur la tâche à domicile

- « Avez-vous pu observer des moments où votre soi compatissant était présent dans la dernière semaine? »

3. Accroître le sentiment de compassion par l'écriture de lettres

- Introduction :

« Écrire nos pensées et nos inquiétudes peut parfois s'avérer très utile. Cela nous permet de prendre du recul par rapport à nos pensées et d'y réfléchir. Cela peut nous permettre d'avoir une nouvelle vision des choses. Cela peut également nous permettre d'avoir une relation différente avec nous-mêmes. Certaines recherches suggèrent également que le fait d'écrire sur nos expériences peut être bénéfique pour notre bien-être psychologique et physique. Par exemple, des chercheurs ont constaté que le fait d'écrire sur des expériences difficiles était associé à un certain nombre d'avantages, notamment le traitement des événements qui s'étaient produits, le sentiment d'être plus heureux et moins négatif par rapport à ces événements et l'amélioration de la fonction immunitaire. Nous avons donc pensé qu'il pourrait être utile d'utiliser cette dernière séance pour discuter de la façon dont nous pourrions être en mesure d'amener notre soi compatissant sous une forme écrite pouvant offrir du soutien et une réflexion dans l'instant présent et aussi quelque chose auquel nous pourrions nous référer à l'avenir. »

- Écrire une lettre de compassion :

« Dans cet exercice, nous allons écrire sur des difficultés, mais du point de vue de la partie compatissante de nous-mêmes. Commençons par nous tourner vers notre soi compatissant. »

- Engager son esprit compassionné :

« La première étape de la rédaction de lettres consiste à vous aider à vous connecter avec une partie de vous qui va écrire la lettre – votre soi compatissant. Pour commencer, prenez le temps de respirer à un rythme apaisant. Ensuite, tournez-vous vers votre partie compatissante. Imaginez-vous ou souvenez-vous de vous au moment où vous êtes le plus calme, le plus sage et le plus bienveillant. Imaginez-vous tel que vous aimeriez idéalement être en termes de sensibilité et de compassion. Essayez maintenant de ressentir votre soi compatissant. En vous concentrant sur lui, sentez-vous prendre un peu d'expansion et devenir plus forts. Imaginez-vous être une personne compatissante, sage, gentille, chaleureuse et compréhensive. Pensez à votre attitude générale, au ton de votre voix et aux sentiments qui accompagnent votre personne compatissante et bienveillante. Adoptez une expression faciale bienveillante. Essayez de sentir la gentillesse sur votre visage. Réfléchissez aux qualités que vous aimeriez que votre soi compassionné ait. Passez du temps à ressentir et à explorer doucement ce que sont ces qualités lorsque vous vous concentrez sur elles. Rappelez-vous que cela n'a pas d'importance si vous sentez réellement comme cela ou non, mais que vous vous concentrez sur l'idéal que vous aimiez être. Pour l'instant, ce sont vos intentions qui sont importantes – les sentiments

peuvent suivre avec la pratique. Passez au moins une minute, plus longtemps si possible, à penser à ce sentiment et à ces parties de vous-mêmes. Ne vous inquiétez pas si c'est difficile, faites de votre mieux, essayez.

Lorsque nous sommes dans un état d'esprit compatissant (ne serait-ce qu'un peu) ou que nous essayons d'aider un ami ou une personne qui nous est chère, nous essayons d'utiliser nos expériences personnelles de façon sage. Nous savons que la vie peut être difficile; nous offrons notre force et notre soutien; nous essayons d'être chaleureux et de ne pas juger ou condamner. Maintenant, prenez quelques respirations et essayez de sentir et de ressentir cette partie de vous, sage, compréhensive et compatissante, surgir en vous. C'est cette partie de vous qui écrira la lettre. Nous essayons donc d'écrire ce genre de lettre d'un point de vue compatissant. Si des pensées telles que "est-ce que je m'y prends bien ?" ou "je n'arrive pas à ressentir grand-chose" surgissent, notez ou observez simplement ces pensées comme des commentaires normaux que notre esprit aime faire, puis recentrez votre attention et observez simplement ce qui se passe pendant que vous écrivez, du mieux que vous le pouvez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de faire – c'est la pratique qui aide. En écrivant, essayez de créer autant de chaleur émotionnelle et de compréhension que possible. »

- But général des lettres de compassion (selon Gilbert, 2009) :
 - Exprimer votre préoccupation envers vous-mêmes, sans jugement et avec attention.
 - Démontrer une sensibilité à votre douleur et à votre souffrance.
 - Avoir de la sympathie pour tous vos défis.
 - Vous aider à être plus tolérants envers votre détresse et vos difficultés.
 - Vous aider à comprendre et à avoir de l'empathie pour vos luttes, vos défis.
 - Éviter de vous juger et vous condamner
 - Transmettre un sentiment de chaleur et de soutien authentique.
 - Vous permettre de penser au comportement à adopter afin d'aller de l'avant
- L'objectif de ces lettres n'est pas seulement de mettre l'accent sur des sentiments difficiles, mais d'essayer de réfléchir à vos sentiments et à vos pensées, d'être ouvert avec eux et de développer une manière compatissante et équilibrée de travailler avec eux. Ces lettres ne doivent pas vous donner de conseils ou vous dire ce que vous devez faire ou ne pas faire. Ce n'est pas d'un conseil dont vous avez besoin, mais d'un soutien pour agir de façon compatissante.

Chère Sally,

Les derniers jours ont été difficiles. N'est-ce pas typique de la vie que les problèmes arrivent en rafale plutôt qu'individuellement ? Il est compréhensible que tu te sens un peu déprimée parce que Tiens bon, car tu sais qu'il y a des hauts et des bas dans la vie. Tu as déjà traversé des moments difficiles, mais la situation s'est améliorée. Tu as fait preuve de beaucoup de courage en t'occupant de ton cerveau complexe, qui représente parfois un véritable défi. Tu as développé des compétences pour gérer cette situation et tolérer des sentiments douloureux. Si tu prends un peu de recul, essaie de voir ce qui peut se passer. Voyons ce qui arrive si nous adoptons une vision plus large, comme si nous parlions à un ami - nous dirions probablement à cet ami'.

- L'exemple met l'accent sur les points forts de Sally et sur ses capacités. Il ne donne pas d'instructions telles que : Vous devez voir ces choses comme les hauts et les bas de la vie". C'est important dans la rédaction d'un texte de compassion. Il ne faut pas que vos lettres de compassion donnent l'impression d'être écrites par un petit malin qui vous donne plein de conseils. Il doit y avoir une réelle appréciation de votre souffrance, une réelle appréciation de votre combat et une réelle appréciation de vos efforts pour vous en sortir. La compassion est une sorte de bras autour de vos épaules, ainsi qu'un recentrage de votre attention sur ce qui est utile pour vous.

'.... Je pense qu'il s'agit maintenant de trouver ce qui t'aide. Tu as fait preuve de beaucoup de courage dans le passé en te forçant à faire des choses que tu trouvais difficiles. Tu peux rester au lit si tu penses que cela peut t'aider, bien sûr, mais fais attention à la Sally critique qui pourrait te critiquer à ce sujet. Par ailleurs, on se sent souvent mieux si on se lève, même si c'est difficile. Et une tasse de thé ? Tu aimes souvent la première tasse de thé. D'accord, alors lèves-toi, bouges un peu, mets-toi en route et essaie de voir comment tu te sens. C'est difficile, mais essaie...'.

Ce qu'il faut retenir, c'est que les lettres visent à comprendre, à aider, à se concentrer sur la compassion, mais aussi à travailler sur ce que nous devons faire pour nous aider nous-mêmes.

- Exercice : commencez à rédiger votre lettre de compassion (vous pouvez continuer/terminer à votre rythme)

4. Résumé du groupe

- Faire un résumé des concepts, outils et compétences vus durant les six séances de groupe.
- Exercice : demander aux participants de remplir une fiche mémo résumant les principaux éléments qu'ils souhaitent retenir du groupe.

Ma fiche mémo	Les principaux éléments que je veux retenir de ce groupe
Ce que j'ai appris de plus aidant dans ce groupe	
Ce qui va m'aider dans les situations difficiles	
Ce que je veux me rappeler de pratiquer régulièrement	

5. Tâche à domicile

- Continuez à écrire la lettre de compassion que vous avez commencée dans le groupe. Lorsque vous avez terminé, lisez-la avec compassion (ton de la voix, expression faciale, sensation corporelle, en observant les *sentiments* derrière les mots).

6. Fin de la rencontre

- Rétroaction sur la séance et le groupe en général.
- Questions possibles : « Qu'avez-vous trouvé aidant ou moins aidant? Quel est l'élément dont vous allez le plus vous souvenir du groupe? »
- Donner des certificats de participation.

Section 6 : Thérapie comportementale dialectique (TCD)

6.1 Modèle général

La thérapie comportementale dialectique est une thérapie d'orientation cognitivo-comportementale à laquelle ont été ajoutés des éléments empruntés aux pratiques de méditation bouddhiste et de pleine conscience comme la tolérance à la détresse et l'acceptation. Elle a été développée par la psychologue Marsha Linehan pour le traitement du trouble de personnalité limite, mais son utilisation s'est maintenant élargie à d'autres populations cliniques qui présentent de la dysrégulation émotionnelle.

Cette thérapie repose sur le principe philosophique de la dialectique, soit une recherche d'équilibre atteint par la synthèse d'opposés. La dialectique fondamentale de la TCD concerne la recherche d'un équilibre entre le besoin de changement et l'acceptation du présent.

Il s'agit d'une thérapie structurée, centrée sur le présent et mettant l'accent sur la collaboration explicite et l'alliance thérapeutique. L'objectif principal est l'amélioration des comportements problématiques, ce qui permet ultimement d'amener la personne vers une vie qui vaut la peine d'être vécue (Linehan, 1993).

La thérapie a été conçue de façon à combiner une thérapie individuelle à une approche de groupe dite « d'entraînement aux compétences ». Ces compétences sont réparties en quatre modules : pleine conscience, régulation des émotions, tolérance à la détresse et efficacité interpersonnelle. Toutefois, dans le contexte où la thérapie standard est difficile d'accès et nécessite des ressources importantes, quelques études suggèrent que les groupes d'entraînement aux compétences comme seule modalité de traitement ou en ajout à un traitement usuel seraient efficaces (Linehan et al., 2015).

La TCD en général et les groupes d'entraînement aux compétences sont de plus en plus étudiés pour d'autres populations cliniques, basé sur la prémissse que la TCD cible le processus transdiagnostique de régulation émotionnelle plutôt qu'un diagnostic spécifique.

La régulation des émotions peut être définie comme le « processus par lequel les individus influencent les émotions qu'ils éprouvent, le moment où ils les éprouvent et la manière dont ils vivent et expriment ces émotions » (Gross, 1998). Une régulation émotionnelle adaptative

nécessite l'application flexible de stratégies adaptées au contexte et aux objectifs individuels (Gross, 2015).

Gratz et Roemer (2004) conceptualisent la régulation émotionnelle comme impliquant (1) la conscience, la compréhension et l'acceptation des émotions; (2) la capacité à adopter des comportements axés sur les objectifs de la personne et à inhiber les comportements impulsifs en présence d'émotions négatives; (3) l'utilisation flexible de stratégies de régulation émotionnelle adaptées au contexte et aux objectifs de la personne; et (4) l'ouverture à être en contact avec des émotions négatives associées à la réalisation d'activités importantes pour la personne. Des déficits dans l'un de ces domaines indiquent des difficultés en matière de régulation émotionnelle et des cibles potentielles de traitement.

De tels déficits seraient présents dans plusieurs psychopathologies autres que le trouble de personnalité limite, comme les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles liés à l'usage de substances ainsi que les troubles alimentaires. Les résultats des études faites jusqu'à maintenant pour évaluer l'efficacité des groupes d'entraînement aux compétences avec ces différentes populations sont encourageants (Delaquis et al., 2022).

6.2 Adaptation pour la psychose

Considérant l'évolution des connaissances quant aux difficultés émotionnelles présentes chez les personnes souffrant de psychose, la TCD suscite de plus en plus d'intérêt en tant qu'option de traitement de par le fait qu'elle cible la régulation émotionnelle.

En effet, les troubles psychotiques sont associés à des niveaux élevés d'émotions négatives, à une plus grande réactivité émotionnelle et à une intensité émotionnelle subjective accrue (Wallace et Docherty, 2020; Khoury et Lecomte, 2012).

Concernant les différentes dimensions de la régulation émotionnelle, les personnes souffrant de psychose rapportent de plus grandes difficultés quant à l'identification, la compréhension et l'acceptation de leurs émotions, à l'engagement dans des comportements guidés par leurs objectifs en présence d'émotions négatives et à l'ouverture à éprouver des émotions négatives dans la réalisation d'activités importantes pour eux (Lawlor et al., 2020). De plus, elles présenteraient des difficultés au niveau de la tolérance à la détresse d'intensité comparable à

celles des personnes ayant un diagnostic de trouble de personnalité limite (Bonfils et Lysaker, 2020).

Par ailleurs, les personnes souffrant de psychose considèrent le développement de compétences de gestion des émotions comme étant essentiel au processus de rétablissement (Greenwood et al., 2010).

Finalement, les difficultés de régulation émotionnelle rapportées par les personnes souffrant de psychose sont associées à une moins bonne évolution, notamment en termes de sévérité des symptômes psychotiques et du fonctionnement psychosocial (Kimhy et al., 2012; Liu et al., 2020). Pour toutes ces raisons, une thérapie ciblant la dysrégulation émotionnelle telle que la TCD semble une avenue prometteuse dans le traitement des troubles psychotiques.

Actuellement, la TCD pour la psychose n'en est qu'à ses débuts et peu de données sont disponibles quant aux adaptations recommandées avec cette population. L'approche présentée dans ce guide suit la même structure que celle du groupe « Managing Emotions » décrite par Lawlor et al. (2022), qui est une adaptation des groupes d'entraînement aux compétences de Linehan (2017) mettant l'accent sur les modules de régulation émotionnelle et de tolérance à la détresse.

Les compétences de tolérance à la détresse ciblées sont celles qui sont accessibles, concrètes et avec des résultats rapides (par exemple TIPP, distraction et apaisement). Des stratégies pour gérer les voix sont spécifiquement abordées.

Les compétences de régulation émotionnelle visent une meilleure identification et validation des émotions ainsi qu'une diminution de la vulnérabilité émotionnelle et elles incluent des stratégies de restructuration cognitive.

L'intervention se donne sur huit semaines à raison d'une séance de 90 minutes chaque semaine.

6.3 Efficacité

Très peu de données sont actuellement disponibles quant à l'efficacité d'interventions d'orientation comportementale dialectique ciblant la régulation émotionnelle chez les personnes souffrant de psychose.

Dans une série de cas portant sur une intervention de groupe de huit séances, la majorité des participants ont rapporté une amélioration de la régulation émotionnelle et une diminution des émotions négatives et de la paranoïa (Silva et al., 2020).

Une autre intervention de groupe de huit séances ciblant la régulation émotionnelle, le programme « Living Through Psychosis », a fait l'objet d'une étude non contrôlée avec des personnes hospitalisées et ambulatoires (Ryan et al., 2021). Les participants rapportaient une amélioration significative de la régulation émotionnelle, de la pleine conscience et dans certaines dimensions du rétablissement. Une diminution significative de la sévérité et de la détresse liée aux hallucinations et aux délires entre le début et la fin de l'intervention a été mesurée. Le taux élevé de participation et la cohésion du groupe témoignaient de l'acceptabilité de l'intervention.

L'approche de laquelle est inspirée celle présentée dans ce guide a été évaluée par une étude non contrôlée de faisabilité chez une clientèle ambulatoire caractérisée par des taux élevés de diversité, de problèmes de consommation et de précarité socio-économique (Lawlor et al., 2022). Les participants ont rapporté un taux de satisfaction élevé et une amélioration de la compréhension et de la gestion des émotions avec un impact positif sur la vie quotidienne. Il y avait également une amélioration significative des mesures autorapportées de détresse psychologique, de régulation émotionnelle et d'utilisation adaptative des compétences de régulation émotionnelle.

Ces résultats appuient la faisabilité et l'acceptabilité de ce type d'approche. Toutefois, des études à plus grande échelle et avec une méthodologie plus rigoureuse sont nécessaires pour en préciser l'efficacité clinique.

6.4 Protocole de groupe

Nous recommandons que l'intervention se donne sur huit semaines avec des séances hebdomadaires de 90 minutes.

Matériel

- Une page web a été créée spécifiquement pour ce groupe et contient tous les informations et outils nécessaires tels qu'une présentation PowerPoint servant de support visuel, un résumé des compétences abordées à chaque séance ainsi que des liens vers des enregistrements audio de méditation : https://tcdmontreal.com/?page_id=2633.

- Un cahier du participant regroupant les documents et fiches de travail identifiés dans le protocole peut être constitué en utilisant les documents tirés du « Manuel d'entraînement aux compétences TCD » (Linehan, 2017) et traduits par Paco Prada, Rosetta Nicastro et Nader Perroud. Ils sont disponibles gratuitement ici :
[https://files.medhyg.ch/LIVRES_MH/Fiches_Manuel_TCD.pdf.](https://files.medhyg.ch/LIVRES_MH/Fiches_Manuel_TCD.pdf)
- Il est recommandé d'avoir accès à un tableau à grandes feuilles ou un tableau blanc.
- Certains ateliers peuvent nécessiter du matériel supplémentaire.

Ressources supplémentaires

- Le livre « Manuel d'entraînement aux compétences TCD » (Linehan, 2017) est essentiel pour tout thérapeute souhaitant animer des groupes de TCD et contient des informations détaillées sur le contenu et la façon d'enseigner les compétences.
- Le site de TCD Montréal : <https://tcdmontreal.com/> contient de nombreuses informations et ressources supplémentaires concernant cette approche.

Les séances suivent toutes la même structure :

1. Introduction

- Bref exercice de pleine conscience (3-5 min). Ces exercices sont laissés au choix des thérapeutes et peuvent être en lien avec les compétences pratiquées dans les groupes. Des enregistrements audio de méditation sont disponibles sur le site de TCD Montréal si vous souhaitez des suggestions d'exercices.
- Résumé des thèmes de la séance précédente en vérifiant la compréhension des participants (5 min).

2. Retour sur la tâche à domicile (15 à 30 min)

- Faire le tour de tous les participants tout en normalisant la difficulté à effectuer les tâches si cela n'a pas été fait. Faire de la résolution de problèmes sur les obstacles rencontrés.

3. Pause (10 min)

4. Thème de la rencontre/nouvelles compétences (30 à 45 min)

5. Explication de la tâche à domicile pour la prochaine semaine (5 min)

- S'il y a du temps supplémentaire, il peut être utile de faire débuter la tâche durant la rencontre afin de favoriser leur complétion et voir si les participants ont des questions.

6. Bref exercice de pleine conscience (3-5 min)

6.4.1 Séance 1

Documents et fiches de travail :

- Documents généraux: 1, 2, 3, 4, 5
- Régulation des émotions (RÉ): documents 1, 3, 5
- Pleine conscience (PC): documents 1, 1a, 2, 3, 3a, 4a, 4b, 4c, 5, 5a, 5b, 5c et fiches de travail 4a, 5a

1. Accueil

- Présentation des thérapeutes
- Présenter le plan de la rencontre
- Présenter les règles du groupe et demander si les participants souhaitent en ajouter d'autres
- Activité brise-glace : demander aux participants de se mettre en équipe de deux et de trouver trois choses que l'autre personne aime faire en donnant des exemples. Puis, retour en groupe durant lequel chaque participant présente son partenaire.

2. Présenter la TCD et la théorie biosociale

- Expliquer ce qu'est la régulation émotionnelle : la capacité de contrôler ou d'influencer ses émotions au moment où elles se produisent et la manière de les vivre et de les exprimer.
- Expliquer que des difficultés de régulation (dysrégulation) sont le résultat de l'interaction entre une vulnérabilité émotionnelle biologique et un environnement invalidant.
- Expliquer que la psychose peut bouleverser les vies et que le moment où elle survient généralement (adolescence et début de l'âge adulte) peut avoir entraîné des difficultés dans plusieurs sphères de vie importantes (famille, relations amicales et amoureuses, études, travail) et peut avoir eu comme conséquence de ne pas avoir eu l'opportunité de développer des méthodes efficaces de gestion des émotions. Souligner que ce n'est pas leur faute.
- Présenter la TCD comme une approche permettant de développer un ensemble de compétences et différentes perspectives qui peuvent aider les participants à être davantage dans le moment présent, à mieux gérer leurs émotions, à mieux gérer le stress et à avoir des relations plus saines. L'objectif est d'aider les participants à construire une vie qui vaut la peine d'être vécue.

3. Introduction à la régulation émotionnelle

- Présenter le module et ses objectifs :
 - L'objectif de la régulation émotionnelle est de réduire la souffrance émotionnelle. Le but n'est pas de se débarrasser des émotions, car les émotions remplissent d'importantes fonctions dans nos vies. Les compétences de régulation des émotions nous aident à modifier les émotions que nous (et non d'autres personnes) voulons changer ou nous aident à réduire l'intensité de nos émotions. Les compétences de régulation émotionnelle peuvent aussi réduire notre vulnérabilité émotionnelle et augmenter notre résilience émotionnelle. La régulation émotionnelle requiert l'utilisation des compétences de pleine conscience, en particulier l'observation et la description sans jugement des émotions en cours. Il est nécessaire de savoir ce qu'est une émotion et ce qu'elle fait pour nous avant de pouvoir la réguler efficacement.
 - Demander aux participants s'il y a des émotions qu'ils voudraient apprendre à mieux gérer. On peut nommer des émotions et demander de lever la main ou bien écrire les réponses sur un tableau.
- Décrire ce qu'est une émotion :
 - Les émotions sont des réactions psychologiques et physiques qui se manifestent en réponse à une situation actuelle et influencées par nos expériences de vie. Elles sont de courte durée, mais notre façon d'y réagir (par exemple lorsqu'on les évite, s'y accroche ou qu'on rumine sur elles) peut faire qu'elles se prolongent. Les émotions influencent notre état physique, la façon dont nous pensons et les actions que nous nous sentons poussés à faire. Par exemple, lorsqu'on se sent anxieux, on peut avoir le cœur qui bat plus vite, avoir tendance à anticiper le pire et envie de fuir une situation. Nous réagissons tous à nos émotions d'une façon différente. Certaines de ses réactions sont saines alors que d'autres sont plus inefficaces et peuvent avoir des conséquences négatives à court et/ou long terme. Bien que certaines émotions soient plus agréables à ressentir que d'autres, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises émotions et elles ont toutes une fonction. Il est très fréquent d'avoir peur ou honte de certaines émotions et parfois cela amène à éviter de les ressentir. Même si cela peut fonctionner à court terme, nous savons que d'éviter des émotions a comme effet que celles-ci peuvent s'intensifier avec le temps.

A. Décrire les fonctions des émotions

- Expliquer que les émotions font partie intégrante de l'être humain et ont évolué afin d'assurer notre survie comme espèce. Encore maintenant, nous avons besoin d'elles.

a) Les émotions nous motivent et nous organisent pour agir

- Les émotions motivent notre comportement. Elles nous préparent à l'action. L'urgence à agir des différentes émotions est souvent « programmée » biologiquement.
- Les émotions nous font gagner du temps en nous faisant agir dans certaines situations importantes. Elles peuvent être particulièrement importantes lorsque nous n'avons pas le temps de réfléchir longuement aux choses.
- Les émotions fortes nous aident à dépasser les obstacles dans notre esprit et dans l'environnement.
- Expliquer que toutes les émotions ont une fonction et qu'elles ne sont donc pas bonnes ou mauvaises en soi. Passer en revue les fonctions de quelques émotions spécifiques.

b) Les émotions communiquent avec les autres et les influencent

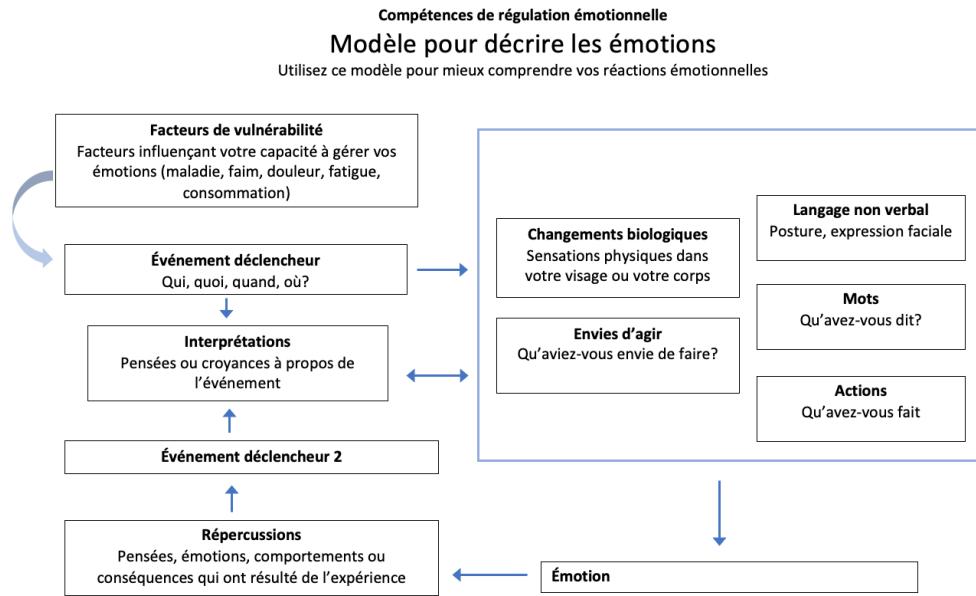
- Les expressions faciales sont des aspects de l'émotion programmés biologiquement. Elles communiquent plus rapidement que les mots.
- Notre langage corporel et le ton de notre voix peuvent aussi être programmés. Que cela nous plaise ou non, ils communiquent aussi nos émotions aux autres.
- Quand il est important de communiquer avec les autres, ou de leur transmettre un message, cela peut être très difficile de changer nos émotions.
- Que nous en ayons l'intention ou non, notre communication des émotions influence les autres.
- Expliquer que certaines personnes ont moins d'expressions faciales que d'autres ou ont des expressions faciales qui ne correspondent pas à ce qu'elles ressentent. Cela peut faire qu'elles sont mal comprises par leur interlocuteur et peut engendrer des malentendus (par exemple la personne ne perçoit pas qu'elles sont tristes ou anxieuses et minimise leur vécu).

c) Les émotions communiquent avec nous

- Les réactions émotionnelles peuvent nous donner des informations importantes à propos d'une situation. Les émotions peuvent être des signaux ou des alertes nous indiquant qu'il se passe quelque chose.
- Les pressentiments peuvent être comme l'intuition, une réponse à quelque chose d'important concernant la situation. Cela peut être utile si nos émotions nous font vérifier les faits.
- Attention! Parfois, nous considérons les émotions comme des faits : plus l'émotion est forte, plus la croyance que l'émotion repose sur des faits est forte. Par exemple : « Si je me sens incertain, je suis incomptétent », « si je me sens seul quand je suis délaissé, alors on ne devrait pas me laisser seul », « si je suis confiant à propos de quelque chose, alors c'est juste », « si j'ai peur, c'est qu'il y a un danger », « je l'aime, alors c'est quelqu'un de bien ».
- Si nous considérons que nos émotions représentent des faits de la réalité, nous pouvons les utiliser pour justifier nos pensées ou nos actions. Cela peut être problématique si nos émotions nous font ignorer les faits.

B. Présenter le modèle pour décrire les émotions

- Les émotions sont complexes et sont constituées de plusieurs composantes survenant en même temps. Modifier l'une des composantes de ce système de réponse émotionnel peut modifier la réponse dans sa totalité. Connaître les composantes de l'émotion peut nous aider à changer l'émotion.
- Parcourir les différentes composantes du modèle simplifié en les expliquant brièvement. Aviser les participants que le modèle sera revu à la séance 4.



- a) Facteurs de vulnérabilité : certains facteurs peuvent nous rendre plus vulnérables aux émotions (par exemple manque de sommeil, maladie, consommation d'alcool ou de drogues, douleur).
- b) Événements déclencheurs : les événements déclencheurs sont des événements ou des situations qui se produisent juste avant la survenue d'une émotion. Les événements déclencheurs peuvent être externes (dans l'environnement) ou internes (pensées, émotions, comportements). Les symptômes de psychose peuvent provoquer des émotions, et un état émotionnel « négatif » peut exacerber les symptômes de psychose. Par exemple, le fait d'entendre une voix nous dénigrer peut nous rendre tristes ou honteux et ces émotions peuvent favoriser les voix dénigrant. Aussi, des pensées de méfiance peuvent nous rendre anxieux, et plus nous sommes anxieux, plus nous aurons tendance à être méfiants et sur nos gardes.
- c) Interprétation : un même événement peut être interprété de différentes façons et ces interprétations peuvent générer des émotions plus intenses que l'événement comme tel. Par exemple, si un proche refuse un service qu'on lui demande comme un transport, on peut interpréter son refus comme une preuve qu'il ne nous aime pas ou qu'il se fout de nous, ce qui peut nous rendre tristes, alors qu'il refuse peut-être parce qu'il n'a pas le temps.

- d) Changements biologiques : sensations physiques associées aux émotions.
 - e) Envies d'agir : une fonction importante des émotions est de déclencher un comportement (par exemple se battre en état de colère, fuir en état de peur).
 - f) L'expression de l'émotion passe par le langage non verbal, les mots et les actions. Le langage non verbal est composé de la posture et des expressions faciales.
 - g) Mots : ce qui a été dit.
 - h) Actions : ce qui a été fait.
 - i) Émotion : identifier les émotions permet de mieux les comprendre et peut permettre de les vivre moins négativement.
 - j) Répercussions : les émotions intenses ont un impact important sur la mémoire, les pensées, la réflexion, le fonctionnement physique et le comportement.
- Les émotions se renforcent elles-mêmes : l'une des répercussions les plus fortes des émotions est de nous rendre hypervigilants aux signaux qui peuvent déclencher les mêmes émotions. Ainsi, les émotions nous conditionnent pour qu'elles puissent se perpétuer (ou pour être continuellement « réactivées »). Exemples : lorsque nous sommes effrayés, nous devons hypersensibles à chaque menace à notre sécurité. Lorsque nous sommes en colère, nous devons hypersensibles aux comportements dénigrants des autres et sommes plus facilement irrités.

- Donner un exemple pour illustrer le modèle complet

4. Introduction à la pleine conscience

- Donner une définition de la pleine conscience : « C'est vivre intentionnellement avec la conscience du moment présent, sans juger ou rejeter le moment présent, sans rester attaché au moment présent. »

La pleine conscience consiste à centrer intentionnellement son esprit sur le moment présent, sans jugement et sans attachement au moment. Une personne qui est en pleine conscience est dans le moment présent et est consciente du moment présent. La pleine conscience est l'inverse d'être « en pilote automatique » ou d'être perdu dans ses automatismes. La pleine conscience relève de la qualité de conscience dont fait preuve une personne dans sa vie quotidienne. Il s'agit de vivre éveillé, en gardant les yeux bien ouverts. En tant qu'ensemble de compétences, la pratique de la pleine conscience est un processus volontaire d'observation, de description et de participation à la réalité, qui se fait sans jugement, dans le moment présent et avec efficacité (en utilisant des moyens compétents). La pleine conscience est l'opposé de se raccrocher rigidement au moment présent, comme si cela pouvait l'empêcher de changer.

Les objectifs de la pratique des compétences de pleine conscience sont de réduire la souffrance et d'augmenter le bonheur ainsi que d'améliorer le contrôle de l'esprit et donc la capacité à se détacher de certaines pensées et émotions. Pour certains, la pleine conscience a comme objectif de vivre la réalité telle qu'elle est. La pleine conscience demande de la pratique, de la pratique et encore de la pratique.

Selon les études, les avantages de pratiquer régulièrement la pleine conscience sont :

- Amélioration de la régulation émotionnelle.
- Diminution des pensées et des comportements de distraction et de rumination.
- Diminution de l'humeur dysphorique.
- Augmentation de l'activité dans les régions cérébrales associées aux émotions positives.
- Diminution de la dépression et de l'anxiété.
- Diminution de la colère et de l'irritabilité.
- Réduction des symptômes de douleur.
- Diminution de la détresse psychologique et augmentation du sentiment de bien-être.
- Diminution du risque de rechute dépressive.

A. Compétence « Esprit éclairé »

- L'Esprit Éclairé est la sagesse que chaque personne a en soi. Quand nous accédons à notre sagesse intérieure, nous disons que nous sommes en Esprit Éclairé. La sagesse intérieure comprend la capacité d'identifier et d'utiliser des moyens compétents pour atteindre les objectifs qui nous importent. Dans l'Esprit Éclairé, nous intégrons les opposés (y compris notre esprit rationnel et notre esprit émotionnel), et nous nous ouvrons à vivre la réalité telle qu'elle est.

- L'esprit émotionnel est : chaud, dépendant de l'humeur et centré sur l'émotion. En esprit émotionnel, nous sommes dirigés par les humeurs, les sentiments et les urgences à dire ou faire des choses. Les faits, la raison et la logique ne sont pas importants.
- L'esprit rationnel est : froid, cartésien et centré sur la tâche. En esprit rationnel, nous sommes dirigés par les faits, la raison, la logique et des considérations pragmatiques. Les valeurs et les sentiments ne sont pas importants.
- Donner des exemples et demander aux participants s'ils ont des exemples où ils étaient dans un de ces trois états.

B. Compétences « quoi »

- Les compétences « quoi » désignent ce que nous faisons lorsque nous pratiquons la pleine conscience : observer, décrire et participer.
- Observer consiste à porter attention de façon volontaire au moment présent, à ce qui se passe à l'intérieur et à l'extérieur de soi-même.
- Décrire consiste à mettre en mots ce qui a été observé, en s'en tenant aux faits perceptibles par nos cinq sens. Par exemple : « Il y a de la tristesse », « j'observe la pensée "je ne suis pas capable" ».
- Participer est le fait d'entrer pleinement et complètement dans une activité, en ne faisant plus qu'un avec ce que nous faisons.
- Exercice : décrire un objet.
 - Demandez aux participants de choisir un objet qui se trouve dans leur champ de vision et les guider afin qu'ils le décrivent en utilisant leurs cinq sens : à quoi ressemble-t-il (couleur, forme)? Imaginer quelle texture l'objet semble avoir au toucher, quelle odeur pourrait-il avoir, quel son pourrait-il faire, quel goût pourrait-il avoir. Ne décrire l'objet qu'avec des faits, sans jugement.
 - Retour sur les observations des participants. Expliquer que la pleine conscience tournée vers l'extérieur peut être plus facile à pratiquer que celle tournée vers l'intérieur et peut être une stratégie permettant de se calmer lorsqu'ils se sentent trop envahis par des pensées ou émotions difficiles.

C. Compétences « comment »

- Les compétences « comment » concernent la manière dont nous observons, décrivons et participons.

- Sans jugement : le non-jugement réside en une description de la réalité « telle qu'elle est », sans y ajouter des évaluations en termes de bien et de mal. Nous portons des jugements tout le temps. Par exemple, vous allez déjeuner avec votre famille et votre sœur est en retard, monopolise la conversation et vous laisse la facture. Vous portez un jugement : « Elle est vraiment égoïste. » Vous avez pris certaines observations que vous avez faites (son retard, le fait qu'elle domine la conversation et qu'elle vous laisse payer l'addition) et vous avez porté un jugement. Ces jugements négatifs sont souvent inconscients et improductifs. Ils peuvent nous amener à percevoir les situations, les autres ou nous-mêmes de façon négative. Les jugements négatifs nous font souvent sentir mal et nous rendent moins efficaces dans la gestion de la situation. Le non-jugement nécessite que nous soyons d'abord conscients des jugements que nous faisons puis d'apprendre à les reformuler d'une façon qui est sans jugement, en décrivant les faits, les émotions et les pensées associées. Par exemple : « Ma sœur était en retard, a parlé beaucoup plus que les autres et n'a pas payé sa part. Je n'aime pas ces comportements. »
- Avec la conscience d'une chose à la fois : cette compétence nécessite de cibler son attention sur le moment présent et d'impliquer toute sa personne dans une tâche ou une activité. C'est le contraire du mode multitâche, qui est inefficace selon les études. Nous faisons fréquemment une activité alors que notre tête est ailleurs, ce qui enlève la richesse du moment présent. De plus, lorsque nous sommes dans le passé et dans le futur, nous rajoutons des souffrances à la souffrance du moment présent. On peut se pratiquer en faisant consciemment n'importe quelle activité du quotidien et en étant complètement présent à cette expérience, et si on remarque que l'on devient distrait, on revient à notre activité.
- Efficacement : le fait d'agir efficacement signifie de faire ce qui fonctionne et d'utiliser des moyens compétents. Parfois, en esprit émotionnel, on peut se laisser emporter et agir d'une façon qui nous nuit dans l'atteinte des objectifs qui sont vraiment importants pour nous. Par exemple, si on crie après quelqu'un qui refuse de nous rendre un service, on diminue nos chances qu'il veuille nous rendre un autre service plus tard, même si on juge que la situation est injuste et que l'autre a tort.

5. Tâche à domicile pour la prochaine semaine

- Pratiquer des exercices au choix des compétences « quoi » et « comment ». Remplir les fiches 4a et 5a. Plusieurs autres suggestions d'exercices sont disponibles (documents 3a,

4a, 4b, 4c, 5a, 5b, 5c). Si les participants n'arrivent pas à choisir, proposer un exercice (par exemple, refaire l'exercice de décrire un objet avec un objet qu'ils peuvent manipuler).

6. Exercice de pleine conscience et fin de la rencontre

6.4.2 Séance 2

Documents et fiches de travail :

- Tolérance à la détresse (TD): documents 1, 2, 3, 4, 6, 6a, 6b et fiche de travail 1a

1. Introduction

- Accueil et exercice de pleine conscience
- Résumé des thèmes de la séance précédente en vérifiant la compréhension des participants.

2. Retour sur la tâche à domicile

- Demander aux participants leurs observations, ce qui a été plus facile ou difficile, les obstacles observés, etc.

3. Module tolérance à la détresse

- Présenter le module et ses objectifs : la tolérance à la détresse est la capacité de tolérer les crises et y survivre sans aggraver les choses. La capacité de tolérer et d'accepter la détresse est essentielle pour deux raisons. En premier lieu, la douleur et la détresse font partie de la vie; il est impossible de les éviter ou de les supprimer complètement. L'incapacité à accepter ce fait immuable augmente la douleur et la souffrance. Deuxièmement, la tolérance à la détresse, au moins à court terme, fait partie de toute tentative de changement de soi. Sans elle, les efforts que nous faisons pour échapper à la douleur et à la détresse nuiront aux efforts que nous faisons pour atteindre les changements voulus.

L'objectif des compétences de survie en cas de crise est de passer au travers des crises sans aggraver les choses. Les situations de crise sont, par définition, à court terme. Ces compétences ne doivent pas être utilisées tout le temps.

- Expliquer quand utiliser les compétences de survie en cas de crise :

Vous êtes en crise lorsque la situation :

- Est hautement stressante.
- Relève du court terme (c'est-à-dire qu'elle ne durera pas longtemps).
- Suscite une intense pression à résoudre immédiatement la crise.

Utilisez les compétences de survie en cas de crise lorsque :

- Vous avez une douleur intense qui ne peut être soulagée rapidement.
- Vous voulez agir selon vos émotions, mais cela va juste empirer les choses.
- L'esprit émotionnel menace de vous submerger alors que vous devez rester compétent.
- Vous êtes submergé, mais vous devez répondre à des demandes.
- L'activation est extrême, mais les problèmes ne peuvent être résolus immédiatement.

N'utilisez pas les compétences de survie en cas de crise pour :

- Les problèmes de tous les jours.
- Résoudre vos problèmes existentiels.
- Rendre votre vie digne d'être vécue.
- Dire aux participants qu'ils utilisent déjà des stratégies pour gérer des états difficiles; certaines peuvent être efficaces (et l'efficacité peut varier en fonction du niveau de détresse vécu) alors que d'autres peuvent empirer la situation.
- Donner des exemples de stratégies saines (par exemple demander de l'aide, parler à un proche ou un professionnel de la santé, prendre sa médication, écouter de la musique, faire du sport, prendre un bain, etc.) et des exemples de stratégies moins saines (consommer de l'alcool ou des drogues, s'isoler, manger excessivement, crier après les autres, etc.). Demander aux participants de partager certaines de leurs stratégies et leur efficacité. Normaliser le recours aux stratégies moins saines qui apportent généralement un soulagement immédiat et le fait que ce sont des habitudes difficiles à changer.

A. Compétence : STOP

- La compétence STOP peut nous empêcher d'agir impulsivement selon nos émotions, ce qui agraverait une situation déjà difficile. Le terme STOP permet de se rappeler comment réaliser cette compétence :
 - 1) S'arrêter : ne réagissez pas. Stop! Figez-vous! Ne bougez pas un muscle! Vos émotions pourraient vous pousser à agir sans réfléchir. Gardez le contrôle!

- 2) Temporiser : prenez du recul par rapport à la situation. Prenez une pause. Laissez aller. Prenez une profonde inspiration. Ne laissez pas vos sentiments vous faire agir impulsivement.
- 3) Observer : observez ce qui se passe en vous et autour de vous. Quelle est la situation? Quels sont vos pensées et vos sentiments? Que disent ou que font les autres?
- 4) Poursuivre en pleine conscience : agissez avec conscience. Quand vous décidez quoi faire, prenez en compte vos pensées, vos sentiments, la situation ainsi que les pensées et les sentiments des autres. Pensez à vos objectifs. Interrogez votre Esprit Éclairé : quelles actions vont améliorer ou empirer les choses?
- Donner un exemple d'utilisation de cette compétence en simulant une situation et en suivant les quatre étapes.
 - Demander aux participants d'évoquer des situations où ils ont eu une forte impulsion qui, si elle avait été suivie, aurait empiré la situation, et comment la compétence STOP aurait pu être appliquée.

B. Compétence : TIPP

- Une très forte émotion peut rendre impossible l'utilisation de la plupart des compétences. Les compétences TIPP sont conçues comme un moyen rapide de réduire une haute activation émotionnelle. Les compétences TIPP sont : Température (eau froide), exercice Intense, Respiration rythmée et Relaxation musculaire synchronisée vont de Pair.

1) Température : baissez la température de votre visage avec de l'eau froide (pour vous calmer rapidement). Bloquez votre respiration, plongez votre visage dans de l'eau froide ou placez une poche de froid (ou autre chose de froid) sur vos yeux et vos joues. Restez comme cela pendant 30 secondes. Gardez l'eau au-dessus de 10°.

2) Exercice intense (pour calmer votre corps quand il est activé par l'émotion) : livrez-vous à un exercice intense, même pour un bref instant. Dépensez l'énergie physique accumulée dans votre corps en courant, en marchant vite, en sautant, en jouant au basketball, en soulevant des poids, etc.

3) Respiration rythmée (cadencez votre respiration en la ralentissant) : respirez profondément par le ventre. Ralentissez votre rythme d'inspiration et

d'expiration (5 à 6 respirations en moyenne par minute). Expirez plus lentement que vous inspirez (par exemple, 5 secondes d'inspiration et 7 secondes d'expiration). Des applications comme Respirelax+ (gratuit) permettent de pratiquer la respiration rythmée avec un soutien visuel.

- Pratiquer l'exercice avec un support visuel avec les participants pendant 3 minutes et recueillir leurs observations.

4) Relaxation musculaire (pour vous calmer en associant la relaxation musculaire à l'expiration) : pendant que vous inspirez avec votre ventre, tendez profondément vos muscles (pas au point de causer une crampe). Remarquez la tension dans votre corps. En exhalant, dites le mot « relax » dans votre tête. Laissez aller la tension. Remarquez la différence dans votre corps.

- Faire pratiquer les participants avec quelques groupes musculaires ou faire l'exercice au complet selon le temps disponible.

4. Tâche à domicile pour la prochaine semaine

- Pratiquer la compétence STOP ou une compétence TIPP et remplir la fiche de travail 1a.

5. Exercice de pleine conscience et fin de la rencontre

6.4.3 Séance 3

Documents et fiches de travail :

- TD: documents 7, 8, 9 et fiche de travail 1a

1. Introduction

- Accueil et exercice de pleine conscience
- Résumé des thèmes de la séance précédente en vérifiant la compréhension des participants.

2. Retour sur la tâche à domicile

- Demander aux participants leurs observations, ce qui a été plus facile ou difficile, les obstacles observés, etc.

3. Module tolérance à la détresse

A. Compétence : distraction (ACCEPTS)

- Les méthodes de distraction fonctionnent en diminuant le contact avec ce qui déclenche la détresse ou ses éléments les plus douloureux. Les moyens de se distraire peuvent être mémorisés grâce à l'acronyme ACCEPTS (activités, contributions, comparaisons, émotions, pensées, en tenant à distance, sensations). Discuter du fait que les symptômes psychotiques peuvent être à l'origine d'une détresse aiguë et peuvent être une occasion d'utiliser cette compétence.

Parcourir le document 7 afin de fournir plusieurs exemples.

Demander aux participants s'ils utilisent déjà des stratégies de distraction qui sont dans cette liste ou d'autres. Discuter de leur efficacité. Discuter du fait que certaines personnes ont tendance à surutiliser la distraction alors que d'autres la sous-utilisent et discuter des conséquences de ces deux extrêmes. Discuter des façons possibles de savoir lorsqu'il est temps d'arrêter d'utiliser la distraction et de travailler à résoudre le problème.

B. Compétence : apaisement de soi avec les cinq sens

- S'apaiser consiste à faire des choses qui offrent du plaisir et du réconfort et qui procurent un soulagement de la douleur ou du stress en utilisant les cinq sens. Cela signifie être doux et gentil consciemment avec soi-même.

Parcourir le document 8 qui fournit plusieurs exemples.

Demander aux participants s'ils utilisent déjà certaines stratégies d'apaisement par les sens et si oui, quels en sont les effets. Aimeraient-ils en essayer des nouvelles? Si oui, quels sont les obstacles et comment les surmonter?

C. Compétence : améliorer le moment (IMPROVE)

- Cette compétence regroupe différentes stratégies pour améliorer la qualité du moment présent, afin de survivre plus facilement à une crise sans l'aggraver. Le terme IMPROVE permet de se souvenir de ces stratégies (imagerie, mettre un sens, prière, actions relaxantes, orienté sur une chose du moment, vacances, encouragements et réévaluation de la situation).

Expliquer chacune des stratégies en donnant des exemples.

Parcourir le document 9 qui fournit plusieurs exemples et demander aux participants de cocher celles qui pourraient leur être utiles.

4. Stratégies pour gérer les voix

- Expliquer que les voix peuvent être provoquées par des états émotionnels intenses, et que les voix peuvent également provoquer des réactions émotionnelles intenses. Dans ces deux cas de figure, les compétences dans le groupe peuvent être aidantes, par exemple les compétences de pleine conscience et de tolérance à la détresse. Les compétences de pleine conscience permettent entre autres d'être plus conscient de ses expériences internes et de les observer sans les combattre ou les juger. Celles de tolérance à la détresse peuvent permettre de tolérer la détresse reliée aux voix sans réagir impulsivement.
- Demander aux participants ce qu'ils ont essayé pour gérer leurs voix et l'efficacité des stratégies tentées.

5. Tâche à domicile pour la prochaine semaine

- Demander aux participants de choisir une stratégie de chaque compétence (distraction, apaisement, améliorer le moment) et de la pratiquer au moins une fois en notant leurs observations sur la fiche de travail 1a. Expliquer qu'il peut être nécessaire d'utiliser une même stratégie plusieurs fois avant de conclure qu'elle n'est pas efficace et qu'il peut être nécessaire d'en essayer plusieurs.

6. Exercice de pleine conscience et fin de la rencontre

6.4.4. Séance 4

Documents et fiches de travail :

- RÉ: documents 1, 5, 6 et fiche de travail 4a

1. Introduction

- Accueil et exercice de pleine conscience
- Résumé des thèmes de la séance précédente en vérifiant la compréhension des participants.

2. Retour sur la tâche à domicile

- Demander aux participants leurs observations, ce qui a été plus facile ou difficile, les obstacles observés, etc.

3. Module régulation des émotions : comment décrire les émotions

- Rappeler ce qu'est une émotion : les émotions sont des réactions psychologiques et physiques qui se manifestent en réponse à une situation actuelle et influencées par nos expériences de vie. Elles sont de courte durée, mais notre façon d'y réagir (par exemple lorsqu'on les évite, s'y accroche ou qu'on rumine sur elles) peut faire qu'elles se prolongent. Les émotions influencent notre état physique, la façon dont nous pensons et les actions que nous nous sentons poussés à faire. Par exemple, lorsqu'on se sent anxieux, on peut avoir le cœur qui bat plus vite, avoir tendance à anticiper le pire et envie de fuir une situation. Nous réagissons tous à nos émotions d'une façon différente. Certaines de ses réactions sont saines alors que d'autres sont plus inefficaces et peuvent avoir des conséquences négatives à court et/ou long terme. Bien que certaines émotions soient plus agréables à ressentir que d'autres, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises émotions et elles ont toutes une fonction (séance 1).

- Demander aux participants d'identifier le rôle de chaque famille d'émotions.

- Rappeler qu'apprendre à observer, décrire et nommer ses émotions peut aider à les réguler. Il est très fréquent d'avoir peur ou honte de certaines émotions et parfois cela amène à éviter de les ressentir. Même si cela peut fonctionner à court terme, nous savons que d'éviter des émotions a comme effet que celles-ci peuvent s'intensifier avec le temps. Il peut aussi souvent nous arriver de ne pas être conscients que nous vivons une émotion ou bien de ne pas être capables d'identifier ce que nous ressentons (par exemple se sentir « mal »). Le simple fait d'être capable de prendre conscience que nous vivons une émotion et de l'identifier peut aider à en diminuer l'intensité. Lorsque nous pouvons nommer notre émotion, nous arrivons à nous en distancer un peu plus et nous sommes davantage en mesure d'utiliser d'autres stratégies pour contrôler notre réaction.

- Passer en revue le modèle simplifié pour décrire les émotions vu à la séance 1.

- Présenter les principales émotions (colère, peur, tristesse, dégoût, envie, joie, jalousie, amour, honte, culpabilité) en parcourant leurs composantes (événements déclencheurs, interprétations, changements biologiques, expressions, actions et conséquences associées). Présenter les diapositives 25 à 36 de la présentation PowerPoint ou le document 6 du cahier du participant. Inviter les participants à se référer au cahier du participant lorsqu'ils ne sont pas certains de l'émotion qu'ils ressentent.

- Demander si certaines émotions sont plus faciles ou difficiles à identifier.

4. Tâche à domicile pour la prochaine semaine

- Appliquer le modèle pour décrire les émotions à une situation vécue durant la semaine.
- Remplir la fiche de travail 4a.

5. Exercice de pleine conscience et fin de la rencontre

6.4.5 Séance 5

Documents et fiches de travail :

- TD : documents 15, 15a et fiche de travail 12
- RÉ : documents 7, 8, 8a et fiche de travail 5

1. Introduction

- Accueil et exercice de pleine conscience
- Résumé des thèmes de la séance précédente en vérifiant la compréhension des participants.

2. Retour sur la tâche à domicile

- Demander aux participants leurs observations, ce qui a été plus facile ou difficile, les obstacles observés, etc.
- Utiliser les exercices des participants pour bien passer en revue la compétence étape par étape.

3. Compétence : pleine conscience des pensées

- La pleine conscience des pensées actuelles consiste à observer les pensées comme des pensées, des sensations du cerveau et non comme des faits sur le monde. Nous laissons simplement aller et venir les pensées, en en prenant note, mais sans essayer de les contrôler ou de les changer. Observer les pensées est identique à observer n'importe quel autre comportement.

a) Observez vos pensées :

- Comme des vagues, qui vont et qui viennent.
- Sans les supprimer.
- Sans les juger.
- En reconnaissant leur présence.

- Sans les entretenir.
- Sans les analyser.
- En pratiquant la bonne volonté.
- En prenant du recul et en les observant entrer et sortir de votre esprit.

b) Adoptez un esprit curieux :

- Demandez-vous : « D'où viennent mes pensées ? » Attendez et regardez.
- Remarquez que toute pensée qui vient à votre esprit le quitte également.
- Observez vos pensées sans les évaluer. Laissez aller les jugements.

c) Rappelez-vous que vous n'êtes pas vos pensées :

- N'agissez pas forcément vos pensées.
- Remémorez-vous des moments où vous aviez des pensées très différentes.
- Rappelez-vous que penser en termes catastrophiques appartient à l'esprit émotionnel.
- Rappelez-vous de votre manière de penser quand vous ne ressentez pas autant de souffrance et de douleur.

d) Ne bloquez et ne supprimez pas vos pensées :

- Demandez-vous : « Quelles sensations ces pensées essayent-elles d'éviter ? » Orientez votre esprit vers la sensation. Ensuite, revenez à la pensée. Répétez cela plusieurs fois.
- Prenez du recul : autorisez vos pensées à aller et venir en observant votre respiration.
- Jouez avec vos pensées : répétez-les à haute voix encore et encore, aussi vite que possible. Chantez-les. Imaginez qu'elles sont dites par un clown, qu'elles sont comme des enregistrements qui s'emmêlent. Voyez-les comme d'adorables animaux que vous pouvez caresser, comme des couleurs brillantes qui défilent dans votre esprit ou simplement comme des sons.
- Essayez d'aimer vos pensées.
- Faire un des exercices du document 15a.

4. Compétence : vérifier les faits

- Souvent, nous réagissons davantage à nos pensées et aux interprétations d'un événement plutôt qu'aux faits comme tels.

- De nombreuses émotions et actions sont déclenchées par nos pensées et nos interprétations des événements plutôt que par les événements eux-mêmes (événement → pensées → émotions).
- Nos émotions peuvent aussi avoir un grand effet sur nos pensées à propos des événements (événement → émotions → pensées).
- Examiner nos pensées et vérifier les faits peut nous aider à changer nos émotions.
- Comment vérifier les faits :
 - a) Quelle est l'émotion que je veux changer?
 - b) Quel est l'événement qui a déclenché mon émotion?
 - Décrivez les faits observables à travers vos sens. Remettez en question les jugements, les certitudes et les descriptions en noir et blanc.
 - c) Quelles sont mes interprétations, pensées et certitudes concernant l'événement?
 - Pensez à d'autres interprétations possibles.
 - Explorez la situation sous toutes ses facettes et selon différents points de vue.
 - Analysez vos interprétations et vos hypothèses pour voir si elles correspondent aux faits.
 - d) Est-ce que je présuppose une menace?
 - Nommez la menace.
 - Évaluez la probabilité que l'événement menaçant se produise réellement.
 - Imaginez toutes les autres issues possibles.
 - e) Quelle est la catastrophe?
 - Imaginez que la catastrophe se produise réellement.
 - Imaginez que vous faites face efficacement à cette catastrophe (grâce à la résolution de problèmes, l'anticipation ou l'acceptation radicale).
 - f) Mon émotion et/ou son intensité correspondent-elles aux faits réels?
 - Vérifiez si les faits correspondent aux émotions. Interrogez votre Esprit Éclairé.
 - Parcourir le document 8a qui fournit plusieurs exemples d'émotions qui correspondent aux faits.
 - L'intensité et la durée d'une émotion sont justifiées par :
 - La probabilité que les résultats attendus se produisent.
 - L'ampleur et/ou l'importance des résultats.
 - L'efficacité de l'émotion actuelle dans votre vie.
- Vérifier les faits est une compétence importante qui nécessite de la pratique. Donner plusieurs exemples (si possible provenant des participants) et solliciter les participants,

par exemple en leur demandant dans une situation donnée quelles pourraient être d'autres interprétations possibles. Il s'agit d'une occasion d'aborder les risques de certains biais cognitifs présents dans la psychose (sauter aux conclusions, personnalisation, catastrophisation). Il est toutefois préférable de commencer voire de n'utiliser que des exemples de situations non liées aux symptômes psychotiques afin d'éviter que les participants se sentent invalidés ou confrontés.

5. Tâche à domicile pour la prochaine semaine

- Pratiquer la compétence « vérifier les faits » avec une situation personnelle. Remplir la fiche de travail 5.
- Optionnel : pratiquer la pleine conscience des pensées. Utiliser la fiche de travail 12.

6. Exercice de pleine conscience et fin de la rencontre

6.4.6 Séance 6

Documents et fiches de travail :

- RÉ : documents 22, 10, 11, 4, 4a et fiches de travail 7, 15

1. Introduction

- Accueil et exercice de pleine conscience
- Résumé des thèmes de la séance précédente en vérifiant la compréhension des participants.

2. Retour sur la tâche à domicile

- Demander aux participants leurs observations, ce qui a été plus facile ou difficile, les obstacles observés, etc.
- Utiliser les exercices des participants pour bien passer en revue la compétence étape par étape.

3. Compétence : pleine conscience des émotions

- La pleine conscience des émotions actuelles signifie observer, décrire et autoriser les émotions, sans les juger ou essayer de les changer, sans les bloquer ou essayer de s'en distraire. Éviter ou réprimer une émotion augmente la souffrance. La pleine conscience des

émotions actuelles est le chemin qui mène à la liberté émotionnelle. Il s'agit d'une compétence cruciale sous-jacente à plusieurs autres compétences, voire toutes les compétences de la TCD. Éviter les émotions empêche l'utilisation de presque toutes les autres compétences de ce module.

En nous exposant aux émotions, sans pour autant les suivre, nous réalisons qu'elles ne sont pas aussi catastrophiques qu'on l'imaginait et nous en avons moins peur. Quand nous avons moins peur, l'angoisse, le sentiment de panique et la colère que nous ressentons par rapport à nos émotions se dissipent. L'observation des émotions fonctionne selon le même principe que l'exposition dans le traitement des phobies et de la panique.

a) Observez votre émotion :

- Prenez du recul et observez simplement votre émotion.
- Vivez votre émotion comme une vague, qui va et qui vient.
- Maintenant, imaginez que vous surfez la vague de l'émotion.
- Essayez de ne pas bloquer ni réprimer l'émotion.
- Essayez de ne pas repousser ni vous débarrasser de l'émotion.
- N'essayez pas de maintenir l'émotion.
- Ne vous y accrochez pas.
- Ne l'intensifiez pas.

b) Pratiquez la pleine conscience des sensations corporelles :

- Remarquez dans quelles parties du corps vous ressentez les sensations de l'émotion.
- Vivez les sensations aussi pleinement que possible.
- Observez combien de temps prend l'émotion pour se dissiper.

c) Rappelez-vous, vous n'êtes pas votre émotion :

- N'agissez pas forcément selon votre émotion.
- Rappelez-vous des moments où vous vous êtes senti différemment.

d) Entraînez-vous à aimer votre émotion :

- Respectez votre émotion.
- Ne jugez pas votre émotion.
- Pratiquez la bonne volonté.
- Acceptez radicalement votre émotion.

- « Aimer » dans ce contexte est synonyme d'acceptation. L'idée d'aimer et d'accepter ses émotions ne signifie pas d'en accroître l'intensité ou la fréquence. Le fait de se battre contre

ses émotions ne les fait pas disparaître. L'acceptation des émotions nous permet d'en faire quelque chose.

4. Compétence : agir à l'opposé

- Agir à l'opposé consiste à agir inversement à l'urgence à agir émotionnelle qui pousse à dire ou à faire quelque chose. Agir à l'opposé est un moyen efficace de changer ou de réduire des émotions indésirables quand les émotions ne correspondent pas aux faits ou lorsqu'agir selon nos émotions n'est pas efficace.

Chaque émotion a une urgence à agir. Changez l'émotion en agissant à l'opposé de son urgence à agir.

Exemples :

Émotion	Urgence à agir	Action opposée
Peur	S'enfuir / éviter	Approcher / ne pas éviter
Colère	Attaquer	Éviter délicatement / être aimable
Tristesse	Se retirer / s'isoler	Être actif
Honte	Se cacher / éviter	Confier le secret à ceux qui l'accepteront

- Étape 1 : identifiez et nommez l'émotion que vous voulez modifier.
- Étape 2 : vérifiez les faits pour vous assurer que votre émotion est justifiée par les faits. Vérifiez également si l'intensité et la durée de l'émotion correspondent aux faits. Par exemple, « irritation » correspond aux faits si l'on vous coupe la route en voiture; « rage au volant » n'y correspond pas. Une émotion est justifiée si elle correspond aux faits.
- Étape 3 : identifiez et décrivez votre urgence à agir.
- Étape 4 : demandez à votre Esprit Éclairé : « Est-ce efficace d'exprimer cette émotion ou d'agir selon cette émotion dans cette situation? »
- Étape 5 : identifiez les actions opposées à vos urgences à agir.
- Étape 6 : agissez complètement à l'opposé de vos urgences à agir.
- Étape 7 : répétez l'action opposée à vos urgences à agir jusqu'à ce que votre émotion change.
- Parcourir le document 11 qui décrit pour chaque émotion les faits qui correspondent à l'émotion et des exemples d'action opposée.

- Demander aux participants des situations où ils ont agi leur émotion, quelles ont été les conséquences et voir quelles auraient pu être des façons d'agir à l'opposé. S'ils n'ont pas d'exemples personnels, donner plusieurs autres exemples.

5. Facteurs qui compliquent la régulation émotionnelle

- Biologie : rappeler le concept de vulnérabilité émotionnelle biologique.
- Manque de compétences : il est possible que vos figures parentales n'aient pas été en mesure de vous montrer comment mieux gérer certaines émotions.
- Renforcement du comportement émotionnel : votre environnement vous renforce quand vous êtes hautement émotionnel (par de l'attention, en obtempérant à vos demandes, etc.)
- Humeur : c'est votre humeur du moment, au lieu de votre Esprit Éclairé, qui contrôle votre comportement.
- Surcharge émotionnelle : une haute activation émotionnelle vous pousse au point de rupture de vos compétences. Vous ne pouvez plus suivre les consignes des compétences ou déterminer quoi faire.
- Mythes sur les émotions : les mythes sur les émotions interfèrent avec votre capacité à réguler les émotions. Les mythes stipulant que les émotions sont mauvaises ou un signe de faiblesse conduisent à l'évitement des émotions.

6. Tâche à domicile pour la prochaine semaine

- Pratiquer la compétence « agir à l'opposé » avec une situation survenue durant la semaine. Remplir la fiche de travail 7.
- Optionnel : pratiquer la pleine conscience des émotions. Utiliser la fiche de travail 15.

7. Exercice de pleine conscience et fin de la rencontre

6.4.7 Séance 7

Documents et fiches de travail :

- RÉ : documents 14, 20, 20b, 15, 16, 17, 18, 19 et fiches de travail 10, 12, 14

1. Introduction

- Accueil et exercice de pleine conscience

- Résumé des thèmes de la séance précédente en vérifiant la compréhension des participants.

2. Retour sur la tâche à domicile

- Demander aux participants leurs observations, ce qui a été plus facile ou difficile, les obstacles observés, etc.
- Utiliser les exercices des participants pour bien passer en revue la compétence étape par étape.

3. Compétences pour diminuer la vulnérabilité émotionnelle

- Les compétences décrites ici sont utiles pour développer une vie dans laquelle nous sommes moins sensibles ou vulnérables aux émotions pénibles. Nous avons tous des moments de vulnérabilité accrue aux émotions pénibles. Lorsque nous sommes vulnérables, nous sommes beaucoup plus sensibles aux événements qui déclenchent des émotions douloureuses. Certaines personnes vivent une existence qui les rend presque continuellement vulnérables aux émotions pénibles. En accumulant des événements positifs dans notre vie et en pratiquant les autres compétences acquises dans ce groupe, nous pouvons accroître notre résilience. Ces compétences peuvent être retenues grâce à l'acronyme ABC PLEASE : Accumuler les émotions positives, Bâtir une expertise, être Capable d'anticiper les situations émotionnelles et Prendre soin de notre esprit en prenant soin de notre corps.

A. Compétence : PLEASE

- PLEASE : Prendre soin de La santé, Éviter les substances, équilibrer l'Alimentation, équilibrer le Sommeil et faire de l'Exercice physique.
 - a) Prendre soin de sa santé : prenez soin de votre corps. Consultez un médecin quand c'est nécessaire. Prenez le traitement prescrit.
 - b) Évitez les substances : évitez les substances illicites et consommez l'alcool avec modération (voire pas du tout).
 - c) Équilibrez l'alimentation : ne mangez ni trop ni trop peu. Répartissez les repas sur la journée et mangez en pleine conscience. Évitez les aliments qui vous rendent trop émotionnel.

- d) Équilbrez le sommeil : essayez de dormir 7 à 9 heures par nuit ou du moins la quantité de sommeil qui vous aide à vous sentir bien. Gardez un rythme de sommeil régulier, surtout si vous avez des difficultés à dormir.
 - Les difficultés de sommeil sont fréquentes chez les personnes souffrant de psychose et elles peuvent être un signe de rechute. Voir document 20b pour un protocole d'hygiène du sommeil.
- e) Faites de l'exercice physique : faites un type d'exercice chaque jour. Essayez de cumuler 20 minutes d'exercice quotidien.
- Demander aux participants si certains de ces comportements sont plus faciles ou plus difficiles. Ont-ils déjà surmonté des obstacles permettant d'améliorer certains de ces comportements? Ont-ils des trucs à partager avec les autres?

B. Compétence : accumuler des émotions positives à court terme

- Expliquer que la plupart des gens ont des raisons parfaitement valides de vivre des émotions pénibles. Ce sont souvent (mais pas toujours) des événements dans leur vie qui leur causent du désarroi. En augmentant la fréquence d'événements positifs, il est possible de développer une vie plus heureuse.
- a) Construisez des expériences positives maintenant :
 - Augmentez les événements plaisants générant des émotions positives.
 - Faites chaque jour une chose de la liste des événements plaisants.
 - Entraînez-vous à agir à l'opposé. Évitez d'éviter.
- b) Soyez conscient des expériences positives :
 - Centrez votre attention sur les moments positifs lorsqu'ils se produisent. Ne faites pas plusieurs choses en même temps.
 - Recentrez votre attention quand votre esprit s'égare vers le négatif.
 - Participez et engagez-vous pleinement dans chaque expérience.
- c) Ne prenez pas attention aux inquiétudes telles que :
 - Quand l'expérience positive prendra-t-elle fin?
 - Est-ce que vous méritez cette expérience positive?
 - Que va-t-on attendre de plus de votre part maintenant?
- Demander aux participants de partager des choses qu'ils trouvent plaisantes. Parcourir la liste des événements plaisants (document 16) et leur demander de cocher 3 à 7 événements qu'ils pourraient faire prochainement.

Expliquer qu'il faut être patient et que d'ajouter un ou deux événements plaisants n'induira pas de différence immédiate, mais que cela permet de modifier petit à petit les émotions. Pour que les événements positifs soient efficaces, il faut les pratiquer souvent et essayer différentes activités.

C. Compétence : accumuler des émotions positives à long terme

- Expliquer qu'il est difficile d'être heureux sans vivre une vie qui est perçue comme valant la peine d'être vécue. Pour développer ce genre de vie, il faut faire attention à nos valeurs et nos priorités de vie sur le long terme. Ce processus prend du temps, de la patience et de la persistance.
- Accumuler les émotions positives à long terme pour construire une vie qui vaut la peine d'être vécue, ça veut dire faire des changements dans notre vie afin que des événements positifs se produisent dans le futur.

a) Évitez d'éviter :

- Commencez maintenant à faire ce qui est nécessaire pour construire la vie que vous voulez. Si vous n'êtes pas sûr de ce qu'il faut faire, suivez les étapes ci-dessous.

b) Identifiez les valeurs importantes pour vous :

- Demandez-vous : « Quelles sont pour moi les valeurs vraiment importantes dans ma vie ? »
- Par exemple : être productif, faire partie d'un groupe, bien traiter les autres, être en forme physiquement.
- Parcourir avec les participants le document 18 (liste des valeurs) et leur demander d'identifier les valeurs importantes pour eux.
- Expliquer que les personnes qui ont vécu des bouleversements importants dans leur vie en raison d'une maladie mentale, comme une hospitalisation ou l'abandon des études ou du travail, ont souvent l'impression que leurs rêves et leurs objectifs sont perdus à jamais. Normaliser ces inquiétudes et valider les émotions associées.

c) Identifiez une valeur à travailler maintenant :

- Demandez-vous : « Qu'y a-t-il de vraiment important pour moi à travailler dans ma vie actuelle? »
- Par exemple : être productif.

d) Identifiez quelques objectifs liés à cette valeur :

- Demandez-vous : « Sur quels objectifs spécifiques puis-je travailler afin que cette valeur fasse partie de ma vie? »
- Par exemple : trouver un travail dans lequel je puisse faire quelque chose d'utile, être plus actif pour maintenir les tâches importantes à la maison, trouver une activité bénévole dans laquelle employer les compétences que j'ai déjà.

e) Choisissez un objectif à travailler maintenant :

- Si nécessaire, listez les avantages et inconvénients pour choisir un objectif à travailler maintenant.
- Par exemple : trouver un travail dans lequel je puisse faire quelque chose d'utile.

f) Identifiez les petites étapes actives vers votre objectif :

- Demandez-vous : « Quelles sont les petites étapes que je peux réaliser pour atteindre mon objectif? »
- Par exemple : visiter des lieux de travail, consulter sur internet les offres d'emplois dans mon domaine, déposer ma candidature pour les emplois qui m'intéressent, rédiger mon CV, vérifier les avantages des lieux dans lesquels je veux travailler.

g) Franchissez une étape active maintenant :

- Par exemple : consulter sur internet les offres d'emplois dans mon domaine.

D. Compétence : bâtir une expertise

- Se sentir compétent et adéquatement préparé pour affronter les situations difficiles réduit la vulnérabilité aux émotions négatives et augmente le comportement compétent.
- L'expertise est le fait de pratiquer des activités qui nous confèrent un sens de contrôle, de compétence ainsi qu'une meilleure confiance en soi et qui nous rendent plus à même de gérer diverses situations.
- Comment bâtir une expertise :
 - a) Planifiez de faire au moins une chose chaque jour pour développer un sentiment d'accomplissement.
 - b) Prévoyez le succès et non l'échec :
 - Faites une chose difficile, mais possible.

c) Augmentez graduellement la difficulté au cours du temps :

- Si la première tâche est trop difficile, faites quelque chose d'un peu plus facile la prochaine fois.

d) Recherchez le défi :

- Si la tâche est trop facile, essayez quelque chose d'un peu plus difficile la prochaine fois.

- Il est très important de donner des exemples de très petites activités qui confèrent un sens d'expertise, tirés de votre propre expérience ou de celle des autres. Une personne qui n'a jamais fait de sport peut se sentir extrêmement fière d'être passée d'haltères de 2,5 kg à des haltères de 5 kg. Une personne souffrant d'une phobie peut accroître son sentiment d'expertise en effectuant des petites étapes d'action opposée.
- Demander aux participants d'évoquer des activités qui leur confèrent un sentiment d'expertise.

4. Tâches à domicile pour la prochaine semaine

- Faire une activité plaisante par jour. Utiliser la fiche de travail 10.
- Pratiquer la compétence « PLEASE » (au moins une action au choix). Utiliser la fiche de travail 14.
- Pratiquer la compétence « bâtir une expertise » (au moins une activité au choix). Utiliser la fiche de travail 12.

5. Exercice de pleine conscience et fin de la rencontre

6.4.8 Séance 8

Documents et fiches de travail :

- RÉ : documents 12, 19 et fiches de travail 8, 12

1. Introduction

- Accueil et exercice de pleine conscience
- Résumé des thèmes de la séance précédente en vérifiant la compréhension des participants.

2. Retour sur la tâche à domicile

- Demander aux participants leurs observations, ce qui a été plus facile ou difficile, les obstacles observés, etc.

3. Compétence : résolution de problèmes

- Lorsqu'une émotion correspond aux faits de la situation, éviter ou changer la situation peut être la meilleure façon de changer l'émotion. La résolution de problème est le premier pas vers la modification des situations difficiles.
- Comment faire la résolution de problèmes :
 - a) Déterminez la situation problématique et décrivez-la.
 - b) Vérifiez les faits (tous les faits) pour être sûr de cibler la bonne situation problématique :
 - Si vos faits sont corrects et que la situation constitue le problème, poursuivez avec la prochaine étape.
 - Si vos faits ne sont pas corrects, revenez au début et recommencez.
 - c) Identifiez votre objectif dans la résolution de problèmes :
 - Ciblez ce qui doit se produire ou ce qui doit changer pour que vous vous sentiez bien.
 - Restez simple et choisissez quelque chose qui peut réellement se produire.
 - d) Faites du remue-méninge pour générer beaucoup de solutions :
 - Trouvez autant de solutions que possible. Demandez des idées aux personnes à qui vous faites confiance.
 - Ne soyez pas critique a priori (attendez la prochaine étape pour évaluer les idées).
 - e) Choisissez une solution correspondant à l'objectif et qui a des chances de fonctionner :
 - Si vous êtes incertain, choisissez deux solutions qui semblent correctes.
 - Faites les avantages et inconvénients pour comparer les solutions.
 - Choisissez celle qu'il convient d'essayer en premier.
 - f) Mettez en action la solution :
 - Agissez! Essayez la solution.
 - Franchissez la première étape, puis la deuxième.
 - g) Évaluez les résultats de l'utilisation de la solution :
 - Cela a-t-il fonctionné? Bravo!
 - Cela n'a pas fonctionné? Revenez à l'étape e) et essayez une autre solution.

- Donner des exemples pour chaque étape et terminer avec un exemple (personnel ou d'un participant) permettant de faire toutes les étapes en faisant participer les participants. Demander aux participants de générer le plus de solutions possibles à l'étape d).
- Demander à chaque participant de compléter l'exercice avec un exemple personnel sur la fiche de travail 8 et vérifier si la compétence est bien comprise.

4. Compétence : être capable d'anticiper pour faire face aux situations difficiles

- Anticiper en imagination est le fait de déterminer quelles situations risquent de nous causer des problèmes et ensuite d'élaborer des plans pour gérer les difficultés anticipées. L'anticipation en imagination est également le fait de s'imaginer dans la situation, en train de la gérer efficacement.
- Comment anticiper en imagination :
 - a) Décrivez la situation susceptible de déclencher un comportement problématique :
 - Vérifiez les faits. Soyez précis dans votre description de la situation.
 - Nommez les émotions et les actions qui pourraient interférer avec l'utilisation de vos compétences.
 - b) Décidez quelles compétences de gestion ou de résolution de problèmes vous voulez utiliser dans la situation :
 - Soyez précis. Rédigez en détail la façon dont vous allez faire face à la situation, à vos émotions et à vos urgences à agir.
 - c) Imaginez la situation dans votre tête de manière aussi réaliste que possible :
 - Imaginez-vous dans la situation maintenant, pas comme un observateur de la situation.
 - d) Répétez dans votre tête comment vous faites face efficacement :
 - Répétez dans votre tête de manière précise ce que vous pouvez faire pour gérer efficacement.
 - Répétez vos actions, vos pensées, ce que vous dites et comment vous le dites.
 - Répétez votre gestion efficace des nouveaux problèmes qui surviennent.
 - Répétez votre gestion efficace de la pire catastrophe que vous craignez.
 - e) Pratiquez la relaxation après cette pratique.
- Donner des exemples, puis demander aux participants d'évoquer des situations problématiques et en choisir une ou deux à pratiquer avec eux. Discuter des différentes façons possibles de gérer chaque situation, et demander aux participants de noter les étapes spécifiques.

5. Fin de la rencontre

- Rétroaction sur le groupe en général. Demander aux participants ce qu'ils ont trouvé plus ou moins aidant et l'élément dont ils vont le plus se souvenir. Souhaitent-ils se fixer un objectif qu'ils voudraient continuer à travailler?
- Renforcer les apprentissages faits et l'importance de continuer à pratiquer les compétences apprises dans le groupe.

Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement

7.1 Fiches de conceptualisation ACT

CONCEPTUALISATION ACT SOMMAIRE

1. Dans quelle direction le patient souhaite-t-il évoluer?

Quel domaine de la vie et quelles valeurs semblent les plus importants pour ce patient? A-t-il des objectifs conformes à ses valeurs ou s'investit-il dans des activités valorisées actuellement?

2. Quels sont les obstacles?

Identifiez les obstacles à une vie pleine de sens : la fusion, l'évitement et les actions inefficaces.

a) Avec quoi fusionne-t-il?

Identifiez la fusion problématique, y compris les raisons, les règles, les jugements, le passé, l'avenir et le concept de soi.

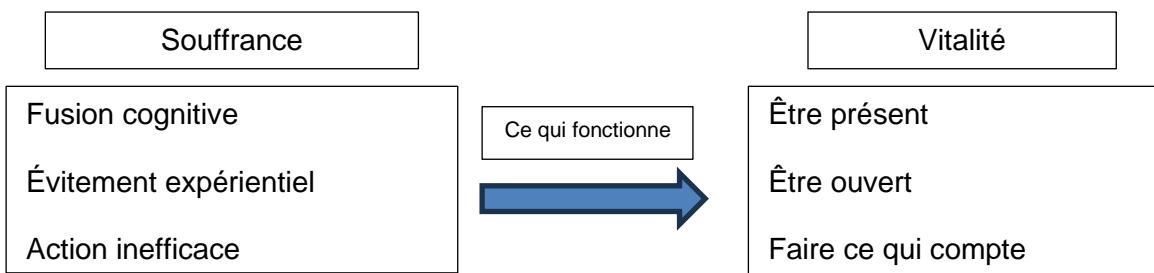
b) Qu'est-ce qui est évité?

Identifiez les pensées, les sentiments, les souvenirs, les envies d'action, les sensations et les émotions que ce patient essaie d'éviter ou dont il veut se débarrasser.

c) Quelles sont les actions inefficaces entreprises?

Quelles sont les actions qui empêtent sa vie ou le maintien dans l'impasse?

Vous pouvez utiliser le diagramme ci-dessous pour vous aider à planifier votre prochaine séance. Notez les métaphores, exercices, questions, techniques ou feuilles de travail que vous pourriez utiliser lors de la prochaine séance pour aider votre patient à opérer un changement viable.



Traduit de Russ Harris

CONCEPTUALISATION ACT DÉTAILLÉE

QUELS SONT LES PROBLÈMES PRINCIPAUX SELON LE PATIENT? (Utilisez les mots du patient)

QUELLES SONT LES ATTENTES DU PATIENT?

Objectifs émotionnels (comment vous voulez vous sentir différemment) : Quels sont les pensées, les images, les sentiments, les émotions, les sensations, les souvenirs, les pulsions qu'il aimerait éviter, réduire ou dont il aimerait se débarrasser? (Remarque : pour convertir les objectifs émotionnels en objectifs comportementaux, nous pouvons dire : « Une partie de notre travail consiste donc à acquérir de nouvelles compétences pour gérer plus efficacement ces pensées et sentiments difficiles, afin qu'ils aient moins d'impact et d'influence sur vous. »)

Objectifs comportementaux (ce que vous voulez faire différemment) : Qu'est-ce que le patient aimerait arrêter/commencer, faire plus/moins? Comment aimerait-il se comporter différemment envers lui-même, envers les autres, envers le monde? Quelles activités/compétences aimerait-il commencer ou développer? Quels sont les personnes, les lieux, les activités, les défis qu'il aimerait aborder plutôt qu'éviter? Quelles sont les relations qu'il souhaite améliorer et comment?

Objectifs de résultats (ce que vous voulez avoir, obtenir ou réaliser) : Quels résultats le client aimerait-il obtenir – par exemple, trouver un emploi, un partenaire, partir en vacances, acheter une maison, se remettre d'une maladie, guérir d'une blessure, avoir un enfant, commencer une nouvelle carrière, acheter un livre, se faire de nouveaux amis, avoir une meilleure relation? (Remarque : pour convertir les objectifs de résultats en objectifs comportementaux, nous pouvons dire : « Une partie de notre travail consiste donc à explorer ce que vous pouvez commencer à faire différemment, afin d'augmenter vos chances d'atteindre ces objectifs. »)

ANTÉCÉDENTS PERTINENTS :

Y a-t-il eu un traumatisme, de la négligence, un trouble de l'attachement ou un autre problème important dans l'enfance, en rapport direct avec les problèmes actuels?

Quels événements traumatisants ont joué un rôle important dans les problèmes actuels?

D'autres événements majeurs, pas nécessairement traumatisques, mais perturbateurs et stressants – ont-ils précipité la présentation actuelle?

OBSTACLES PHYSIQUES À UNE BONNE QUALITÉ DE VIE :

Quels sont les obstacles physiques (par opposition aux obstacles psychologiques) à une vie riche et bien remplie? Par exemple, existe-t-il des obstacles juridiques, sociaux, médicaux, financiers ou professionnels? Existe-t-il des problèmes systémiques tels que le racisme, le sexism, les préjugés, la discrimination, la pauvreté? Le client vit-il dans un environnement hostile (prison, violence domestique, etc.)? La profession du client joue-t-elle un rôle (par exemple, exposition à des traumatismes dans les forces armées ou les services d'urgence)? Ces obstacles requièrent une action engagée guidée par des valeurs : résolution de problèmes, planification d'actions, accès aux ressources et acquisition de compétences.

REVIVISCENCE DU TRAUMA ET/OU ÉTAT D'ALERTE ANORMAL :

Comment le client revit-il les événements traumatisques (par exemple, flashbacks, cauchemars)?

Existe-t-il des symptômes d'hyperexcitation extrême (par exemple, hypervigilance, palpitations) ou d'hypoexcitation (par exemple, dissociation, engourdissement)?

ACTION IRRÉALISABLE :

Quelle action du patient empire sa vie, le retient, aggrave les problèmes, inhibe la croissance, empêche les solutions saines, nuit à la santé, nuit aux relations, etc.? Que verrions-nous et/ou entendrions-nous sur une vidéo?

Quelles personnes, quels lieux, quels événements, quelles activités, quelles situations, quels objectifs, quels problèmes et quels défis IMPORTANTS ou SIGNIFICATIFS le client évite-t-il ou fuit-il (par exemple en se retirant, en abandonnant, en remettant à plus tard, en abandonnant ou en s'éloignant)?

ÉVITEMENT EXPÉRIENTIEL :

Quelles expériences privées le client essaie-t-il d'éviter, de réduire ou de se débarrasser?

Il peut s'agir de pensées, d'images, de souvenirs, d'émotions, de sentiments, de sensations, de pulsions, d'envies, de symptômes de sevrage, etc.

FUSION : inclure des exemples de pensées spécifiques, ainsi que des processus cognitifs tels que l'inquiétude ou la rumination.

Passé et futur : ruminer, s'inquiéter, fantasmer, blâmer, prédire le pire, revivre de vieilles blessures, idéaliser le passé ou le futur, les flashbacks, les « si seulement... », le « pourquoi est-ce arrivé? », le catastrophisme, le ressentiment, les regrets, etc.

Autodescription: auto-jugements, idées auto-limitantes sur « qui je suis » ou « ce que je peux ou ne peux pas faire », auto-étiquettes.

Raisons : raisons données par le client pour expliquer pourquoi il ne peut pas, ne veut pas ou ne devrait pas changer, ou pourquoi sa vie ne peut pas être améliorée.

Règles: sur la façon dont moi-même, les autres et la vie devraient être. Recherchez des mots clés tels que : « devrait », « doit », « bien », « mal », « toujours », « jamais », « ne peut pas parce que », « ne peut pas jusqu'à ce que », « ne devrait pas à moins que », etc.

Jugements : la plupart du temps négatifs, mais parfois positifs. Ils peuvent concerner n'importe qui ou n'importe quoi (par exemple, soi-même, autrui, son travail, etc.).

Autres (y compris les récits, schémas et croyances fondamentales) :

PERTE DE CONTACT AVEC LE MOMENT PRÉSENT :

Dans quelle mesure les « 3 D » – distractibilité, désengagement, déconnexion des pensées et des sentiments – constituent-ils un problème? Quelles sont les activités sur lesquelles le client aimera se concentrer davantage ou dans lesquelles il aimera s'engager?

L'ÉLOIGNEMENT DES VALEURS :

Quels sont les domaines de la vie et les personnes qui intéressent le client? Par exemple, le travail, les études, la santé, l'éducation des enfants, le mariage ou d'autres relations intimes, les amis, la famille, la spiritualité, la communauté, l'environnement. Le client est-il en phase avec ses valeurs dans au moins certains de ces domaines? Si oui, quelles valeurs, dans quels domaines?

Quelles sont les valeurs que le client semble avoir perdues de vue ou dont il semble déconnecté? Quelles sont les valeurs qui semblent enfouies sous la fusion avec des règles rigides? Quelles sont les valeurs que le client semble éviter parce qu'elles sont trop douloureuses pour qu'il s'y connecte?

LES DÉFICITS DE COMPÉTENCES :

Quelles sont les compétences importantes qui font défaut au client ou qu'il n'applique pas efficacement? Par exemple, la résolution de problèmes, générer des objectifs, planifier des actions, l'auto-apaisement, l'affirmation de soi, la communication, la résolution de conflits, l'empathie, la gestion du temps.

RESSOURCES DU PATIENT :

Points forts et compétences : Quels sont les points forts, les compétences et les autres ressources personnelles du client?

Quelles sont les ressources externes auxquelles le client peut avoir accès?

Objectifs et activités conformes aux valeurs : Quels sont les objectifs et activités conformes aux valeurs que le client a déjà et ceux qu'il veut investir?

MES OBSTACLES PERSONNELS :

Quels sont les pensées et les sentiments difficiles que j'éprouve face à ce patient?
Comment puis-je appliquer l'ACT à moi-même pour y remédier? (Note: remplir cette section sur une feuille qui ne sera pas incluse dans les notes du client.)

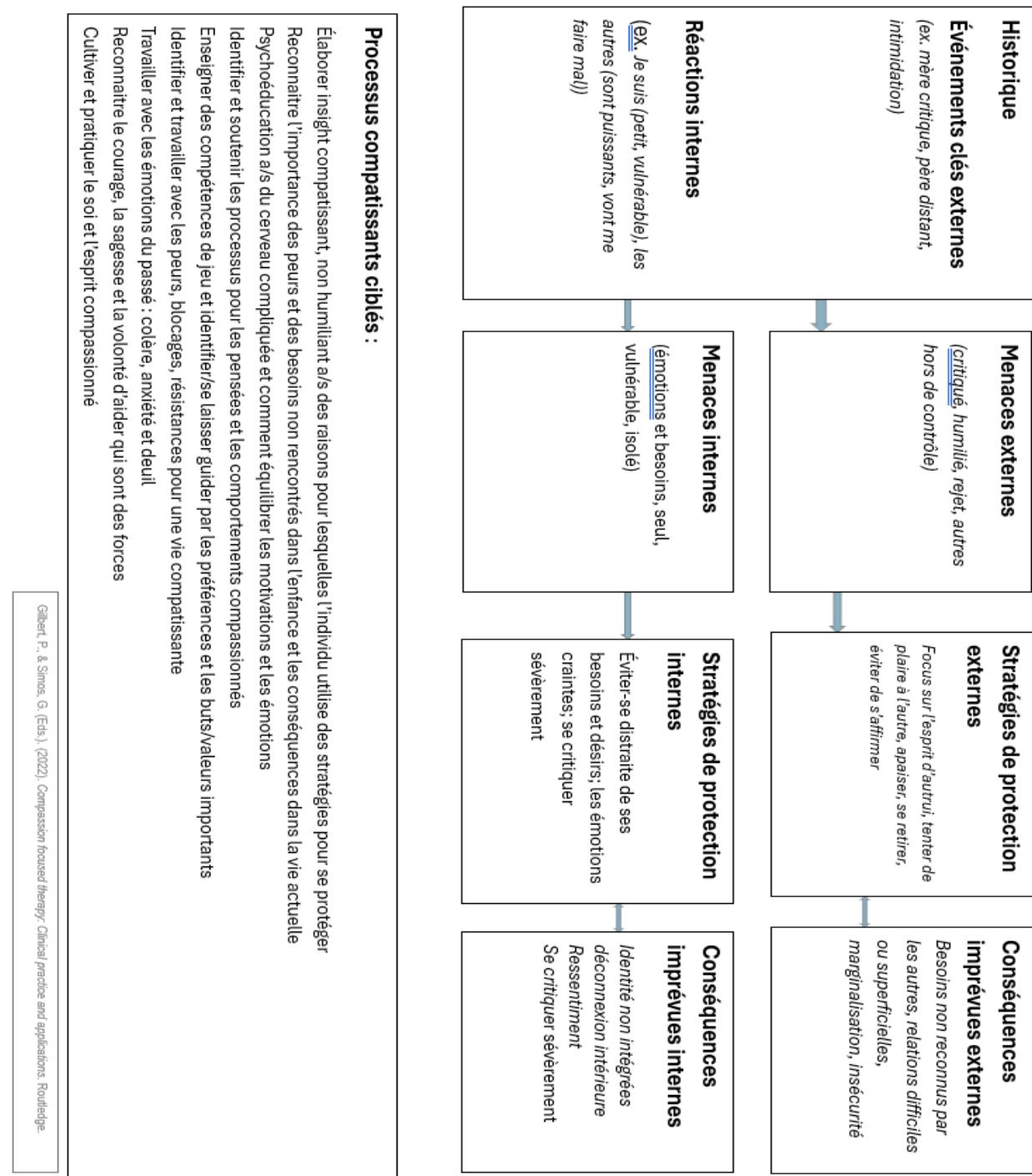
RÉFLEXION :

Quels sont les processus fondamentaux d'ACT qui peuvent aider? Quels sont les questions, exercices, feuilles de travail, métaphores, outils, techniques et stratégies qui pourraient être utiles? Quelles sont les compétences requises? La résolution de problèmes et la planification d'actions fondées sur des valeurs sont-elles nécessaires pour s'attaquer aux barrières physiques?

Traduit de Russ Harris

Conceptualisation (thérapie focalisée sur la conceptualisation)

7.2 Fiche de conceptualisation TFC



7.3 Fiche de conceptualisation TCD

Fiche de conceptualisation TCD

Objectif de la conceptualisation : comprendre les schémas qui émergent via les analyses en chaîne, faire le lien avec la théorie TCD pour générer des alternatives basées sur l'acceptation ou le changement afin de bâtir une vie qui vaut la peine d'être vécue.

Nom du patient :

Date du début du traitement :

Date de la conceptualisation du cas :

Informations contextuelles et raison de consultation :

- Informations démographiques (démographie, travail, conditions de vie, relations actuelles) :

- Évaluation biosociale : lien entre les prédispositions biologiques aux troubles mentaux (sensibilité, réactivité et retour lent à la ligne de base) et environnements invalidants

- Objectifs de vie qui vaut la peine d'être vécue (souhaits du patient pour sa vie, vers lesquels il cheminera en thérapie) :

Conceptualisation – Objectifs de traitement primaires :

- Stade de traitement actuel :
- Objectifs comportementaux/symptomatiques (du plus sévère au moins sévère) :
 - Comportements suicidaires, hétéroagressifs, menaçant la vie de façon immédiate, auto-dommageables
 - Comportements interférant avec la thérapie (retards, ne pas compléter les exercices)
 - Comportements nuisant à la qualité de vie (activités significatives, école, travail, logement, etc.)

Conceptualisation – Objectifs de traitement secondaires :

- Identifier les dilemmes dialectiques à cibler :
 - Passivité active/compétence apparente :
 - Réactivité émotionnelle/auto-validation :
 - Crise incessante/deuil inhibé :

Évaluation des compétences – Comportements à augmenter :

- Pleine conscience:
- Tolérance à la détresse :
- Efficacité interpersonnelle:
- Régulation émotionnelle :

Analyse en chaîne d'un ou deux comportements cibles :

- Identifiez le contexte, les facteurs de vulnérabilité, l'événement déclencheur et le comportement cible (veuillez également nommer le comportement cible dans le titre de la chaîne).
- Séparez la pensée, l'émotion, la physiologie, l'action, l'envie d'action et les événements. Un par ligne. Évaluez le niveau d'émotion.
- Incluez les antécédents et les conséquences du comportement cible, c'est-à-dire quelques liens après et avant le comportement.
- Veillez à ce que les solutions correspondent au lien et soient susceptibles d'être efficaces.
- Précisez ce que le client doit faire et comment le mettre en pratique au cours de la séance, plutôt que de se contenter de donner le nom d'une compétence.
- Il existe des solutions axées sur l'acceptation et d'autres sur le changement.

Basé sur : UNC School of Social Work – Jan 18 & 19, 2018 (Barrett & Sansing)

7.4 Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS)

Date :

Nom :

A. Hallucinations auditives

1. Fréquence

0. Les voix ne sont pas présentes ou sont présentes moins qu'une fois par semaine.
1. Les voix sont présentes au moins une fois par semaine.
2. Les voix sont présentes au moins une fois par jour.
3. Les voix sont présentes au moins une fois par heure.
4. Les voix sont présentes continuellement ou presque continuellement, ex s'arrêtent pour quelques secondes ou minutes.

2. Durée

0. Pas de voix.
1. Les voix durent quelques secondes, voix fugaces.
2. Les voix durent quelques minutes.
3. Les voix durent au moins une heure.
4. Les voix durent plusieurs heures de suite.

3. Provenance

0. Pas de voix.
1. Les voix semblent venir seulement de l'intérieur de la tête.
2. Les voix proviennent de l'extérieur de la tête, mais proches des oreilles ou de la tête. Des voix provenant de l'intérieur de la tête peuvent également être présentes.
3. Les voix proviennent de l'intérieur de la tête, de l'extérieur proche des oreilles et de l'extérieur loin des oreilles.
4. Les voix proviennent seulement de l'extérieur de la tête.

4. Volume

0. Pas de voix.
1. Moins fort que sa propre voix, murmures.
2. Même volume que sa propre voix.
3. Plus fort que sa propre voix.
4. Extrêmement fort, cris.

5. Croyance sur l'origine des voix

0. Pas de voix.
1. Croit que les voix sont uniquement produites par soi et liées à soi.
2. Convaincu à < 50% que les voix proviennent d'une source externe.
3. Convaincu à ≥ 50% que les voix proviennent d'une source externe.
4. Croit que les voix sont uniquement produites par une source externe (convaincu à 100%).

6. Quantité de contenu négatif

0. Pas de contenu déplaisant.
1. Contenu déplaisant occasionnel (<10%).
2. Une minorité du contenu des voix est déplaisant ou négatif (<50%).
3. Une majorité du contenu des voix est déplaisant ou négatif (≥ 50%).
4. Tout le contenu des voix est déplaisant ou négatif.

7. Degré de contenu négatif

0. Pas déplaisant ou pas négatif.
1. Voix en partie négatives, mais pas de commentaires personnels liés à soi ou aux autres membres de la famille, mots injurieux ou commentaires non dirigés sur soi, ex : « le facteur est laid ».
2. Injures personnelles, commentaires sur le comportement, ex : « ne devrait pas faire ou dire cela ».
3. Injures personnelles liées au concept de soi, ex : « Tu es paresseux, laid, fou, perverti ».
4. Menaces personnelles contre soi, ex : menaces de blessures pour soi ou pour sa famille, instructions extrêmes ou ordres de se blesser ou de blesser les autres.

8. Degré de détresse

0. Les voix ne sont pas pénibles du tout.
1. Les voix sont occasionnellement pénibles, à majorité non pénibles (<10%).
2. La minorité des voix sont pénibles (<50%).
3. La majorité des voix sont pénibles (≥ 50%).
4. Les voix sont toujours pénibles.

9. Intensité de la détresse

0. Les voix ne sont pas pénibles du tout.
1. Les voix sont légèrement pénibles.
2. Les voix sont modérément pénibles.
3. Les voix sont très pénibles, bien que le sujet puisse se sentir encore plus mal.
4. Les voix sont extrêmement pénibles, la détresse est la pire qu'il est possible d'avoir.

10. Impact des voix sur la vie

0. Pas d'impact sur la vie, capable de maintenir des relations sociales et familiales (si présentes).
1. Les voix ont un impact minimal sur la vie, ex : interfère avec la concentration bien que la personne maintienne son activité journalière, sociale et familiale et soit capable de maintenir une vie autonome sans soutien.
2. Les voix ont un impact modéré sur la vie. Elles perturbent les activités journalières, sociales et familiales. Le patient n'est pas à l'hôpital bien qu'il puisse vivre dans un logement protégé ou reçoive une aide supplémentaire pour les activités de la vie quotidienne.
3. Les voix ont un impact sévère sur la vie au point que l'hospitalisation est généralement nécessaire. Le patient peut maintenir certaines activités journalières, soins personnels et contacts sociaux au sein de l'hôpital. Le patient peut également être dans un logement protégé, mais présente des perturbations sévères de son fonctionnement en terme d'activités de la vie quotidienne et des contacts sociaux.
4. Les voix provoquent une perturbation complète de la vie quotidienne, nécessitant une hospitalisation. Le patient ne peut maintenir aucune activité de la vie quotidienne ni contacts sociaux. Les soins personnels sont sévèrement perturbés.

11. Contrôlabilité des voix

0. La personne croit qu'il peut avoir le contrôle sur les voix et peut les déclencher ou les chasser à volonté.
1. La personne croit qu'elle a un certain contrôle sur les voix la plupart du temps.
2. La personne croit qu'elle a un certain contrôle sur les voix approximativement la moitié du temps.
3. La personne croit qu'elle a un certain contrôle sur les voix seulement occasionnellement. La majorité du temps, la personne perçoit les voix comme incontrôlables.
4. La personne n'a pas de contrôle sur les voix quand elles sont présentes et ne peut pas les déclencher ni les chasser.

B. Délires

1. Somme de la préoccupation avec les idées délirantes

0. Pas de délire ou la personne y pense moins qu'une fois par semaine.
1. La personne pense au délire au moins une fois par semaine.
2. La personne pense au délire au moins une fois par jour.
3. La personne pense au délire au moins une fois par heure.
4. La personne pense au délire continuellement ou presque continuellement.

2. Durée des moments de préoccupation avec les idées délirantes

0. Pas de délire.
1. Les pensées au sujet des croyances durent quelques secondes, pensées fugaces.
2. Les pensées au sujet des idées délirantes durent quelques minutes.
3. Les pensées au sujet des idées délirantes durent au moins une heure.
4. Les pensées au sujet des idées délirantes durent plusieurs heures de suite.

3. Conviction

0. Pas de conviction du tout.
1. Très légère conviction dans la réalité des croyances, < 10%.
2. Certains doutes liés à la conviction dans les croyances, entre 10 et 49%.
3. La conviction dans la croyance est très forte entre 50 et 99%.
4. La conviction est de 100%.

4. Degré de détresse

0. Les croyances ne sont pas pénibles du tout.
1. Les croyances sont pénibles à une minorité d'occasions.
2. Les croyances sont pénibles à <50% des occasions.
3. Les croyances sont pénibles à la majorité des occasions quand elles surviennent entre 50-99% du temps.
4. Les croyances causent toujours de la détresse quand elles surviennent.

5. Intensité de la détresse

0. Les croyances ne sont pas pénibles du tout.
1. Les croyances sont légèrement pénibles.
2. Les croyances sont modérément pénibles.
3. Les croyances sont nettement pénibles.
4. Les croyances sont extrêmement pénibles, cela ne peut pas être pire.

6. Impact des idées délirantes sur la vie

0. Pas d'impact sur la vie, capable de maintenir des relations sociales et familiales (si présentes).
1. Les croyances ont un impact minimal sur la vie, ex : interfère avec la concentration bien que la personne maintienne son activité journalière, sociale et familiale et soit capable de maintenir une vie autonome sans soutien.
2. Les croyances ont un impact modéré sur la vie. Elles perturbent les activités journalières, sociales et familiales. Le patient n'est pas à l'hôpital bien qu'il puisse vivre dans un logement protégé ou reçoive une aide supplémentaire pour les activités de la vie quotidienne.

3. Les croyances ont un impact sévère sur la vie au point que l'hospitalisation soit généralement nécessaire. Le patient peut maintenir certaines activités journalières, soins personnels et contact sociaux au sein de l'hôpital. Le patient peut également être dans un logement protégé, mais présente des perturbations sévères de son fonctionnement en terme d'activités de la vie quotidienne et des contacts sociaux.
4. Les croyances provoquent une perturbation complète de la vie quotidienne, nécessitant une hospitalisation. Le patient ne peut maintenir aucune activité de la vie quotidienne ni contacts sociaux. Les soins personnels sont sévèrement perturbés.

Haddock G et al. (1999) *Psychological Medicine*, Traduction J. Favrod (2004)

7.5 Inventaire de Beck pour la dépression

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
 2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
 3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.
- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 1. | 0 () Je ne me sens pas triste.
1 () Je me sens morose ou triste.
2 () Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
2 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
3 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter. | 11. | 0 () Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
1 () Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire
2 () Je me sens irrité(e) tout le temps.
3 () Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement. |
| 2. | 0 () Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
1 () Je me sens découragé(e) à propos du futur.
2 () Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
2 () Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
3 () Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer | 12. | 0 () Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
1 () Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
2 () J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
3 () J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout. |
| 3. | 0 () Je ne sens pas que je suis un échec.
1 () Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
2 () Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
2 () Quand je pense à ma vie passée, je ne veux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
3 () Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme). | 13. | 0 () Je prends des décisions aussi bien que d'habitude.
1 () J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
2 () J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
3 () Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout. |
| 4. | 0 () Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
1 () Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps.
2 () Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
2 () Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
3 () Je suis mécontent(e) de tout. | 14. | 0 () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
1 () Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait.
2 () Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
3 () Je me sens laid(e) et répugnant(e). |
| 5. | 0 () Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1 () Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
1 () Je me sens plutôt coupable.
2 () Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
3 () Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne. | 15. | 0 () Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
1 () J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
2 () Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
3 () J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit.
Je ne peux faire aucun travail. |
| 6. | 0 () Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
1 () J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
2 () Je sens que je suis ou sera puni(e).
3 () Je sens que je mérite d'être puni(e) | 16. | 0 () Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
1 () Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude.
2 () Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
3 () Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures. |
| 7. | 0 () Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
1 () Je suis déçu(e) de moi-même.
1 () Je ne m'aime pas.
2 () Je suis dégoûté(e) de moi-même.
3 () Je me hais. | 17. | 0 () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 () Je me fatigue plus facilement qu'avant.
2 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
3 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. |
| 8. | 0 () Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
1 () Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
2 () Je me blâme pour mes fautes.
3 () Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal. | 18. | 0 () Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
1 () Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude.
2 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
3 () Je n'ai plus d'appétit du tout. |
| 9. | 0 () Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
1 () J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrai pas à exécution.
2 () Je sens que je serais mieux mort(e).
2 () Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
3 () J'ai des plans définis pour un acte suicidaire.
3 () Je me tuerai si je le pouvais. | 20. | 0 () Je ne suis pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement).
1 () J'ai perdu plus de 5 livres.
2 () J'ai perdu plus de 10 livres.
3 () J'ai perdu plus de 15 livres. |
| 10. | 0 () Je ne pleure pas plus que d'habitude.
1 () Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
2 () Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter.
3 () Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux. | 21. | 0 () Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
1 () Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
2 () Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
3 () Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens. |
| | | | 1 () Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
2 () Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
3 () Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe. |

7.6 Inventaire de Beck pour l'anxiété

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougissement du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

Comment interpréter les résultats des inventaires de Beck pour la dépression et l'anxiété

0 à 9 : normal

10 à 19 : dépression ou anxiété légères

20 à 25 : dépression ou anxiété modérées

26 à 29 : dépression ou anxiété modérées à sévères

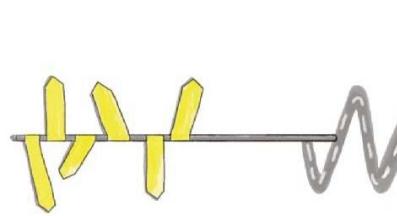
30 à 40 : dépression ou anxiété sévères

41 ou plus : dépression ou anxiété très sévères

7.7 Fiches de travail ACT

Fiche de travail B1

Mes valeurs



Activités enrichissantes
(travail, éducation, développer des compétences)

Relations
(amis, partenaires, famille, collègues)

Loisirs et plaisir
(jouer, relaxer, avoir du plaisir)

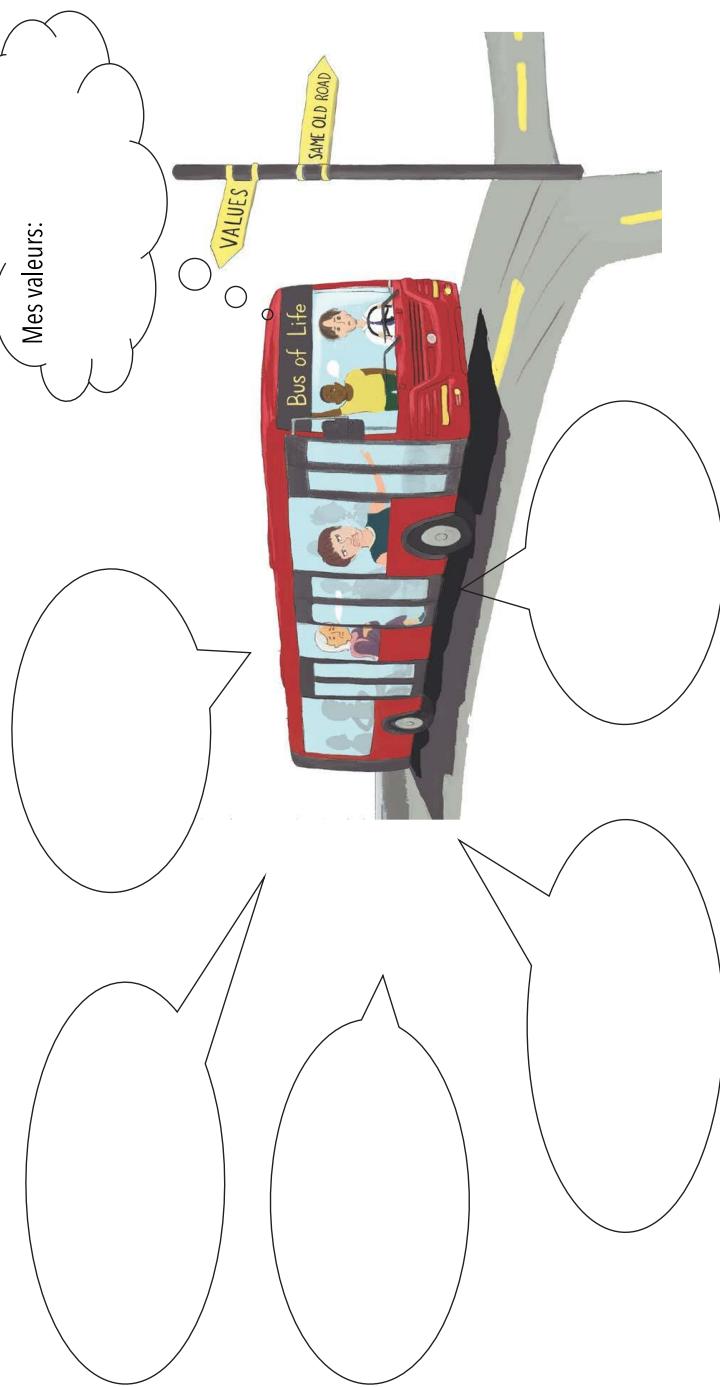
Croissance personnelle et santé
(religion, spiritualité, croissance, santé)

Autres?
(autres choses qui sont importantes pour moi)

Traduit de Act for Psychosis Recovery

Fiche de travail B2

Les passagers dans le bus

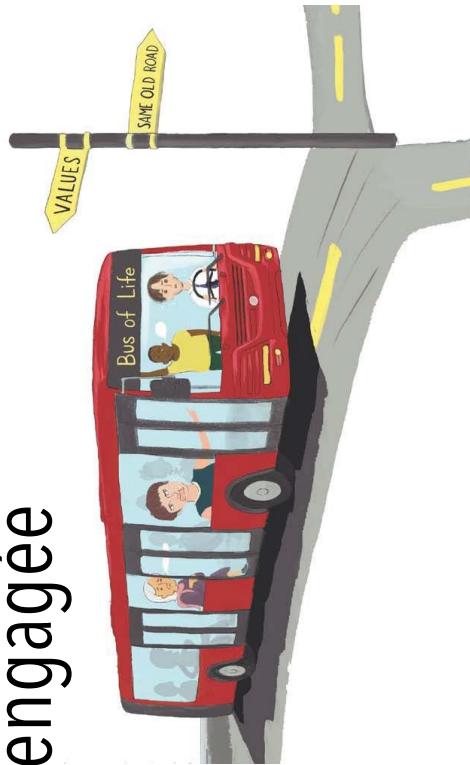


Traduit de Act for Psychosis Recovery

Action engagée

Fiche de travail B3

Mes actions SMART pour la prochaine semaine
(spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini)



Valeurs liées à mes actions

Les passagers qui pourraient venir à l'avant de mon bus

--	--	--

Traduit de Act for Psychosis Recovery

Fiche de travail B4

Développement des compétences « conscient »: la pratique de la pleine conscience



La pratique de la pleine conscience permet de développer plusieurs compétences :

- La capacité de se concentrer et de s'engager dans ce que l'on fait
- La capacité de laisser les pensées aller et venir sans se laisser entraîner par elles
- La capacité de se recentrer quand on réalise qu'on est distrait
- La capacité de laisser ses émotions être telles qu'elles sont sans essayer de les contrôler

L'exercice d'observation que j'ai l'intention de pratiquer cette semaine:

Il peut être utile de prendre en note ce qu'on a observé durant les pratiques de pleine conscience, ainsi que les bénéfices ressentis qui aident à continuer d'avancer dans la direction de nos valeurs

Ce que j'ai observé (pensées, émotions, sensations, etc.):

Bénéfices:

Permis de conduire – Objectifs et valeurs

Fiche de travail B5.1



Mes objectifs pour créer une vie riche:

Mes actions pour avancer vers mes objectifs de vie:

Les valeurs liées à mes actions et mes objectifs de vie:

Permis de conduire – Passagers

Fiche de travail B5.2



Traduit de Act for Psychosis Recovery

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, American Psychiatric Publishing.

Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 77–87.

Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129–1139.

Behavioral Tech Institute (2024). *Randomized Control Trials of Dialectical Behavior Therapy since 2013*. <https://behavioraltech.org/wp-content/uploads/2024/05/RCTs-of-DBT-Since-2013.pdf>

Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(3), 316–329.

Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E., & Miles, J. N. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychological medicine*, 34(8), 1571–1580.

Birchwood, M., & Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 188, 107–108.

Blackledge, J. T., Ciarrochi, J., & Deane, F. P. (2009). *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research and practice*. Bowen Hills: Australian Academic Press.

- Bonfils, K. A., & Lysaker, P. H. (2020). Levels of distress tolerance in schizophrenia appear equivalent to those found in borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 76(9), 1668–1676.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013a). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *The British journal of clinical psychology*, 52(2), 199–214.
- Braehler, C., Harper, J., & Gilbert, P. (2013b). Compassion focused group therapy for recovery after psychosis. In C. Steel (Ed.), *CBT for schizophrenia: Evidence-based interventions and future directions* (pp. 235–266). Wiley Blackwell.
- Brown, E., Shrestha, M., & Gray, R. (2021). The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Revista brasileira de psiquiatria*, 43(3), 324–336.
- Butler, L., Johns, L., Byrne, M., Joseph, C., O'Donoghue, E., Jolley, S., Morris, E.M., & Oliver, J.E. (2016). Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. *Journal of contextual behavioral science*, 5, 33-38.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. et Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance : The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204-223.
- Chadwick, P., Taylor, K.N., & Abba, N. (2005). Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351 - 359.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 333–334.

Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. Gaétan Morin Éditeur.

Commission de la santé mentale du Canada, (2020). *Mettre le rétablissement en pratique. Une introduction au Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Mettre-le-retablissement-en-pratique-Une-introduction-au-Guide-de-reference-pour-des-pratiques-axeess-sur-le-retablissement.pdf>

Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., & Dobos, G. (2016). Mindfulness- and Acceptance-based Interventions for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Global advances in health and medicine*, 5(1), 30–43.

Delaquis, C. P., Joyce, K. M., Zalewski, M., Katz, L. Y., Sulymka, J., Agostinho, T., & Roos, L. E. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 300, 305–313.

Depue, R. A. & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behav Brain Sci*, 28(3), 313–350; discussion 350–395.

Division 12: Society of Clinical Psychology. *Psychological Treatments*.
<https://div12.org/psychological-treatments/>

Frese, F. J., 3rd, Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: with views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 370–380.

Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 415–437.

- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K., & Miles, J. N. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological medicine*, 31(6), 1117–1127.
- 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 & Psychotherapy*, 13(6), 353–379.
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208.
- Gilbert, P. (2009b). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gilbert P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British journal of clinical psychology*, 53(1), 6–41.
- Goodliffe, L., Hayward, M., Brown, D., Turton, W., & Dannahy, L. (2010). Group person-based cognitive therapy for distressing voices: Views from the hearers. *Psychotherapy Research*, 20(4), 447–461.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 41-54.
- Green, M. J., & Phillips, M. L. (2004). Social threat perception and the evolution of paranoia. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28(3), 333–342.

Greenwood, K. E., Sweeney, A., Williams, S., Garety, P., Kuipers, E., Scott, J., & Peters, E. (2010). CHOice of Outcome In Cbt for psychosEs (CHOICE): the development of a new service user-led outcome measure of CBT for psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 36(1), 126–135.

Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(6), 332–338.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.

Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.

Guajana, G., Abbatecola, M., Aali, G., Tarantino, F., Ebuenyi, I. D., Lucarini, V., Li, W., Zhang, C., & Pinto, A. (2022). Cognitive behavioural therapy (group) for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD009608.

Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A., & Gilbert, P. (2010). A compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 186–201.

Gumley, A., White, R., Briggs, A., Ford, I., Barry, S., Stewart, C., Beedie, S., McTaggart, J., Clarke, C., MacLeod, R., Lidstone, E., Riveros, B. S., Young, R., & McLeod, H. (2017). A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophrenia research*, 183, 143–150.

Harrington, L., Siegert, R., & McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10(4), 249–286.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25.

Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.

Hayes, S.C., & Hofmann, S.G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E., Goetter, E., England, E., Massey, J., Brandsma, L. L., Blacker, K., Timko, C. A., Geboy, A. (2010, November). Awareness, acceptance, defusion, and psychopathology: Implications of recent data on the deconstruction of mindfulness. In K. Herzberg (Chair), *Assessment and evaluation of fusion and defusion as a universal process in psychopathology and behavior change*.

Heriot-Maitland, C., Lawlor, C. & Keen, N. (2015). *A 6-session compassion group for outpatients with psychosis. Relating to Voices*. <https://relatingtovoices.com/wp-content/uploads/2021/12/6-session-Compassion-Group-PICuP.pdf>

Heriot-Maitland, C., Peters, E., Wykes, T., Gumley, A., Gilbert, P., Longden, E. & Irons, C. (2018). *Compassion Focused Therapy for Psychosis – Manual*. Compassion for Voices. <http://compassionforvoices.com/wp-content/uploads/2019/11/CFTpManual.pdf>

Heriot-Maitland C., Russell G. (2018). Compassion-focused therapy for relating to voices. Dans Cupitt, C. (ed.) *CBT for Psychosis: Process-Orientated Therapies and the Third Wave* (p. 98-114). Routledge: London.

Heriot-Maitland, C. & Longden, E. (2022). *Relating to Voices using Compassion Focused Therapy: A Self-help Companion*. London: Routledge

- Heriot-Maitland, C., Gumley, A., Wykes, T., Longden, E., Irons, C., Gilbert, P., & Peters, E. (2023). A case series study of compassion-focused therapy for distressing experiences in psychosis. *The British journal of clinical psychology*, 62(4), 762–781.
- Heriot-Maitland C. (2024). Position paper - CFT for psychosis. *Psychology and psychotherapy*, 97(1), 59–73.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169–18.
- Ince, P., Haddock, G., & Tai, S. (2016). A systematic review of the implementation of recommended psychological interventions for schizophrenia: Rates, barriers, and improvement strategies. *Psychology and psychotherapy*, 89(3), 324–350.
- Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 215, 25–37.
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 204(1), 20–29.
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., Joseph, C., Butler, L., Craig, T., & Morris, E. M. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 257–263.
- Khoury, B., & Lecomte, T. (2012). Emotion regulation and schizophrenia. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 67–76.

- Kim, J. J., Parker, S. L., Doty, J. R., Cunnington, R., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2020). Neurophysiological and behavioural markers of compassion. *Scientific reports*, 10(1), 6789.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry research*, 200(2-3), 193–201.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford Press.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., & Doyle, P. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 511–526.
- Langer, Á. I., Cangas, A. J., Salcedo, E., & Fuentes, B. (2012). Applying Mindfulness Therapy in a Group of Psychotic Individuals: A Controlled Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 105–109.
- Lawlor, C., Hepworth, C., Smallwood, J., Carter, B., & Jolley, S. (2020). Self-reported emotion regulation difficulties in people with psychosis compared with non-clinical controls: A systematic literature review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(2), 107–135.
- Lawlor, C., Vitoratou, S., Duffy, J., Cooper, B., De Souza, T., Le Boutillier, C., Carter, B., Hepworth, C., & Jolley, S. (2022). Managing emotions in psychosis: Evaluation of a brief DBT-informed skills group for individuals with psychosis in routine community services. *The British journal of clinical psychology*, 61(3), 735–756.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., Keefe, R. S., Davis, S. M., Davis, C. E., Lebowitz, B. D., Severe, J., Hsiao, J. K., & Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England journal of medicine*, 353(12), 1209–1223.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475–482.

Linehan, M.M. (2017). *Manuel d'entraînement aux compétences TCD* (traduit par Paco Prada, Rosetta Nicastro, Nader Perroud; 2^e éd.). Genève : Médecine & Hygiène.

Linscott, R. J., & van Os, J. (2010). Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annual review of clinical psychology*, 6, 391–419.

Liotti, G., & Gumley, A. (2008). An attachment perspective on schizophrenia: The role of disorganized attachment, dissociation and mentalization. Dans A. Moskowitz, I. Schäfer, et M. J. Dorahy (éds.), *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (p. 117–133). Wiley Blackwell.

Liu, J., Chua, J. J., Chong, S. A., Subramaniam, M., & Mahendran, R. (2020). The impact of emotion dysregulation on positive and negative symptoms in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Journal of clinical psychology*, 76(4), 612–624.

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849–1856.

Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?. *Clinical psychology review*, 27(2), 173–187.

- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 192, 57–63.
- Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological medicine*, 40(1), 9–24.
- Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clinical psychology & psychotherapy*, 15(2), 113–138.
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168–192.
- Morris, E. M. J., Garety, P., & Peters, E. (2014). Psychological flexibility and non-judgemental acceptance in voice-hearers: Relationships with omnipotence and distress. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 1150–1156.
- Morris, E.M., Johns, L.C., & Gaudiano, B.A. (2023). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and psychotherapy*, 97(1), 41–58.
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257–276.
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L. M., & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9926), 1395–1403.

Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., & Anderson, E. (2017). Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(9), 617–623.

O'Donoghue, E. K., Morris, E. M. J., Oliver, J. E., & Johns, L. C. (2018). *ACT for psychosis recovery: A practical manual for group-based interventions using acceptance and commitment therapy*. Context Press/New Harbinger Publications.

Oliver, J., Morris, E., Johns, L., Byrne M. (2011). *ACT for Life. Group Intervention for Psychosis Manual*. <http://drericmorris.com/wp-content/uploads/2014/10/ACT-for-Life-Groups-Manual-2012.pdf>.

Oliver, J. E., O'Connor, J. A., Jose, P. E., McLachlan, K., & Peters, E. R. (2012). The impact of negative schemas, mood and psychological flexibility on delusional ideation: Mediating and moderating effects. *Psychosis*, 4, 6–18.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.

Paquette Houde, C., Abdel Baki, A., Lecomte, T., Lussier-Valade, M. et Ngô, T. L. (2018). *Guide de pratique pour le traitement cognitif-comportemental des troubles psychotiques*. Jean-Goulet – tccmontreal Éditeur.

Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., Uher, R., & CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 524–539.

Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2023). The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication.

Polk, K., Schoendorff, B., Webster, M. et Olaz, F. (2016). *Le Guide de la matrice ACT* (traduit par De Boeck Supérieur). De Boeck Supérieur.

Robinson, D. G., Woerner, M. G., McMeniman, M., Mendelowitz, A., & Bilder, R. M. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *The American journal of psychiatry*, 161(3), 473–479.

Romme, M. & Escher, S. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209–16.

Ryan, A., Crehan, E., Khondoker, M., Fell, M., Curtin, R., & Johns, L. C. (2021). An emotional regulation approach to psychosis recovery: The Living Through Psychosis group programme. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 72, 101651.

Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., Larner, C., Thomas, N., Castle, D., Mullen, P., & Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour research and therapy*, 50(2), 110–121.

Silva, D., Maguire, T., McSherry, P., & Newman-Taylor, K. (2021). Targeting affect leads to reduced paranoia in people with psychosis: a single case series. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 49(3), 302–313.

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012955.

The Schizophrenia Commission (2012) *The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness.

Tonarelli, S., Pasillas, R.M., Alvarado, L.A., Dwivedi, A.K., & Cancellare, A. (2016). Acceptance and Commitment Therapy Compared to Treatment as Usual in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of psychiatry*, 19, 1-5.

- Wallace, G. T., & Docherty, A. R. (2020). Emotion dysregulation and psychosis spectrum disorders. Dans T. P. Beauchaine et S. E. Crowell (eds.), *Oxford handbook of emotion dysregulation* (p. 235-246). Oxford, UK: Oxford University Press.
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., & Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour research and therapy*, 49(12), 901–907.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 523–537.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4e éd.). New York: Basic Books.