Université de Lille

Laboratoire SCALab ; Sciences Cognitives et Sciences Affectives

École Doctorale de Lille : Sciences de L'Homme et de la Société

Collège Doctoral Lille Nord de France

Activation de la compassion et de la joie sociale : Analyse des processus émotionnels et attentionnels

Par Isabelle Leboeuf L'Anthoën

Sous la Direction du Pr. Pascal Antoine

Thèse de Doctorat de Psychologie

Présentée et soutenue publiquement le 21 janvier 2021

Composition du Jury :

- Pr. Pascal Antoine, Université de Lille, France
- Pr. Lucia Romo, Université Paris Nanterre, France; Présidente du jury
- Pr. Rébecca Shankland, Université de Lyon, France
- Pr. Alexandre Heeren, Université Catholique de Louvain, Belgique

Table des matières

Table des matières 3

Liste des tableaux 10

Liste des Figures 11

Remerciements 13

Résumé : Activer la compassion et la joie sociale dans la thérapie 17

Abstract: Activating compassion and social joy in therapy 18

1. Introduction 19

1.1. Définir la souffrance 21

1.1.1. Introduction 21

1.1.2. Différencier la douleur de la souffrance 21

1.1.3. Abord clinique de la souffrance 23

1.1.4. Mesurer la souffrance 23

1.1.5. Conclusions 24

Synthèse : 24

1.2. La compassion, entrer en relation avec la souffrance 25

1.2.1. Définition 25

1.2.2. L'auto-compassion 26

1.2.3. Les principales interventions basées sur la compassion 26

Synthèse : 27

1.3. La thérapie fondée sur la compassion 29

1.3.1. Présentation 29

1.3.2. Les trois systèmes de régulation des affects (modèle des trois cercles) 30

1.3.3. Le système d'apaisement et de connexion 30

1.3.4. Le système de menace/protection 31

1.3.5. Le système d'accomplissement 31

1.3.6. Les chevauchements 32

1.3.7. Les boucles de renforcement 32

1.3.8. La différence entre l'approche cognitive classique et la thérapie fondée sur la compassion 32

Synthèse : 33

1.4. L'autocritique 35

1.4.1. Introduction 35

1.4.2. Les schémas de Beck 35

1.4.3. L'autocritique selon Shahar 36

1.4.4. Une approche évolutionniste et cognitive de l'autocritique 37

1.4.5. Liens entre auto-compassion et autocritique 38

1.4.6. Effet de la thérapie fondée sur la compassion sur l'autocritique 39

1.4.7. Conclusion 39

Synthèse : 40

1.5. Imagerie Focalisée sur la Compassion 41

1.5.1. Définition 41

1.5.2. Effets positifs de l'imagerie focalisée compassion 42

1.5.3. Imagerie Focalisée sur la Compassion et autocritique 43

1.5.4. Modification du protocole d'Imagerie Focalisée sur la Compassion 43

1.5.5. La joie sociale 44
1.5.6. La joie facilite la compassion 45
1.5.7. Liens entre circuits motivationnels et émotions positives 45
Synthèse : 46
1.6. Le rôle de la relation dans la compassion 47
1.6.2. Apport de la théorie de l'attachement 47
1.6.3. Apport de la théorie du niveau de base social 49
1.6.4. Apport du modèle d'ouverture et de construction 53
1.6.5. Apport de la thérapie des schémas émotionnels 54
1.6.6. La Compassion Focused Acceptance and Commitment Therapy (CFACT) 57
1.6.7. Apport de la thérapie de régulation émotionnelle 61
1.6.8. Apport d'une perspective yogique et des modèles thérapeutiques incarnés 62
1.6.9. Conclusion 62
Synthèse : 63
1.7. Compassion et processus attentionnels 65
1.7.1. Connexion et traitement des visages 65
1.7.2. Les biais d'attention 66
1.7.3. Biais d'attention et autocritique 67
1.7.4. Emotions positives et attention 67
1.7.5. Conclusion 70
Synthèse : 71
1.8. Problématique 73
1.8.1. Résumé 73

1.8.2. Validation du questionnaire Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS) 74
1.8.3. Hypothèses émotionnelles 74
1.8.4. Hypothèses attentionnelles 75
1.8.5. Programme d'entrainement à la compassion 75
1.8.6. Conclusion 76
Article 1. Validation du questionnaire: French versions of the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS) 77
2.1. Introduction 77
2.2. Méthodologie 79
2.2.1. Procédure 79
2.2.2. Participants 80
2.2.3. Mesures 80
2.2.4. Analyses statistiques. 81
2.3. Résultats 82
2.3.1. Structure interne 82
2.3.2. Consistance interne 84
2.3.3. Validité convergente 85
2.4. Discussion et conclusion 85
Article 2. Activation de la compassion et de la joie sociale et analyse du processus émotionnel et attentionnel 87
3.1. Introduction 87
3.2. Méthode 92
3.2.1. Participants. 92

3.2.2. Mesures. 92
3.3. Résultats 96
3.3.1. Analyse de données 96
3.3.2. Résultat de la dot probe task (tâche de détection de sonde) 96
3.3.3. Effet du type d'imagerie et de l'interaction avec l'autocritique 97
3.3.4. Effet du type de visage émotionnel et interaction avec l'autocritique 100
3.3.5. Contrôle de l'analyse de la dépression et de l'anxiété sociale 101
3.3.6. Effet du type d'imagerie sur les émotions 102
3.3.7. Contrôle d'analyse de l'autocritique, de l'auto-compassion, de la dépression et de l'anxiété sociale 103
3.4. Discussion et conclusion 103
Article 3. Validation d'un programme d'entrainement à la compassion 109
4.1. Introduction 109
4.2. Méthodologie 112
4.2.1. Participants 112
4.2.2. Procédure 114
4.2.3. Échelles 115
4.2.4. Analyse de données 118
4.3. Résultats 118
4.3.1. Hypothèse 1: Effet de l'intervention 118
4.3.2. Hypothèse 2 : Maintien de l'effet après un mois 123
4.4. Discussion et conclusion 124
Conclusion 128

5.1. Rappel du contexte clinique et des enjeux de recherche 128
5.2. Rappel des axes de recherche 129
5.3. Synthèse des résultats 132
5.4. Implications pour la recherche et la pratique clinique 134
5.4.1. L'analyse fonctionnelle intégrant la notion de relation 136
5.5. Réflexion sociétale 138
5.6. Amour et compassion ; deux motivations en lien 140
5.7. Proposition de recherches futures 142
5.8. Conclusion générale 146
Références 148
Annexes 189
1. FSCRS 189
Cotations 190
Description 191
Références 191
2. Texte des guidances audio du programme d'entrainement à la compassion 192
Guidance : L'imagerie du sourire 192
Guidance : Le lieu de sérénité 195
Guidance: L'être idéal de compassion 199
Guidance: L'auto-compassion 203
3. Programme d'activation de la compassion tel que présenté aux participants 208
La création du programme 213
Semaine 1 : Comprendre les émotions et la compassion 214

Semaine 2 : Explorer la compassion 232

Semaine 3 : Construire la compassion 244

Semaine 4 : L’auto-compassion 256

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : SYNTHESE DES CONSEQUENCES NEGATIVES 61

TABLEAU 2 : SYNTHESE DES CONSEQUENCES POSITIVES 61

TABLEAU 3 : RESUME DES RESULTATS DU CFA POUR LES DIFFERENTS MODELES DU FSCRS ET INDICES D'AJUSTEMENT 83

TABLEAU 4 : COHERENCE INTERNE, MOYENNES, ECART-TYPES ET INTER-CORRELATIONS DE SPEARMAN DES SOUS-ECHELLES DU FSCRS 84

TABLEAU 5 : CORRELATIONS DE SPEARMAN POUR LES SOUS-ECHELLES DU FSCRS FRANÇAIS ET AUTRES ECHELLES CONNEXES 85

TABLEAU 6: CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS 94

TABLEAU 7: RESUME DES EFFETS D'INTERACTION 98

TABLEAU 8 : MOYENNES DES SCORES DE BIAIS D'ATTENTION, ECART-TYPES ET ANOVA DE L'EFFET DE LA VARIABLE D'AUTOCRITIQUE (SOUS-ECHELLE DE L'AUTOCRITIQUE DU SOI INADEQUAT DU FSCRS) DDL = 31. 100

TABLEAU 9 : MOYENNES DES SCORES DE BIAIS D'ATTENTION A 1200 MS ET ECART-TYPES POUR LES VISAGES CRITIQUES ET DE COMPASSION, POUR LES GROUPES D'AUTOCRITIQUE FAIBLE ET ELEVEE (SCORE DE LA SOUS-ECHELLE D'AUTOCRITIQUE DU SOI INADEQUAT DU FSCRS) ... 101

TABLEAU 10 : CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS 114

TABLEAU 11: SCORES MOYENS, ECARTS-TYPES ET STATISTIQUES POUR LES DEUX GROUPES EN PRE ET POST-INTERVENTION, POUR LES VARIABLES DE COMPASSION 119

TABLEAU 12 : SCORES MOYENS, ECARTS-TYPES ET STATISTIQUES POUR LES DEUX GROUPES EN PRE ET POST-INTERVENTION POUR LES VARIABLES DE PSYCHOPATHOLOGIE 121

TABLEAU 13 : SCORES MOYENS, ECARTS-TYPES ET STATISTIQUES POUR LES DEUX GROUPES EN PRE ET POST-INTERVENTION POUR LES VARIABLES D'AUTOCRITIQUE 122

TABLEAU 14 : SCORES MOYENS, ECARTS-TYPES ET STATISTIQUES POUR LES DEUX GROUPES EN PRE ET POST-INTERVENTION POUR LES VARIABLES DE REGULATION EMOTIONNELLE 123

Liste des Figures

FIGURE 1 : SUTRA DES TROIS FLECHES, GILBERT ET CHODEN (2013) 22

FIGURE 2: SCHEMATISATION DU MODELE DES TROIS CERCLES, INSPIRE DE GILBERT (2009) 30

FIGURE 3: UN MODELE DE LA FLEXIBILITE DE LA COMPASSION ILLUSTRANT CERTAINES DES RELATIONS ENTRE LES PROCESSUS DE TFC ET LE MODELE HEXAFLEX DE FLEXIBILITE PSYCHOLOGIQUE DE L'ACT. 59

FIGURE 4 : SCHEMATISATION DE L'EQUILIBRE ENTRE L'ATTENTION TOURNEE VERS L'INTERIEUR OU VERS L'EXTERIEUR SELON L'HUMEUR (POSITIVE, NEUTRE ET NEGATIVE) ET SELON LE NIVEAU DE CONTROLE COGNITIF (EXTRAIT DE VANLESSEN ET AL. 2016) 70

FIGURE 5 : STRUCTURE FACTORIELLE DU FSCRS POUR LE MODELE A 3 FACTEURS DEPENDANTS 83

FIGURE 6: ORGANIGRAMME DE LA PROCEDURE 94

FIGURE 7 : DIFFERENCES EN MILLISECONDES DANS LES MOYENNES DES SBA AVANT ET APRES L'IMAGERIE (PRE - POST) LORSQUE DES VISAGES CRITIQUES ONT ETE PRESENTES PENDANT 1200 MS ENTRE LES GROUPES D'AUTOCRITIQUE FAIBLE ET ELEVE (LES SCORES POSITIFS INDIQUENT QUE L'IMAGERIE A INDUIT UNE ATTENTION VERS LES VISAGES ; LES SCORES NEGATIFS INDIQUENT QUE L'IMAGERIE A DETOURNE L'ATTENTION). 99

FIGURE 8 : INTERACTION ENTRE LE TYPE D'IMAGERIE (COMPASSION VS NEUTRE) ET LE TYPE D'EMOTIONS MESUREES PAR LE POSITIVE AND NEGATIVE AFFECTS SCALE (EMOTIONS – VS EMOTIONS +) 102

FIGURE 9 : ORGANIGRAMME DE LA PROCEDURE. 113

FIGURE 10 : BASE DE L'ANALYSE FONCTIONNELLE CLASSIQUE 136

FIGURE 11 : L'ANALYSE FONCTIONNELLE INTEGRANT LA RELATION A SOI ET AUX AUTRES 137

FIGURE 12 : EFFET DE L'ACTIVATION DE LA JOIE SOCIALE RESUME DANS UNE ANALYSE FONCTIONNELLE INCLUANT LA RELATION 137

FIGURE 13 : CONTRASTE ENTRE LES EFFETS DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONNEXION SOCIALE, SUR LE PLAN PSYCHIQUE. EFFET DE L'ABSENCE D'ATTENTION OU DE L'ATTENTION PARTAGEE SUR L'ENSEMBLE DES PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES 139

FIGURE 14 : MODELE DE PSYCHOEDUCATION DES TROIS CERCLES, APPLIQUE A L'AMOUR 141

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier mes Directeurs de Thèse. Je remercie le Pr Pascal Antoine pour l'intérêt qu'il a porté au sujet de cette thèse, pour sa compassion, sa bienveillance, son expertise professionnelle, sa rigueur ; pour les compétences ainsi que pour toutes les ressources qu'il a mises au profit de la réalisation de ce travail. Merci également de m'avoir soutenue dans sa réalisation. Pascal a été un mentor et une source d'inspiration depuis le début de mon Master en 2003 et j'espère qu'il le restera bien après la fin de ce travail. Je remercie le Pr. Stéphane Rusinek pour la liberté académique, la confiance et l'esprit scientifique avec lesquels il a accompagné les trois premières années du projet.

Je tiens également à présenter mes remerciements aux membres du jury qui ont accepté d'évaluer et de discuter de ce travail de recherche.

Mes remerciements vont également aux membres de la commission de suivi de thèse, le Dr. Emin Altintas, le Pr. Jean-Louis Nandrino et Dr. Delphine Grynberg.

Merci à Eva Andreotti, dans le cadre de son poste d'ingénieur d'étude et au-delà. Merci d'avoir nourrit ce travail de psychologie positive tant à un niveau conceptuel qu'à un niveau relationnel. Merci pour le soutien méthodologique, statistique et les améliorations nombreuses apportées aux articles. Notre collaboration est le début d'une longue amitié, je l'espère.

Merci à Emmanuelle Fournier pour la bienveillance et le professionnalisme de son accueil et de son accompagnement ainsi qu'au laboratoire SCALab dont les valeurs de coopération, d'humanisme et d'exigence se reflètent à la fois dans le travail accompli et dans les relations humaines.

Merci aux étudiantes de Licence et de Master qui ont collaborée aux différentes recherches, Julianna Mahanga, Adeline Cayet, Anne Falhaut, Alice Vatin, Sarah Kaczor, Kenza Saidi, Gaelle Gadomski, Pauline Bantegnies, Manon Thavez, Pauline Vanpraet, Anna-Maria Giardinelli, Camille Bar, Mélanie Broutard, Louise Ramadas et Dolores Lemaire.

Merci au Pr. Vincent Dodin et au Dr. Vincent Leleu pour le temps et l'attention offerts.

Merci à Paul Gilbert, pour tout ce qu'il m'a apporté, en particulier pour sa formation, sa supervision, sa patience et sa compassion. Merci à Chris Irons pour sa supervision académique et clinique, pour son écoute, ses conseils et son précieux soutien. Merci aussi pour sa confiance et l'expérience d'une relation chaleureuse et « secure » qui j'espère se poursuivra longtemps. Merci également à Elaine Beaumont. Merci à Kirsten McEwan pour notre collaboration et pour son soutien technique, théorique et d'écriture, son travail de thèse a été une source importante d'inspiration et de guidance. Merci à Dennis Tirch d'avoir été un mentor et pour notre collaboration qui je l'espère dépassera le travail de cette thèse, merci également à son épouse Laura Silberstein Tirch pour sa formation et la compassion qu'elle inspire. Merci à Stan Steindl, James Kirby et Hayley Danielle Quinn pour leur rayonnement Australien de compassion qui a été une inspiration et pour leur soutien. Merci à Russell Kolts, à Deirdre Fey, à Hannah Gilbert, à Joseph Ledoux, à Chris Fraser, à Heather Fraser Doyle, à Ari Cowan, à Wendy Wood, à Chia-Ying Chou, à Shane O'Neil Hart, à Kisane Prutton, à Pascal Delamillieur, à Francis Gheysen, à Patrick Berthiaume, à Marine Paucsik, à Léanne Rondeau, à Tom Holmes, à Gregory Samuelson, à Michaela Thomas, à Deborah Lee, à Mary Welford, à Jane Razavet, à Rose Horton-Smith, à Shelley Kerr, à Gonzalo Brito, à Philippe Goulet, à Brad Hunter, à Viviana Valdez, à Will Delvin, à Chris Winson et à toute la communauté de praticiens de la thérapie fondée sur la compassion pour le soutien, l'inspiration et la chaleur relationnelle qui m'ont été offerts.

Merci à mes parents, sans leur soutien cette thèse n'aurait pas pu être réalisée. Merci en particulier à mon père et ma sœur Aline pour le combat qu'ils ont mené contre le cancer. Leur combativité a été un exemple.

Merci à ma grand-mère pour son attention bienveillante et son intérêt sincère. On sait qu'un projet tient la route quand il est compris et validé par une grand-mère. Merci également à tous les membres de ma famille proche et élargie.

Merci à mes enfants. Ce travail, je l'ai réalisé pour donner du sens au monde dans lequel je les vois grandir, mais c'est leur chaleur et leurs joies partagées qui donnent du sens à ce travail.

Merci à Thomas, mon mari, de m'avoir aidée à garder les pieds sur terre, pour son soutien et pour tout ce que je ne peux dire ici.

Merci à mes collègues et amis, Yasser Khazaal, Yannick Descharmes, Caroline Etheve, Jérémy Da Fonseca, Wendy Groux, Cécile Magne, Nicolas Kaczmarek, Sophie Blino, Suzanne SanVicente, Cyrielle Richard, Rachelle Vivin, Christine Cheymol, Hélène Picavez, Chrystelle Pradelle et son mari, pour leur soutien et les éventuelles propositions de relecture. Merci à tous ceux, nombreux, qui ont exprimé leur soutien.

Merci à Patricia Deloffre, à Sarah et à l'équipe de Servicall pour leur aide au quotidien dans mon travail.

Merci aux membres de l'école et du collège doctoral qui ont permis mon parcours de Doctorat.

Merci finalement à mes patients qui se sont intéressés à mon travail mais également à mon vécu dans ce parcours de doctorat. La compassion est si souvent partagée.

Résumé : Activer la compassion et la joie sociale dans la thérapie

Contexte : La compassion est une motivation qui vise à réduire la souffrance. Ces deux dernières décennies, les recherches sur l'auto-compassion ont clairement montré un rôle bénéfique sur la détresse psychologique. A l'inverse l'autocritique est une relation à soi caractérisée par l'hostilité dans l'épreuve qui favorise l'émergence de troubles psychopathologiques. Ce travail explore pour la première fois le rôle de l'activation de la joie sociale dans la compassion.

Objectifs : L'objectif était d'étudier le rôle des émotions positives dans la compassion à un niveau processuel (attention et émotions) dans l'imagerie focalisée sur la compassion. La version française du questionnaire Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS) ainsi que sa structure factorielle ont été étudiées. L'effet d'un programme à distance d'entrainement à la compassion sur quatre semaines a été exploré.

Méthode : La structure factorielle en deux ou trois facteurs et les qualités psychométriques du FSCRS ont été analysés (n=285). Le traitement attentionnel des visages émotionnels, critiques et de compassion, a été évalué grâce à l'ensemble de stimuli « McEwan Faces », avant et après l'exposition à une imagerie de compassion ou une imagerie neutre (n = 80) selon la méthodologie appelée dot probe task. Les émotions des participants (positives et négatives) ont également été mesurées. L'imagerie de compassion a été conçue pour activer de la joie sociale. L'effet de l'autocritique a été explorée. Dans l'intervention en quatre semaines (n=90), un groupe non clinique a été affecté par randomisation stratifiée par bloc en deux groupes équivalents. Nous avons vérifié l'effet bénéfique du programme sur des dimensions de psychopathologie, d'autocritique, de pleine conscience et sur des processus psychologiques liés à la régulation émotionnelle.

Résultats : Une analyse factorielle confirmatoire a montré un ajustement des items du FSCRS à un modèle à trois facteurs ainsi que des qualités psychométriques satisfaisantes du questionnaire. Avant l'imagerie, les participants avaient tendance à détourner le regard des visages critiques avec un effet de l'autocritique. Les deux types d'imageries réduisaient le biais d'éloignement des visages critiques lorsque les stimuli étaient présentés pendant 1200 ms. Cet effet interagissait avec l'autocritique dans l'imagerie neutre. L'imagerie de compassion réduisait davantage les émotions négatives que l'imagerie de neutre (d = 0,78) et augmentait les niveaux d'émotions positives, alors que l'imagerie neutre réduisait les émotions positives (d = 0,77) sans interaction de l'autocritique sur cet effet. Finalement, les résultats indiquaient un effet significatif de l'intervention sur les variables de compassion, de psychopathologie et de pleine conscience. Cet effet était maintenu après un mois.

Conclusion : Les résultats confirment que la version française du FSCRS est un instrument robuste et fiable. Pour la première fois, il a été montré un effet de l'autocritique sur le traitement attentionnel des visages critiques. Les résultats questionnent la possibilité d'un effet de l'imagerie de compassion sur le traitement attentionnel des visages critiques. Les émotions positives et en particulier la joie sociale, définie comme la joie d'une attention ou d'une présence partagée semblent jouer un rôle de régulation émotionnelle dans la compassion. Finalement, le programme d'entrainement à la compassion présentait un effet bénéfique sur la santé psychique et cet effet était maintenu un mois après la fin du programme.

Mots clef : compassion, autocritique, joie sociale, thérapie fondée sur la compassion, régulation émotionnelle

Abstract: Activating compassion and social joy in therapy

Context: Compassion is a motivation that helps reduce suffering. Over the past two decades, research on self-compassion has clearly shown a beneficial role in psychological distress. Conversely, self-criticism is a relationship to oneself characterized by hostility in the ordeal which favors the emergence of psychopathological disorders. This work explores for the first time the role of the activation of social joy in compassion.

Objectives: The aim was to study the role of positive emotions in compassion at a processual level (attention and emotions) in compassion-focused imagery. The French version of the Forms of Self-Criticizing / Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS) was studies, as well as its factor structure. A four weeks, self-help compassionate mind training program was tested.

Method: The factor structure and psychometric qualities of the FSCRS were analyzed (n = 285). The attentional processing of emotional faces, critical and compassionate was evaluated, with the set of stimuli "McEwan Faces", before and after exposure to compassionate imagery or neutral imagery (n = 80) with a probe task. The emotions of the participants (positive and negative) were also measured. Compassionate imagery was designed to activate social joy and self-criticism was measured. In the four-week intervention (n = 90), a non-clinical group was assigned by block-stratified randomization into two equivalent groups. We tested the beneficial effect of the program on dimensions of psychopathology, self-criticism, mindfulness, and psychological processes related to emotional regulation.

Results: A confirmatory factorial analysis showed, for the FSCRS, an adjustment of the items to a three-factor model as well as satisfactory psychometric qualities. Before the imagery, participants tended to look away from critical faces with an effect of levels of self-criticism. Both types of images (neutral and compassion) reduced the distancing bias from critical faces when stimuli were presented for 1200ms. This effect interacted with self-criticism in neutral imagery. Compassion imagery reduced negative emotions more than neutral imagery ($d = 0.78$) and increased levels of positive emotions, while neutral imagery reduced positive emotions ($d = 0.77$) without interaction of self-criticism on this effect. Finally, the results indicated a significant effect of the four weeks intervention on the variables of compassion, psychopathology and mindfulness. This effect was maintained after one month.

Conclusion: The results confirmed that the French version of the FSCRS is a robust and reliable instrument. For the first time, an effect of levels of self-criticism on attentional processing of critical faces was shown. The results question the possibility of an effect of compassionate imagery on attentional processing of critical faces. Finally, the compassion training program had a beneficial effect on mental health and this effect was maintained after the end of the program.

Keywords: compassion, self-criticism, social joy, compassion focused therapy, emotion regulation

1. Introduction

Tout a commencé par une vidéo. Au cours d'un atelier de formation à la thérapie fondée sur la compassion, Paul Gilbert, le créateur et fondateur de cette approche a projeté la vidéo d'une expérience célèbre appelée « the visual cliff » de Joseph Campos (Emde & Campos, 1985). J'ai visionné cette vidéo plusieurs fois et observé qu'un enfant est placé au bord d'un dénivelé, une « falaise visuelle », qui semble pouvoir entrainer sa chute alors qu'il est en réalité recouvert de plexiglass invisible. L'enfant hésite à franchir l'obstacle pour aller chercher un jouet attrayant. Sa mère est de l'autre côté. Si elle fait une mimique de peur, l'enfant va regarder le dénivelé et rester en retrait. Par contre, si sa mère fait un visage souriant, il va regarder fixement sa mère et traverser, sans baisser le regard vers le danger. Paul Gilbert s'appuie sur cette recherche pour illustrer le rôle d'une relation encourageante dans la thérapie. Ce qui a arrêté mon attention c'est le fait que l'enfant ne regarde plus le dénivelé lorsque sa mère sourit. Il la regarde fixement. D'une manière générale la science a largement documenté que l'anxiété nous amène à orienter notre attention vers le danger ce qui nous permet de traiter les risques comme une priorité. Mais ce biais d'attention nous amène également à être figé dans l'exploration du contexte car nous perdons une vision plus globale de la situation. De nombreuses approches en thérapie cherchent à aider les personnes stressées à ouvrir leur champ de vision. J'ai souvent remarqué que les patients que j'accompagne utilisent la relation pour aller vers des situations déclenchant pour eux une peur. J'ai donc décidé d'explorer davantage ce processus attentionnel en posant cette question : la thérapie fondée sur la compassion a-t-elle comme mécanisme actif l'ouverture attentionnelle par l'activation d'un contexte relationnel positif ?

L'introduction théorique va permettre de retracer le rationnel de la première recherche qui a été menée en laboratoire. La seconde recherche a été une extension à un niveau plus macro des hypothèses par le bais de la création d'un programme réalisé à distance. Cette introduction part de la définition de la souffrance qui permet de mieux saisir les enjeux de la compassion et de sa définition. La thérapie fondée sur la compassion et l'imagerie focalisée compassion sont ensuite présentés pour clarifier les dimensions processuelles. Finalement l'enjeu du contexte relationnel positif sera questionné au travers de différents modèles et des recherches existantes sur les processus attentionnels afin de tenter

de clarifier la problématique. Les recherches sont ensuite présentées ainsi que les résultats obtenus et les conclusions auxquelles ces recherches ont mené.

1.1. Définir la souffrance

1.1.1. Introduction

Qu'est-ce que la souffrance ? Pourquoi souffrons-nous ? Et pourquoi est-il difficile d'approcher et de soulager la souffrance des êtres sensibles ? Cette question est centrale et va influencer en profondeur toute démarche de soin. Nous allons tenter d'y répondre dans cette première partie en explorant ce qu'est la souffrance mais également les différentes façons d'entrer en relation avec la souffrance. Il est difficile de trouver un consensus pour définir et différencier douleur et souffrance qui prennent des significations spécifiques selon le point de vue et le champ de recherche. Il n'est pas possible de trouver une définition complète et satisfaisante dans la psychologie classique, ou dans les ouvrages de référence pour répondre à cette question. Le Larousse renvoie à la définition de douleur physique ou morale. Mais la douleur est-elle réellement synonyme de souffrance ? Ne peut-on avoir mal sans souffrir, ou souffrir sans douleur ? La tristesse, par exemple, qui est souvent expérimentée comme une souffrance, est-elle toujours une douleur ? Un sportif a, à l'inverse, parfois de « bonnes » douleurs, qu'il associe à une activité physique efficace. Sensky (2010) souligne que nous pouvons ressentir de la douleur dans une partie particulière du corps, mais la souffrance concerne la personne tout entière. Il souligne son propos par une subtilité du langage. Nous disons : "J'ai une jambe cassée", mais pas "ma jambe cassée souffre" et nous allons dire : "je souffre". La souffrance est un état mental. Une caractéristique clé de la souffrance est qu'elle est une propriété de la personne tout entière - la souffrance n'est pas un phénomène qui peut être réduit à une partie de la personne. Il s'agit d'une distinction clé entre la souffrance et la douleur.

1.1.2. Différencier la douleur de la souffrance

On retrouve cette distinction dans la psychologie bouddhiste, une approche scientifique qui a vu un essor particulier ces dernières années. La psychologie bouddhiste, vise à tester scientifiquement les préceptes bouddhistes. Robert Wright (2017) dans « Why bouddhisme is true » en fait une excellente

synthèse scientifique et philosophique. Les approches de “Mindfulness Based Stress Reduction” (MBSR) et de “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” sont nées d’une interaction fonctionnelle entre la psychologie bouddhiste et des approches cognitives et comportementales (pour une synthèse, voir “Bouddhist psychology and cognitive behavioral therapy : a clinician guide” de Tirch, Silberstein & Kolts 2016). La psychologie bouddhiste différentie deux aspects de la souffrance : la douleur physique et la douleur psychologique. La souffrance, également appelée *Dukkha*, va au-delà de la douleur physique (Gilbert, Basran, MacArthur & Kirby, 2019), nous rappellent, dans une recherche qui explore les différentes réactions humaines face à la souffrance, que certains chercheurs utilisent les termes douleur et souffrance de manière interchangeable pour décrire *Dukkha*, ce qui entraine une confusion. De plus la souffrance est plus difficilement quantifiable que la douleur. Gilbert et Choden (2013) se réfèrent au Sutra (ou aphorisme) des deux flèches. La première flèche crée de la douleur ; la deuxième flèche est la souffrance qui découle de nos réactions à la première flèche. C’est sur cette deuxième flèche que nous avons une possibilité d’action consciente. Gilbert et Choden (2013) ont suggéré une troisième flèche, lorsque nous avons honte de nos réactions à la douleur ou de notre souffrance et que nous nous battons ou essayons de supprimer cette souffrance.

Figure 1 : Sutra des trois flèches, Gilbert et Choden (2013)

Dukkha ne se rapporte donc pas à la douleur elle-même mais à nos réactions, à nos croyances, à nos peurs et à notre rage de ressentir de la douleur. Kabat-Zinn (1982) a été pionnier dans l'utilisation de la pleine conscience pour la douleur chronique non soulagée par la médecine. Cette approche a permis de travailler les réactions émotionnelles liées à la douleur (la deuxième flèche) plutôt qu'à la douleur elle-même (la première flèche).

1.1.3. Abord clinique de la souffrance

David Roland (2020), a exploré la question de la souffrance d'un point de vue clinique. Pour lui : « Nous avons des récepteurs à la douleur qui permettent à notre corps de nous indiquer lorsque nous sommes blessés. Lorsque l'on se sent émotionnellement heurté, notre cerveau nous indique que nous devons prendre soin de nous ou demander de l'aide. Le deuil, la solitude ou le rejet social sont douloureux. Cela fait partie de notre construction. La souffrance est un ajout à la douleur. C'est un inconfort avec ce qui est. C'est quand nous voulons que les choses soient différentes de ce qu'elles sont. Lorsque nous traversons de grandes souffrances, c'est que nos croyances profondes sont remises en question par la douleur que nous traversons » (citation extraite d'une présentation filmée de son livre). Cassell (2004), décrit la souffrance comme un état de détresse grave associé à des événements qui menacent l'intégrité de la personne et déclare que la souffrance survient lorsqu'une destruction imminente de la personne est perçue ; elle se poursuit jusqu'à ce que la menace de désintégration soit passée ou jusqu'à ce que l'intégrité de la personne puisse être restaurée d'une autre manière. Pour Roland (2020), la lutte pour préserver une cohérence dans les croyances construites à partir du vécu est au cœur de la souffrance. C'est également une notion centrale dans le travail de Frankl (1984) qui au travers de son expérience personnelle et de la logothérapie, nous rappelle que la souffrance cesse lorsqu'elle prend un sens.

1.1.4. Mesurer la souffrance

Büchi, Sensky, Sharpe & Timberlake (1998) ont développé une méthode visuelle de quantification de la souffrance appelée représentation picturale de la maladie en automesure (PRISM). Cette mesure de la souffrance a montré, dans cette recherche, chez les personnes atteintes d'arthrite, des corrélations beaucoup plus fortes avec les facteurs susceptibles d'influencer une construction personnelle (comme la douleur, la dépression et le sentiment de cohérence) qu'avec les caractérisiques obejctives de la maladie. Les patients qui déclaraient avoir pu comprendre l'expérience de la maladie présentaient des niveaux de souffrance inférieurs à ceux qui n'avaient pas pu donner un sens à l'expérience de la maladie.

1.1.5. Conclusions

Nous allons explorer dans les prochains chapitres, les différentes façons d'entrer en relation avec la douleur et la souffrance. En effet la relation à la souffrance est un processus central qu'on peut à l'instar de Choden et Gilbert appeler la troisième flèche. Nous nous appuierons sur leur définition dans la suite de cette thèse.

Pour Rick Hanson (2020), si nous refusons la souffrance, nous allons entrer en conflit avec nous-même. La souffrance est « une part de soi aux prises avec une part de soi ; par opposition au sentiment d'être un tout, c'est dans le conflit interne, où l'on tente de supprimer, de détruire une part de nous-même que réside la souffrance » (extrait enregistré par moi-même d'un atelier clinique basé sur le livre). Cette relation conflictuelle s'observe sous la forme de l'autocritique que nous présenterons au prochain chapitre. Nous définirons ensuite la compassion comme une entrée en relation authentique à la souffrance. Nous expliquerons de façon synthétique les thérapies fondées sur la compassion. Puis nous développerons un questionnement sur le rôle des émotions positives liées à la connexion comme processus de résilience dans la compassion pour finalement construire notre problématique de thèse.

Synthèse :

- La souffrance est différente de la douleur et a été présentée sous forme de trois flèches par Gilbert et Choden (2009).

- La souffrance est une expérience de l'être entier (Senski, 2010).
- La souffrance questionne nos croyances sur nous-même et sur le monde.

1.2. La compassion, entrer en relation avec la souffrance

« La compassion est le courage de descendre dans la réalité de l'expérience humaine » Paul Gilbert[1]

1.2.1. Définition

Le terme, d'origine latine : cum patior, et souvent compris comme « souffrir avec ». Ce qui peut renvoyer à l'idée d'une contagion émotionnelle et à de la sympathie (Eisenberg, VanSchyndel & Hofer, 2015) ou encore à de l'empathie (Batson, Shaw, 1991). Il semble cependant plus approprié de se référer à l'idée « d'être présent à la souffrance de l'autre ou de soi ». Cette définition simple de la compassion permet de faire ressortir une dimension de présence à la souffrance que nous allons questionner dans cette introduction. Il existe également dans la culture anglo-saxonne une composante d'action qui n'est pas toujours présente dans l'acception francophone du terme.

La compassion est définie par Paul Gilbert (2014) comme « *la sensibilité à la souffrance (de soi pour l'auto-compassion ou des autres) et un engagement à la soulager et/ou la prévenir* ». La compassion est définie comme une motivation basée sur la mentalité de soin. Selon Gilbert, les deux parties de cette définition renvoient à « *deux psychologies* ». La *première psychologie* est la conscience de la souffrance et renvoie au fait de tourner son attention vers la souffrance, de chercher à la comprendre et de s'impliquer psychiquement. En anglais, l'expression « to bear witness » signifie littéralement, supporter d'être témoin. De plus cette attention portée à la souffrance est en soi un acte qui nécessite un effort. C'est l'attention portée à la souffrance qui va permettre d'activer une motivation de compassion. *La deuxième psychologie* est liée au fait de travailler à soulager et prévenir la souffrance mais également favoriser le bien-être (développer des compétences). Gilbert (2019) souligne différentes orientations de la compassion. La compassion est un flot ou un courant, qui va de soi vers les autres, des autres vers soi et envers soi-même. La compassion pour les autres indique une

[1] Cette citation est extraite du court métrage d'animation « compassion for voices: a tale of courage and hope. » http://compassionforvoices.com.

motivation à soulager une souffrance perçue autour de soi. La compassion reçue indique une motivation à recevoir de l'aide. L'auto-compassion finalement, indique la sensibilité à nos souffrances propres avec une motivation à les soulager. Longe et al. (2009) constatent que les trois flots sont liés aux mêmes circuits neuro-anatomiques et en concluent qu'il pourrait s'agir d'un unique processus.

1.2.2. L'auto-compassion

Pour Neff (2003), la compassion que l'on oriente vers soi correspond à l'auto-compassion. Elle n'est pas fondamentalement différente de la compassion pour les autres. L'auto-compassion implique « *d'être ouvert et animé par ses propres souffrances, éprouver des sentiments de compassion et de gentillesse envers soi-même, une compréhension, une attitude non critique envers ses insuffisances et ses échecs, et de reconnaître que sa propre expérience fait partie de l'expérience humaine commune* » (Neff, 2003). C'est une façon d'entrer en relation avec une souffrances propre qui s'appuie, selon Neff (2003), sur trois facteurs : le sentiment d'humanité partagée, la pleine conscience et la gentillesse. Le sentiment d'humanité partagée est la conscience que la souffrance fait partie de la vie et qu'elle peut être source de sens. A l'inverse le sentiment d'isolement est la croyance irrationnelle que l'on est seul à souffrir. La souffrance est alors vécue comme une forme de marginalisation, d'anormalité ou de punition. Ce sentiment accentue un mal-être (Neff, 2007). Le sentiment d'humanité partagée est à différencier de l'auto-pitié qui induit une plainte, une focalisation sur la souffrance propre et une décentration de la souffrance des autres. La dimension de pleine conscience de l'émotion est liée à un abord de l'émotion sans jugement, sans éviter ou réprimer l'émotion (Bishop et al., 2004). La pleine conscience de nos émotions et des pensées négatives nécessite de se désidentifier de celles-ci (Neff, 2003) et d'aller à l'encontre d'une réaction aversive qui nous en éloigne (Bishop et al., 2004)

1.2.3. Les principales interventions basées sur la compassion

Il existe différents programmes de thérapie, basés sur la compassion. Au moins six interventions sont actuellement appuyées empiriquement (Kirby, 2016) ; la thérapie focalisée compassion (CFT;

Gilbert, 2007, 2010, 2014), la mindful self-compassion (Neff & Germer, 2013), la formation à la cultivation de la compassion (Jazaieri et al., 2013), la formation à la compassion basée sur la cognition (Pace et al., 2009), cultiver l'équilibre émotionnel (Kemeny et al., 2012), les méditations de compassion et d'amour bienveillant (par exemple, Hoffmann, Grossman et Hinton, 2011).

Ces six formes d'interventions ont été évaluées avec groupe contrôle randomisé. Seules les approches de thérapie fondée sur la compassion et de méditation de compassion et d'amour bienveillant ont été évaluées dans une méta-analyse (Hoffmann et al., 2011; Leaviss & Uttley, 2015). La seule méta-analyse menée sur les interventions liées à la compassion (Kirby et al., 2015) comprenait 23 études randomisées avec groupe contrôle. Cette méta-analyse a examiné sept variables de compassion, d'auto-compassion, de pleine conscience, de dépression, d'anxiété, de détresse, de satisfaction de vie et de bonheur. Les résultats montrent des effets modérés à court terme avec une augmentation de la compassion (d = 0,555), de l'auto-compassion (d = 0,691) et de la pleine conscience (d = 0,525) ainsi qu'une réduction de la dépression (d = 0,656), de l'anxiété (d = 0,547) et des effets faibles à modérés de réduction de la détresse psychologique (d = 0,374). Des effets modérés ont également été trouvés pour la satisfaction de vie et le bonheur (d = 0,540).

Synthèse :

- La compassion est définie comme « *la sensibilité à la souffrance (de soi pour l'auto-compassion ou des autres) et un engagement à la soulager et/ou la prévenir* » Gilbert (2019).
- Les recherches scientifiques visant à valider l'efficacité de programmes d'activation de la compassion montrent qu'ils ont un effet d'activation de la compassion et de l'auto-compassion ; un effet d'augmentation de la pleine conscience, de la satisfaction de vie et du bonheur ainsi qu'un effet de réduction de la dépression, de l'anxiété et de la détresse psychologique.

1.3. La thérapie fondée sur la compassion

« Nous sommes une espèce qui a évolué pour croître de la gentillesse et de la compassion. » Paul Gilbert (2009)

1.3.1. Présentation

Paul Gilbert a développé la thérapie focalisée compassion (TFC) au cours des 20 dernières années. Cette approche s'appuie sur la psychologie évolutionniste, la théorie de l'attachement, des approches processuelles, les neurosciences et la psychologie sociale (voir Gilbert, 2010). La TFC s'appuie sur la définition de la compassion que nous avons présentée au chapitre précédent. Elle a pour objectif de fournir une psychoéducation, en particulier en ce qui concerne ses trois systèmes de régulation des émotions correspondant aux trois types de fonction des émotions : (1) le système de menace / protection, (2) le système d'accomplissement et (3) le système d'affiliation / apaisement. La compassion, pensée comme motivation, va organiser et structurer des relations entre ces différents systèmes avec plus d'équilibre, et permettre une métacognition ancrée dans la bienveillance. La TFC comprend une série d'exercices visant à développer une production mentale multi-sensorielle correspondant à un idéal de compassion (une personne réelle ou imaginaire, un animal ou un symbole ayant les qualités idéales pour la personne de compassion). Ces exercices visent également à entrainer l'auto-compassion, et à activer le système d'apaisement par l'imagerie mentale (par exemple, l'imagerie du lieu de sérénité) et la respiration (par exemple, la respiration ventrale).

La thérapie fondée sur la compassion a été opérationnalisée sous la forme d'un programme d'entrainement à la compassion (PEC). Ce programme a été conçu comme une approche thérapeutique permettant d'aider les personnes ayant un niveau élevé de honte et d'autocritique (Gilbert & Irons, 2004). Ce programme a également été proposé à une population non clinique (Matos, 2017 ; Irons, 2020) et a été adapté à la gestion de la colère par Kolts (2012), et aux troubles alimentaires (Goss, 2014). Nous avons créé une adaptation française de ce programme comportant des exercices sur 4 semaines (annexe 3) comprenant 4 guidances audio (la retranscription des guidances est en annexe 2, voir chapitre 1.8.5 pour une présentation détaillée du programme).

1.3.2. Les trois systèmes de régulation des affects (modèle des trois cercles)

Selon Depue & Moronne-Strupinsky (2005) et Wang (2005) il existe trois systèmes neurophysiologiques qui sous-tendent les fonctions émotionnelles. Ces trois systèmes vont être organisés de façon différente selon la motivation. Activer la compassion vise à améliorer l'équilibre de ces trois systèmes. Le système d'apaisement est lié à la connexion sociale et associé à l'activation du système parasympathique (en cohérence avec la théorie polyvagale de Porges, 2003). Le système de la menace/protection est associé à l'activation du système sympathique et le système d'accomplissement au système de la récompense. Le modèle des trois cercles est une heuristique. Il n'a pas vocation à résumer les processus neurocognitifs mais bien plutôt à les rendre compréhensibles rapidement à moindre coût cognitif.

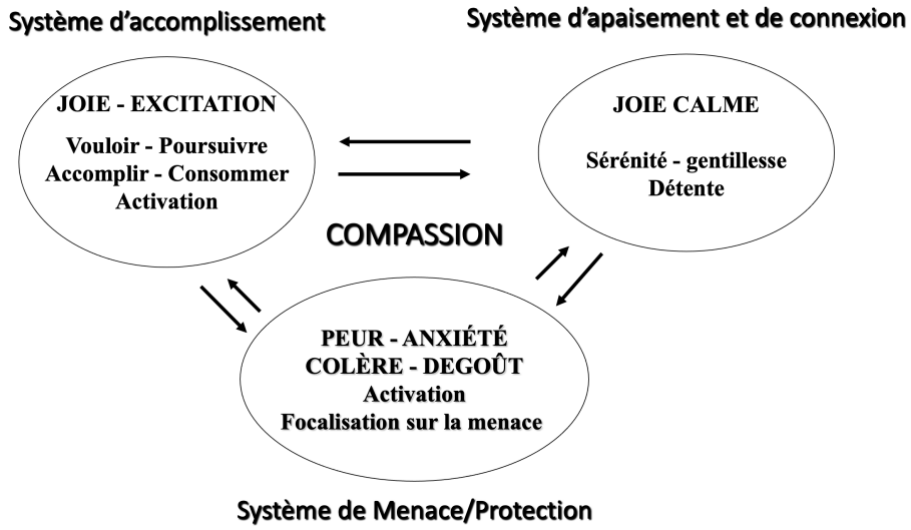


Figure 2: Schématisation du modèle des trois cercles, inspiré de Gilbert (2009)

1.3.3. Le système d'apaisement et de connexion

Ce système est lié au sentiment d'apaisement. Ce n'est pas un système d'activation mais plutôt un système de ralentissement qui va fonctionner comme un frein. Il aide au relâchement lorsque les autres systèmes sont moins actifs et permet la digestion et le repos. La connexion sociale joue un rôle

particulier dans ce système. Il est associé à un sentiment de sécurité, de connexion et de chaleur. Selon Mikulincer et Shaver (2007), plus on se sent en sécurité affective et plus on est capable de réguler les sentiments de détresse. Ce système est associé à une ouverture, à une exploration de l'environnement et des interactions sociales. Par exemple la proximité du parent peut amener à une tranquillité du nourrisson s'il se sent protégé. Il peut se relaxer et relâcher son attention.

1.3.4. Le système de menace/protection

Le système de détection des menaces est conçu pour être activé face à une menace comme un prédateur, un conflit, un signe de maladie, des conditions environnementales défavorables ou une réduction de la disponibilité alimentaire. Il va permettre de mettre en place des stratégies comportementales de protection en amorçant rapidement une série de comportements tels que le combat, la fuite, la soumission, le gel ou l'évanouissement. Il existe une gamme d'émotions associées au système de menace, comme la colère, l'anxiété et le dégoût (LeDoux, 1998). Le système de menace/protection vise notamment à détecter plus rapidement les menaces y compris des stimuli indiquant une menace sociale comme les expressions faciales de colère ou d'hostilité (Adolphs, 2002, 2003 ; LeDoux, 1998).

1.3.5. Le système d'accomplissement

Ce système permet l'orientation vers des objectifs ayant une valeur motivationnelle. Il facilite la recherche et l'acquisition de ressources telles que la nourriture, les biens matériels ou les partenaires sexuels. Ce système est l'un des deux systèmes d'émotions positives (Depue & Moronne-Strupinsky, 2005 et Wang, 2005). Lorsqu'il est activé, les émotions ont tendance à être associées au plaisir, à l'excitation. Ces émotions vont favoriser une persévération. L'obtention des objectifs fixés active le système neuronal de la récompense. Par exemple, réussir un examen ou accomplir un travail, avoir un rendez-vous romantique ou réaliser un projet (loisir…) seront associés à ce système. L'entrave de ces objectifs, s'ils sont liés à des besoins vitaux va déclencher de la colère.

1.3.6. Les chevauchements

Les trois systèmes de régulation émotionnelle peuvent se chevaucher entre eux et par conséquent ils peuvent être mieux compris comme des systèmes en interaction. Les deux types de système d'émotions positives sont associés à une activité dans les zones de récompense sociale du cerveau telles que le striatum, le noyau accumbens et la zone tegmentale ventrale (Bartels & Zeki, 2004; Depue & Moronne-Strupinsky, 2005; Guroglu, Haselager, Lieshout et al., 2008; Leibenluft, Gobbini, Harrison & Haxby, 2004). Ils ont cependant leurs propres déclencheurs.

1.3.7. Les boucles de renforcement

La thérapie fondée sur la compassion met l'accent sur le fait que des boucles de renforcement existent en particulier entre les systèmes d'accomplissement et de menace. En effet la fixation d'objectifs élevés est une stratégie de gestion des émotions liées à la menace. Par exemple une personne ayant peur d'être dévalorisée, va tendre à monter ses objectifs pour éviter le jugement social. En retour, la non-atteinte de ces objectifs, risque de réactiver de la colère ou de la frustration et activer le système des émotions de menace/protection. On voit ici que l'autocritique est un processus lié aux boucles de renforcements entre système d'accomplissement et système de menace.

1.3.8. La différence entre l'approche cognitive classique et la thérapie fondée sur la compassion

La thérapie fondée sur la compassion s'appuie sur la thérapie cognitive et comportementale. On retrouve les techniques de restructuration cognitive dans le travail de la peur de la compassion et de l'autocritique. Mais il existe une différence fondamentale dans la façon d'utiliser cette technique. La motivation et l'émotion sous-jacentes à la pensée vont être explorées par le biais des indices non-verbaux, comme le ton de voix, la posture, l'intonation mais également à travers les associations mnésiques, l'histoire et le ressenti corporel. La restructuration va par exemple se faire de façon spatiale par la symbolisation d'un dialogue entre les différentes émotions ou différentes motivations sous-jacentes à la cognition, par la méthode des chaises, par l'écriture de lettres, par le dessin ou par

des exercices corporels comme le yoga adapté à l'abord traumatique. Les thérapies cognitives et comportementales se centrent sur le contenu des pensées de façon rationnelle, là où les thérapies fondées sur la compassion se focalisent sur la motivation sous-jacente à la pensée. Elles vont ainsi orienter, à la source vers la compassion plutôt que vers l'autocritique.

Synthèse :

- Le modèle de thérapie fondée sur la compassion permet d'expliquer que la compassion comme motivation vise à permettre un meilleur équilibre émotionnel.

1.4. L’autocritique

1.4.1. Introduction

L’autocritique est une dimension centrale pour de nombreuses approches de thérapie. La thérapie fondée sur la compassion s’est centrée sur cette dimension en questionnant sa dimension affective. Nous avons proposé (Leboeuf & Antoine, 2017) d’observer qu’il existe une symétrie entre la vision de Beck (1963) et celle de Gilbert (2000) concernant l’autocritique. En effet Beck propose dans la thérapie cognitive de neutraliser les biais affectifs pour pouvoir questionner de façon rationnelle les schémas de croyances négatives dans la dépression. Gilbert, à l’inverse, propose de recentrer le travail des cognitions sur leur dimension affective en explorant toutes les dimensions émotionnelles associées aux cognitions. Nous allons ici présenter ces deux modèles d’autocritique ainsi que la perspective de Shahar permettant d’approfondir de façon transversale la compréhension et la définition de l’autocritique.

1.4.2. Les schémas de Beck

Après avoir étudié et pratiqué la psychanalyse, Beck (1963) révolutionne et marque durablement la psychologie en explorant l’autocritique. Il part d’une conceptualisation qui écarte les motivations affectives pour étudier de façon rationnelle les cognitions. Il développe l’idée que nos pensées s’organisent en schémas qui vont tendre à se renforcer par des biais de sélection de l’information. En 1979, il évoque sa fameuse triade cognitive qui est une conceptualisation de l’autocritique. La psychologie cognitive va s’appuyer sur ces travaux pour montrer que les pensées négatives sur soi, sur le monde et les autres sont centrales dans la dépression (Blackburn & Eunson,1989). Ces croyances qui fonctionnent comme des filtres vont enfermer la personne dans une vision négative et empêcher l’émergence d’une nouvelle perspective plus positive. Aujourd’hui encore les thérapies cognitives et comportementales s’appuient sur ces travaux et cette vision de l’autocritique.

1.4.3. L'autocritique selon Shahar

L'autocritique est plus récemment définie par Shahar (2015, p.5) comme « *an intense and persistent relationship with the self characterized by (1) an uncompromising demand for high standards in performance and (2) an expression of hostility and derogation toward the self when these high standards are – inevitably – not met*". Que l'on peut traduire comme : « *une relation intense et persistante à soi caractérisée par deux dimensions : une exigence sans compromis de standards élevés de performance et l'expression d'une hostilité et d'un manquement envers soi quand ces standards élevés ne sont – inévitablement - pas atteints* ». Cette définition présente l'avantage d'être contextuelle et définit précisément les enjeux cognitifs. Pour Zuroff, Fournier, Patall & Leybman (2000), l'autocritique renvoie à une conception du soi comme plusieurs parties interagissant (plutôt qu'une approche spectrale) avec des croyances sur soi. Shahar (2015, p.33 & p.35), différentie l'autocritique du perfectionnisme ou de la rumination et cette question semble centrale pour bien comprendre les enjeux de l'autocritique. Pour lui, le perfectionnisme peut être adaptatif, en particulier si les objectifs élevés sont basés sur des valeurs personnelles (Blatt, 1995). La relation d'hostilité n'est pas nécessairement présente dans le perfectionnisme. Le perfectionnisme non adaptatif ou le perfectionnisme avec inquiétude excessive pour l'évaluation, rejoignent l'autocritique (Shahar, 2006). Dans une étude auprès de participants poursuivant des buts personnels élevés (de gestion du poids, de carrières musicales ou académiques), Powers et al. (2011) ont montré que la poursuite de but est inversement corrélée à l'autocritique. Lorsque l'autocritique est contrôlée, une corrélation positive émergeait entre un perfectionnisme centré sur des valeurs personnelles et la poursuite de buts. En d'autres termes, cette recherche met en évidence que des standards élevés s'ils ne sont pas associés à une réponse punitive peuvent jouer un rôle positif dans l'épanouissement personnel. Dunkley et al. (2006) montrent que l'autocritique est un meilleur prédicteur que le perfectionnisme de fonctionnements émotionnels inadaptés (tel que du coping d'évitement etc…) évalués par questionnaires auprès de 163 étudiants sur une période de 7 jours.

L'autocritique est selon Dunkley et al. (2006) une structure de personnalité, une façon d'être en relation à soi alors que la rumination est un processus psychologique. La rumination est une tendance à la focalisation répétée sur les émotions, leurs significations, leurs causes et leurs conséquences avec soit une comparaison passive à des standards non atteignables, soit une réflexion négative liée à une

introspection visant à une résolution de problème pour résorber ou soulager des symptômes dépressifs (Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003). Ce sont des pensées répétitives négatives dont le contenu peut être très varié et pas nécessairement en lien avec des objectifs. La corrélation entre rumination et autocritique n'est pas excessivement élevée, par exemple Spasojevic & Alloy (2001) trouvent une corrélation de *r*=.52 et ces auteurs ont montré que la rumination est un médiateur de l'effet de l'autocritique sur la dépression. Pour Shahar, Rogers, Shalev & Joiner (2018) l'autocritique est indépendante de la rumination mais va amorcer la rumination ce qui va favoriser l'apparition de troubles anxio-dépressifs.

De nombreuses études ont montré un rôle de l'autocritique dans le développement de troubles mentaux comme les troubles bipolaires (Francis-Raniere, 2006), la dépression (Blatt, 1995, 1998, 2004, 1992), le suicide (Fazaa, 2003 & O'Connor, 2008), les troubles anxieux comme l'anxiété sociale ou le Trouble de Stress Post Traumatique (Cox, 2004, 2004), les troubles alimentaires (Dunkley, 2007) plus spécifiquement l'anorexie (Fennig, 2008) et d'autres formes d'addictions comme l'héroïne (Blatt, 1991). L'autocritique montre également un rôle dans le développement de la violence (Shahar, 2015) ou encore les douleurs (Lerman, 2012).

L'autocritique est donc une relation à soi qui, au contraire d'apaiser les souffrances, tend à les favoriser de différentes façons et favorise l'émergence de troubles psychopathologiques.

1.4.4. Une approche évolutionniste et cognitive de l'autocritique

La modélisation par Gilbert de l'autocritique basée sur les mentalités sociales (Gilbert, 2000, 2004, 2005, 2009) conceptualise également différentes parties interagissant par paires de rôles (dominant/soumis ; soignant/soigné) qui s'appuient sur des fonctions adaptatives en termes évolutionnistes. Les mentalités sociales correspondent à une combinaison de motivations, d'émotions, de processus cognitifs et de comportements (Gilbert, 2000). L'autocritique est pensée comme en lien avec la mentalité de rang social, ou motivation de compétition, qui structure l'organisation sociale mais va intérieurement amener à des comportements d'autocorrection et de haine de soi visant à éviter les situations de jugement social ou de rivalité. La mentalité de rang sociale serait à l'origine d'une recherche de gains en termes de statut social. Dans la théorie de rang social,

les psychologues évolutionnistes supposent que notre cerveau détecte par comparaison sociale les enjeux relationnels de position sociales et permet ainsi à un individu de favoriser sa position sociale dans le groupe. Être au sommet de l'échelle sociale présente de multiples avantages en termes d'accès aux richesses, aux soins, à l'éducation, ce qui prolonge la durée de vie et favorise la transmission des gènes. Pour éviter de rentrer en conflit avec des individus perçus comme dominants socialement, des comportements d'évitement de conflit et de subordination amèneraient à intérioriser une forme d'agressivité qui prendrait la forme d'un discours intérieur dur et critique.

Par opposition, la mentalité sociale de soin (Gilbert, 2014), liée aux besoins des mammifères de soigner leurs progénitures pour permettre la survie de l'espèce serait liée à une mentalité sociale fondamentalement plus saine. Cette approche permet de faire des ponts avec l'approche cognitive et les neurosciences, et facilite également l'investigation du rôle de l'autocritique dans le traitement de l'information (Longe et al. 2006), et en particulier les visages critiques. On peut faire l'hypothèse que l'autocritique va modifier la perception des visages critiques soit en créant une vigilance vers ces visages, soit au contraire en les évitant.

1.4.5. Liens entre auto-compassion et autocritique

Neff propose que l'effet le plus bénéfique de l'auto-compassion sur l'anxiété et la dépression réside en la diminution de l'autocritique (Blatt, 1995). Mais elle trouve un effet bénéfique même lorsque l'autocritique est contrôlée (Neff, 2003) et montre que les personnes avec une forte auto-compassion ruminent moins. Pour Raes (2010) c'est ce processus qui est médiateur du lien entre l'auto-compassion et la dépression. L'étude de Neff, Kirkpatrick & Rude (2007) illustre ce mécanisme. Une tâche de description des défauts est donnée à des participants de deux groupes différenciés selon leur niveau d'autocritique et d'auto-compassion. Les participants avec un niveau élevé d'auto-compassion ne trouvent pas moins de défauts mais ressentent moins d'angoisse et utilisent moins le terme « je ». Ils font davantage de références sociales ce qui laisse penser que le sentiment de partage social rend l'autocritique moins menaçante. Shapira & Mongrain (2010) ont également montré que rédiger une lettre d'auto-compassion pendant 7 jours avait un effet sur le sentiment de bonheur avec un effet persistant à 6 mois (comparé à un groupe contrôle qui devait rédiger des souvenirs d'enfance). On

peut donc penser que l'augmentation de l'auto-compassion dans le cadre d'une intervention thérapeutique aura un effet sur l'autocritique, même si l'effet de l'auto-compassion sur la rumination semble être modérateur d'une réduction de la dépression.

1.4.6. Effet de la thérapie fondée sur la compassion sur l'autocritique

La TFC s'est concentrée sur l'autocritique comme facteur dans le développement de troubles mentaux. Une revue de littérature (Leaviss & Uttley, 2015) incluant quatorze études, dont trois études randomisées avec groupe contrôle a mis en avant des résultats favorables pour la TFC, qui semble efficace en particulier pour les personnes ayant un niveau élevé d'autocritique. Différentes études ont montré un impact de la TFC sur l'autocritique (Shapira & Mongrain, 2010 ; Gilbert & Irons, 2004 ; McEwan & Gilbert, étude non publiée ; Lucre & Corten, 2013 ; Judge et al., 2012 ; Gilbert & Procter, 2006). Matos (2017) a ainsi montré une diminution de l'autocritique pour un groupe non clinique en comparaison d'un groupe contrôle et un programme à distance (Sommers-Spijkerman, Trompetter, Schreurs & Bohlmeijer, 2017) s'est montré efficace sur des variables de stress, d'anxiété, de dépression, de compassion et d'autocritique, en comparaison d'un groupe contrôle. Nous pouvons donc faire l'hypothèse qu'un programme d'activation de la compassion à distance réduira l'autocritique.

1.4.7. Conclusion

L'étude de l'autocritique met en lumière la question de son impact sur le traitement attentionnel. Si le traitement de l'information se fait différemment, il est possible que les visages critiques soient perçus différemment par les personnes ayant un niveau d'autocritique plus élevé. Nous proposons de tester cette hypothèse qui à notre connaissance n'a pas encore été explorée ainsi que l'hypothèse qu'un programme d'activation de la compassion à distance va permettre de réduire l'autocritique.

Synthèse :

- L'autocritique est une relation à soi qui, au contraire d'apaiser les souffrances, tend à les favoriser de différentes façons, par des actions impactant les relations et les évènements de vie, mais également en favorisant l'émergence de troubles psychopathologiques.
- Beck propose de comprendre l'autocritique comme des schémas de pensée négatifs qui enferment dans une vision négative du monde, de soi et des autres (triade cognitive).
- Shahar définit l'autocritique comme « *une relation intense et persistante à soi caractérisée par deux dimensions : une exigence sans compromis de standards élevés de performance et l'expression d'une hostilité et d'un manquement envers soi quand ces standards ne sont (inévitablement) pas atteints* ».
- Paul Gilbert propose une perspective évolutionniste centrée sur la fonction de l'autocritique.

1.5. Imagerie Focalisée sur la Compassion

1.5.1. Définition

Le programme d'entrainement à la compassion (PEC), vise à aider les personnes qui éprouvent fréquemment une honte intense ou une autocritique élevée à développer une relation à eux-mêmes basée sur une motivation de compassion (Gilbert 2005b, 2009; Lee 2005). Ces personnes ont souvent eu une enfance difficile et certaines études (Matos, 2019) ont montré qu'elles peuvent avoir moins de souvenirs autobiographiques agréables de réconfort, d'images, de cognitions, d'attitudes et de sentiments positifs et alternatifs à l'égard d'eux-mêmes. L'Imagerie Focalisée sur la Compassion (IFC) vise à développer ce type d'images, de cognitions ou d'émotions. L'imagerie joue un rôle clé dans les stratégies pour activer la compassion (Lee, 2005). L'une des principales interventions de l'IFC est d'essayer de construire une image incluant les qualités idéales de compassion (Hackmann, Bennett-Levy & Holmes, 2011). Une approche consiste à demander : « si vous pouviez concevoir votre idéal de compassion à quoi cela ressemblerait-il » (Lee 2005). Le thérapeute peut demander au client de fermer les yeux et demander : « quand vous pensez à la compassion, quelles images et quels sentiments surgissent en vous ? » (Gilbert 2009). De cette façon, le client est encouragé à imaginer une personne qui symbolise la compassion et peut agir comme une personne bienveillante proche ou non, un mentor, un membre de la famille (souvent un grand-parent qui a été disponible), un ami, un être symbolique (un animal, un arbre…) ou encore un personnage de fiction, etc… qui est vécu comme présent pour offrir de la compassion. L'image peut être celle d'une personne réelle ou imaginaire ou même certains aspects du monde naturel (par exemple, un bel endroit ou une montagne). Gilbert (2009) n'encourage pas les figures religieuses car il peut y avoir des associations ambivalentes préexistantes. L'image pourrait être un « idéal nourricier » comme une figure de mère universelle (Lee 2005). L'image est alors disponible pour être invoquée et utilisée dans diverses circonstances. Progressivement, elle s'internalise, de sorte que la compassion pour soi devient une qualité intrinsèque. Gilbert (2009) suggère en outre que l'image devrait être sensible - pas seulement apaisante comme avec un objet transitionnel. On prend le temps de définir ses qualités de sagesse (comme une connaissance basée sur l'expérience), de force (comme le courage ou la « capacité à supporter la souffrance »), de chaleur, de gentillesse, ou d'acceptation sans jugement. Le thérapeute

peut aider à définir ces qualités avant l'imagerie et les rappeler pendant le déroulement de la visualisation. L'imagerie est proposée de façon multi-sensorielle afin de susciter des sentiments « chaleureux ». Le thérapeute doit également obtenir une description de son apparence visuelle, de son ton de voix, de son apparence physique (Gilbert & Proctor, 2006). Pour préparer la séance, on peut proposer une recherche d'images, de citations, d'odeurs, de sensations évoquant la compassion. Lee (2005) suggère également que les clients fassent un résumé écrit. Mais on peut également proposer la création d'une image composite constituée de l'ensemble des éléments visuels. Pour Gilbert (2005b), le but de l'IFC est de développer l'accès aux systèmes neurophysiologiques qui sous-tendent l'effet de l'apaisement. La création de cette « nouvelle voie » ne permet pas automatiquement de sortir de l'ornière de nombreuses années d'autocritique et nécessitent une persévérance. Par conséquent il est préconisé de pratiquer régulièrement l'imagerie dans diverses circonstances en utilisant différentes stratégies. Bien qu'il y ait peu de recherches sur ce que signifie « régulièrement » dans ce contexte, Gilbert (comm. Pers., Févr.2007) a indiqué que les membres de ses groupes de TFC s'entraînent à chaque session de groupe et sont également encouragés à le faire à la maison, par exemple en écrivant une lettre de compassion à soi-même.

1.5.2. Effets positifs de l'imagerie focalisée compassion

L'IFC, qui consiste à visualiser la compassion envers soi-même ou à imaginer des personnes dirigeant de la compassion vers soi, est proposée pour activer le système d'attachement et les systèmes physiologiques liés au sentiment d'apaisement et de calme via le système nerveux parasympathique, comme en témoignent les mesures physiologiques telles que l'amélioration de la variabilité du rythme cardiaque et la réduction des niveaux de cortisol (Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman & Glove, 2008). Il a été démontré que des essais uniques dans des populations non cliniques réduisent les émotions négatives, augmentent l'estime de soi et produisent des changements physiologiques associés à l'atténuation des comportements de défense contre les menaces (Lincoln, Hohenhaus & Hartmann, 2013, Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman, & Glove, 2008), et la pratique régulière de l'IFC a produit une amélioration dans les populations cliniques et non cliniques (Matos et al., 2017; McEwan & Gilbert, 2016; Naismith, Mwale, & Feigenbaum, 2019). Recevoir la gentillesse et le

soutien des autres a été lié à l'activation du système d'apaisement (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005, Wang, 2005) qui peut réduire l'activation liée à des informations socialement menaçantes.

1.5.3. Imagerie Focalisée sur la Compassion et autocritique

Gilbert & Irons (2004) ne montrent pas de changement significatif dans l'autocritique dans une étude de l'effet de l'Imagerie Focalisée sur la Compassion pour des participants ayant un niveau élevé d'autocritique. Certaines recherches ont montré que les personnes obtenant un score plus élevé d'autocritique peuvent présenter des réactions indésirables après un seul épisode d'IFC (Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman & Glover, 2008, Rockliff et al., 2011). Duarte (2015) a montré qu'à la suite des deux interventions d'imagerie, des analyses de mesures répétées ont révélé que l'alpha-amylase augmentait considérablement pour les participants présentant une autocritique élevée par rapport aux participants présentant une autocritique faible. Les participants ayant une autocritique élevée ont montré un plus grand sentiment d'insécurité à l'entrée dans la session d'imagerie. L'IFC semble plus négatives pour les participants ayant une autocritique élevée.

1.5.4. Modification du protocole d'Imagerie Focalisée sur la Compassion

Paul Gilbert intègre au modèle de thérapie fondée sur la compassion, l'expérience de Sorce, Emde & Campos (1985) déjà évoquée au début de l'introduction (cf. p19), de la falaise visuelle ou « visual cliff » pour expliquer l'importance du rôle de la connexion sociale dans la compassion. Dans cette expérience, un enfant est amené à traverser une table en verre transparente sous laquelle il perçoit clairement un précipice pour rejoindre sa mère et un jouet attrayant. L'expression émotionnelle de sa mère est un déterminant contextuel qui va déclencher le comportement de l'enfant. Si la mère sourit, l'enfant va explorer la surface vitrée, si elle fait un visage effrayé, il ne franchit pas l'obstacle. Cette expérience va servir ici de base pour tester l'idée que le sentiment de connexion sociale est un régulateur émotionnel permettant le comportement d'aller vers la souffrance. Cette exploration est en effet au cœur de la définition de la compassion. Nous faisons ici l'hypothèse que l'activation de la focalisation sur les éléments de connexion joue un rôle de régulateur émotionnel et attentionnel

facilitant l'exposition à la souffrance perçue dans la compassion, réduisant les émotions négatives perçues chez les personnes ayant un haut niveau d'autocritique et en ouvrant le champs attentionnel, limitant ainsi les bais d'attention vers la menace. Nous faisons donc l'hypothèse que la perception d'une relation positive va faciliter la régulation émotionnelle pour ces personnes.

Afin de limiter l'effet de l'autocritique sur l'IFC, nous avons donc modifié le protocole d'IFC en ajoutant la centration de l'attention du participant sur le sourire de la personne visualisée. Classiquement, l'IFC propose de visualiser une personne exprimant de la compassion envers soi, une personne chaleureuse, bienveillante, ayant notre bien être à cœur. Nous avons ajouté la consigne (cf. annexe 2) de visualiser cette personne comme souriante et de focaliser l'attention sur les signes associés au sentiment de connexion sociale : la forme de la bouche souriante, les yeux plissés et brillants, la distance interpersonnelle, l'odeur, la sensation de sourire soi-même, le ressenti intérieur de chaleur ou de légèreté et finalement le sentiment de connexion. L'émotion activée a été appelée « joie sociale », selon les recommandations d'Ekman (2016) d'augmenter le lexique des émotions positives.

1.5.5. La joie sociale

La j**oie sociale,** concept très proche du concept sanskrit Kama Muta (Zickfeld, 2018) permet de définir le sentiment qui s'active lors de la connexion sociale. En effet, à l'instar des chercheurs qui ont étudié Kama Muta, nous sommes arrivés à la conclusion que le sentiment de connexion associé à la compassion n'avait pas de terme. A la différence de l'amour qui est une motivation, la joie sociale est une émotion transitoire. Elle ne dure que quelques secondes ou minutes mais peut se réactiver sans limite.

Dans le cadre de cette thèse, nous proposons de définir la joie sociale comme *la joie d'une attention ou d'une présence partagée* (leboeuf, 2017). Le concept de joie sociale n'a été précédemment utilisé, à notre connaissance, que par Panksepp (2007) pour décrire la joie observée lors d'une interaction chez les animaux. Narvaez (2014) l'a également utilisé dans une approche transdisciplinaire pour décrire le besoin humain fondamental de connexion.

Une étude exploratoire a été réalisée (Leboeuf, Rusinek, 2016a, 2016b) de la perception de la joie dans la compassion parmi les chercheurs et cliniciens travaillant sur la compassion. Les 47 participants ont été recrutés via la mailing-list de la Compassionate Mind Foundation. Ils venaient principalement du Royaume-Uni, avec différentes nationalités comme le Japon, les États-Unis, la Grèce, la Suisse, l'Australie, l'Irlande, les Pays-Bas, le Danemark, la France, l'Allemagne, et le Canada. La plupart étaient psychologues (psychologues et psychologues cliniciens, chercheurs ou psychothérapeutes). L'âge moyen des participants était de 48 ans avec 75% de femmes. Cette recherche a montré l'absence de consensus autour de la notion de joie dans la compassion. Par le biais de questions à choix multiples nous avons sondé que 49% d'entre eux associaient la joie à la compassion et 12% associaient la compassion à toutes les émotions. Parmi ceux qui associent la joie à la compassion, 63% l'utilisent consciemment pour faciliter la compassion chez leurs clients. 65% l'utilisent pour activer leur propre compassion et 81% utilisent des signaux d'affiliation pour activer les souvenirs liés à la compassion. 82% pensent que la joie augmente la probabilité des comportements de compassion et 83% la probabilité des comportements d'auto-compassion.

1.5.6. La joie facilite la compassion

Seules quelques recherches explorent l'idée que la joie pourrait faciliter la compassion. Mahoney (2009) a montré de façon expérimentale, que la joie augmente la probabilité de compassion pour les autres. Klimecki, Leiberg, Ricard & Singer (2014) montrent qu'à la différence de l'empathie, la compassion va activer des émotions positives alors qu'Engen & Singer (2015) montrent que des pratiquants expérimentés dans la pratique de la méditation liée à la compassion vont activer des émotions positives avant l'apparition de stimuli liés à la souffrance. La compassion est donc bien associée à l'activation d'émotions positives.

1.5.7. Liens entre circuits motivationnels et émotions positives

Les circuits d'émotion et de motivation sont étroitement liés (Koelsch, 2011 ; Pessoa, 2008). Chaque circuit motivationnel va mettre en jeu possiblement toutes les émotions et tous les processus

psychologiques. Certains chercheurs ont mis en avant qu'ils ne peuvent pas être séparés les uns des autres. Ils ont fait valoir que les émotions positives et négatives sont provoquées en récompensant et en punissant les signaux renforçateurs, respectivement (Burgdorf & Panksepp, 2006 ; Rolls, 2000), et que l'expérience des émotions est le résultat de l'activation de circuits cérébraux spécialisés dans la gestion de ces signaux (Lang & Bradley, 2010). L'humeur positive peut être conceptualisée comme un système de récompense, incitant les gens à apprendre de nouvelles contingences, à s'associer librement et à élargir leurs cognitions (Bar, 2009 ; Carver, 2003). D'un autre côté, l'affect positif ne peut pas non plus être réduit à la récompense. Les études en neuro-imagerie ont montré que l'affect positif se compose de facettes distinctes, associées à différents systèmes neuronaux sous-jacents. Plus précisément, « vouloir » reflète l'aspect motivationnel lié à la récompense et « aimer » l'expérience subjective du plaisir (Berridge et al., 2009). De plus, l'expérimentation de sentiments positifs englobe également une expérience consciente subjective (Barrett et al., 2007 ; Kringelbach, 2005). Cependant, ce raisonnement ne nie pas les liens étroits entre la récompense et l'humeur positive, mais postule plutôt que l'humeur positive découle de la récompense et partage partiellement les mêmes mécanismes cérébraux (Kringelbach, 2010). Cette distinction nous semble pertinente pour comprendre les liens entre la compassion comme motivation et les émotions positives qui vont s'associer à l'obtention de la libération de la souffrance comme récompense sans être toutefois exactement la même chose. Ekman (2016) propose d'appeler la joie liée à la compassion : la joie de la compassion. Cette émotion n'est pas la compassion mais l'état émotionnel lorsque la compassion a été efficace pour libérer les souffrances. Après avoir sauvé une vie, on peut ressentir une intense joie mêlée à de la fierté avec un sentiment d'avoir été utile. C'est cet état transitoire qu'Ekman appelle la joie de la compassion. Il est possible de faire l'hypothèse que ce sentiment va jouer un rôle de renforçateur dans la compassion.

Synthèse :

- Ce chapitre définit l'imagerie focalisée sur la compassion, son protocole et résume la littérature concernant les effets positifs démontrés. Les effets liés à l'autocritique sont également décrits et les modifications apportées pour activer la joie sociale.
- La joie sociale est définie ici comme *la joie d'une attention ou d'une présence partagée*.
- Les liens entre circuits motivationnels et émotions positives sont présentés.

1.6. Le rôle de la relation dans la compassion

Nous avons vu précédemment que dans la thérapie fondée sur la compassion, la relation que nous avons à nos douleurs et émotions, c'est-à-dire la troisième flèche (selon l'extension du Sutra des deux flèches, proposé par Gilbert et Choden, 2013), détermine la souffrance. La thérapie fondée sur la compassion s'appuie sur la théorie de l'attachement pour conceptualiser le rôle de la relation dans la compassion. Nous allons explorer ici les apports et limites de ce modèle ainsi que l'apport d'autres modèles à l'élaboration de notre problématique émotionnelle et attentionnelle.

Cette question va être explorée au travers de différents modèles théoriques, la théorie de l'attachement : la thérapie fondée sur la compassion intègre la théorie de l'attachement, la théorie du niveau de base social et le modèle d'ouverture et de construction

Nous allons également explorer plusieurs modèles de thérapie, la théorie des schémas émotionnels, la Compassion Focused Acceptance and Commitment Therapy, le modèle de régulation émotionnelle basé sur le modèle de thérapie fondée sur la compassion ainsi qu'une perspective yogique sur la régulation de l'approche du besoin de connexion (également intégrée dans le modèle de TFC).

Tous ces modèles ont fait l'objet de validations théoriques et sont appuyés par des données empiriques que nous allons détailler ci-après. Ils font également l'objet d'un consensus scientifique bien que ne recoupant pas nécessairement les mêmes communautés scientifiques. Nous allons faire une présentation rapide de ces sept modèles en essayant de clarifier leur apport pour comprendre le rôle de la relation dans la compassion.

1.6.2. Apport de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement élaborée par Bowlby (1907-1990) et étayée par de nombreux auteurs comme Mikulincer & Shaver (2007) permet d'accéder à une compréhension de la compassion comme motivation ancrée dans la fonction du soin propre aux mammifères. Cette approche a offert de nombreuses recherches sur les interactions parents-enfants et la façon dont elles façonnent la

construction psychologique. Cozolino (2007) et Siegel (2001) ont montré qu'elles influencent le développement cérébral et les compétences. L'internalisation des liens affectifs va jouer un rôle clef dans la régulation des émotions. Le soin affectif reçu va favoriser la régulation de la menace alors que le rejet et l'exclusion vont impacter négativement la régulation physiologique et faciliter les comportements d'évitement, d'ambivalence ou de prise de risque (Cozolino, 2007 ; Porges, 2003). Les mammifères ont une stratégie de transmission de la vie unique. La durée de maturation chez les mammifères est très longue et s'appuie sur le lien social pour acquérir des compétences. Les mammifères nourrissent leurs petits et les protègent. La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969,1973) conceptualise le lien sécurisant permettant une protection des menaces extérieures comme central. Ce lien va être internalisé et fonctionner comme système de régulation et de protection face à la menace.

La nécessité de former des attachements et des liens ne se limite pas à la relation parent-enfant. Les relations sociales de soutien sont essentielles pour le bien-être physique et psychologique tout au long de la vie (Baumeister & Leary, 1995 ; Caporael & Baron, 1997 ; Cohen & Syme, 1985 ; Smith, Murphy & Coats, 1999). En matière d'amitié ou de relations sexuelles à long terme, les humains sont très sensibles à la recherche d'individus altruistes (Phillips et al., 2008). Gilbert (1989, 2009) a également suggéré que les humains recherchent des relations qui ont des propriétés régulatrices physiologiques et psychologiques et activent de l'apaisement. Se sentir soutenu a un impact fondamental sur la régulation des états physiologiques et émotionnels et procure des sentiments de sécurité (Cacioppo, Berston, Sheridan & McClintock, 2000). La menace d'exclusion sociale, au contraire active les mécanismes associés à la détection de la douleur physique (Eisenberger, Lieberman & Williams, 2003). C'est un puissant déclencheur de réponses physiologiques aux menaces (Dickerson & Kemmeny, 2004). A long terme, le sentiment d'isolement et de manque de soutien est lié à des problèmes de santé mentale et physique (Cacioppo & Hawkley, 2009 ; Cacioppo & Patrick, 2008 ; Caporael, 2001 ; Cozolino, 2007 ; Gilbert, 1989, 2005 ; Miller, 2011).

Intérêt et limite du modèle d'attachement

La théorie de l'attachement, sous-tend l'existence de schémas cognitifs correspondant à l'intériorisation des relations d'attachement. Cette théorie permet de faire l'hypothèse que la joie sociale, expérimentée de façon répétée permettrait de renforcer un schéma d'attachement « secure » (Bowlby, 1969, 1973), mais l'impact en une séance nous semble plus difficile à expliquer avec cette théorie. Nous ne remettons pas en question ces schémas, largement validés scientifiquement mais les schémas étant stables dans le temps, ils expliquent difficilement le changement d'attitude comportementale observé par Davidson & Rickman (1999) qui montre que la corrélation entre l'inhibition comportementale d'un enfant à l'âge de 3 ans et à 9 ans n'est que de .03.

1.6.3. Apport de la théorie du niveau de base social

La Théorie du niveau de Base Social (TBS) vise à organiser un certain nombre de données scientifiques récentes en lien avec le rôle de la proximité sociale dans la régulation émotionnelle. Elle part du principe que la proximité sociale est un niveau de base pour l'être humain. C'est une théorie proche de la théorie de l'attachement mais qui aborde la question du lien entre les relations sociales et la santé (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010) d'un point de vue neurocognitif. Elle intégré également des éléments d'écologie comportementale et de science de la perception (Beckes, Coan, 2011). Elle s'appuie sur le principe comportemental de l'économie d'action de Krebs & Davies (1993) qui stipule qu'un organisme doit prendre plus d'énergie qu'il n'en donne pour survivre. La TBS met en avant que les relations sociales permettent une optimisation des dépenses. Les relations sociales sont caractérisées par l'interdépendance, des objectifs partagés et une attention commune (Tomasello, Carpenter, Call, Behne & Moll, 2005). Elles sont favorisées tout au cours de la vie pour diminuer les coûts énergétiques mais également l'incertitude d'un environnement potentiellement menaçant. Ce modèle prend en compte la variabilité interindividuelle en termes de recherche et de bénéfice social. Selon ce modèle, la proximité physique est source de régulation émotionnelle, non en termes de comportements actifs ayant un impact sur la réactivité émotionnelle de l'autre, mais en termes de processus ascendants au même sens qu'un sac à dos lourd induit une modification de la perception des distances et va amener à percevoir une colline comme plus éloignée et plus haute,

comme l'a montré l'expérience de Proffitt, Stefanucci, Banton & Epstein (2005). Il est probable que ces changements perceptifs régulent la motivation à gravir les collines. Schnall, Harber & Stefanucci (2008) ont montré que les collines semblent littéralement moins abruptes debout à côté d'un ami. Il semble que le cerveau interprète les ressources sociales comme des ressources bioénergétiques à l'instar de l'oxygène ou du glucose. Henriksen, Torsheim & Thuen, (2014) ont montré que les individus socialement isolés consomment plus de sucre, même après l'ajustement des indices de masse corporelle, d'image de soi liée au poids, de dépression, d'activité physique, de niveau d'instruction, d'âge et de revenu.

A l'origine, cette théorie s'est construite dans le cadre recherches réalisées par l'imagerie par résonnance magnétique fonctionnelle (IRMf). Le « niveau de base » correspond à une procédure méthodologique utilisée dans ce domaine de recherche. Une convention classique consiste à comparer un traitement expérimental à une ligne de base caractérisée par le fait de rester seul dans le scanner. Cette convention est fondée sur l'hypothèse que les traitements expérimentaux présentent des stimuli sensoriels qui sont absents pendant que les participants sont seuls. Mais l'étude de l'activité cérébrale suggère que le cerveau répond quand il est seul, comme si des stimuli sensoriels avaient été ajoutés, et non retirés. Le cerveau semble « au repos » lorsque les ressources sociales sont disponibles (Zhang, Li, Beckes, Coan, 2013). En d'autres termes le fonctionnement de base du cerveau humain n'est pas inscrit dans l'isolement mais plutôt dans la connexion.

Le sentiment de solitude

Pour la TBS, le niveau de base est l'état de connexion. La situation d'isolement social va induire une augmentation de la perception de la menace et une plus grande consommation d'énergie. Bar-Kalifa et Rafaeli (2015) ont montré que cette augmentation de l'effort cognitif et physiologique s'accompagne fréquemment de détresse, à la fois aiguë et chronique, avec toutes les séquelles négatives pour la santé et le bien-être que cela implique. On peut faire le lien ici avec les recherches portant sur le sentiment de solitude (Hawkley, Cacioppo, 2010) qui ont montré une activation physiologique associée au sentiment d'isolement comparable à une agression physique en termes d'hormones de stress et de cortisol.

Distribution du risque

Dans les groupes sociaux, la vigilance individuelle vis-à-vis des menaces diminue à mesure que la taille du groupe augmente (Roberts, 1996). En effet les animaux qui utilisent une grande partie de leur attention pour se nourrir vont devoir s'arrêter pour surveiller la survenue de prédateurs. Le groupe va permettre de réduire la tache de surveillance et augmenter le temps consacré à se nourrir. Plus le groupe sera constitué d'un grand nombre d'individus plus cette charge attentionnelle va s'alléger. Selon la TBS, la vigilance à la menace est une forme d'affect négatif. Si ce postulat est juste, alors la proximité sociale peut être vue comme une diminution du comportement de vigilance via la régulation des émotions négatives. Un exemple de ce mécanisme réside dans la modulation, par la taille du groupe d'indicateurs de stress chez les animaux. Par exemple la concentration de cortisol salivaire chez les montons est plus élevée quand le groupe est plus petit (Michelena, et al. 2012)

Coan & Maresh (2014) expliquent que le niveau de base social est lié à un partage de charge. La connexion sociale ajoute des informations et l'individu va, selon un mécanisme de type Bayesien (c'est-à-dire un mécanisme d'inférence des probabilités à partir d'observations et faits connus), ajouter de l'information concernant ses ressources sociales et donc augmenter son degré de certitude. Son environnement va ainsi gagner en fiabilité grâce à l'interdépendance. La présence d'un individu proche va réduire statistiquement le risque de menace perçue. Le besoin énergétique et les affects négatifs vont pouvoir être réduits. Schaefer, Larson, Davidson & Coan (2014) ont montré que bien que le cerveau soit très sensible à la menace perçue, tenir la main de quelqu'un peut atténuer considérablement cette perception. Coan, Schaefer & Davidson ont montré en 2006 que plus la relation est proche, de qualité, intime et mutuelle, plus la perception de la menace est réduite (Coan et al. 2013). La TBS suggère que le cerveau va utiliser l'intégration de savoirs affectifs, expérientiels et contextuels, en d'autres termes les émotions (Barrett, 2006 ; Lindquist & Barett, 2008) pour créer des biais perceptifs qui guident les actions vers une issue plus favorable (Coan, 2008). Lorsqu'un individu tient la main de quelqu'un, le cerveau semble s'apaiser et revenir à un niveau de base, de calme relatif, ce qui suggère qu'il n'y a pas d'activation cérébrale particulière. Pour la TBS, cette perception de proximité relationnelle comme ressource bioénergétique est liée à l'expérience

subjective de soi. De nombreux théoriciens comme Aron & Aron (1997) ont suggéré que le soi est « élargi » par la relation avec les autres et que la perception de l'autre comme extension de soi détermine la qualité de la relation. Cela peut être littéralement vrai au niveau neuronal. Par exemple, le cerveau encode les menaces perçues comme dirigées contre un autre familier de manière très similaire à la façon dont il encode les menaces dirigées contre soi-même - mais pas pour les étrangers (Beckes, Coan & Hasselmo, 2013). Un proche peut non seulement partager des ressources attentionnelles mais peut également contribuer activement au bien-être d'un individu en partageant ses ressources, en prenant des actions de protection ou de soin qui permettront une économie neuronale et comportementale. Ainsi la menace perçue est réduite lorsque l'on tient la main de quelqu'un et ce phénomène est amplifiée lorsque c'est la main d'un époux (Coan, 2006, Coan et al., 2013). Coan a démarré ses recherches qui ont menées à la TBS par l'observation clinique d'un patient, qui a pu, dans le cadre d'un protocole de TCC, accéder à de l'exposition au traumatisme grâce à la présence de son épouse qui lui tenait la main. L'attachement est pensé dans ce modèle comme une fusion neurale (et conceptuelle) de soi et de l'autre.

TBS et attachement

La TBS et la théorie de l'attachement sont étonnamment similaires, et ne proposent pas que l'un invalide ou supplante l'autre. La TBS décrit plutôt un ensemble de principes organisationnels qui ne contredisent pas nécessairement la théorie de l'attachement, mais peut la subsumer. Les styles d'attachement, décrits dans la théorie de l'attachement, peuvent être interprétés au sein de la TBS comme des probabilités a priori dans un processus bayésien permettant de prédire la disponibilité des ressources sociales.

Conclusion

La TBS suggère que le cerveau humain suppose la proximité de relations sociales caractérisées par un partage d'objectifs, d'interdépendance, de présence et de confiance ; et que le cerveau humain interprète les relations sociales comme des ressources bioénergétiques, codant les autres comme

faisant partie de soi. Ce modèle nous permet d'expliquer comment la connexion sociale va jouer un rôle dans la régulation des émotions négatives, tant sur le plan attentionnel que sur le plan émotionnel.

1.6.4. Apport du modèle d'ouverture et de construction

Ce modèle est inscrit dans le champ de la psychologie positive qui cherche à comprendre et encourager les facteurs qui permettent aux individus mais aussi plus largement aux sociétés de croître et de prospérer (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000). Fredrickson (2001, 2004a) a permis avec le modèle d'ouverture et de construction de définir et d'étudier la tendance à l'action associée aux émotions positives. En effet avant elle, différents auteurs ont montré que les affects positifs sont associés aux comportements d'approche (Cacioppo, Gardner, & Berntson, 1999 ; Davidson, 1993) et aux comportements de persévérance (Carver, 1990). Fredrickson (2001, 2004a) a montré que les émotions positives comme la joie, l'intérêt, le contentement, la fierté ou l'amour sont associées à l'ouverture du répertoire pensée-action et permettent de construire les ressources personnelles d'endurance physique, intellectuelles, sociales ou psychologiques. Ce modèle se place en différentie des modèles précédents basés sur des tendances d'action spécifiques. Il met en avant que les affects positifs ouvrent le champ perceptif (Derryberry & Tucker 1994 ; Fredrickson, 2001, 2004b). Nous approfondirons les données allant dans ce sens au chapitre sur l'attention. En effet, nous allons questionner dans notre problématique, le rôle de cet aspect des émotions positives dans la compassion. On note également ici, que les émotions positives sont associées aux comportements d'approche. On retrouve dans la définition même de la compassion, l'idée d'une motivation à aller vers la souffrance, ce qui nous semble un argument pour soutenir l'hypothèse que les émotions positives jouent un rôle clef dans la régulation des émotions dans le processus de compassion. Par ailleurs, dans le modèle de Fredrickson (2001) on retrouve également l'idée que les émotions positives vont « défaire » les émotions négatives (Fredrickson & Levenson, 1998 ; Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000) qui sont incompatibles avec les émotions positives. Les émotions positives auraient comme effet, de par l'ouverture du répertoire pensée-action, de faciliter la réduction de l'effet des émotions négatives qui préparent pour une action spécifique. Elles seraient également médiatrices de résilience. Les individus plus résilients utiliseraient l'activation d'émotions positives en situation stressante par la réévaluation positive, les stratégies de résolution de problème

et l'activation d'un sens positif aux événements (Folkman & Moskowitz, 2000). Les émotions positives pourraient ainsi au cours du temps, construire la résilience psychologique, en renforçant une ouverture attentionnelle et cognitive, en permettant davantage de créativité et de flexibilité (Aspinwall, 1998, 2001 ; Isen, 1990) et en permettant de renforcer une signification positive des événements ordinaires de même que dans l'adversité (Hillsdale, Erlbaum, Affleck & Tennen, 1996 ; Folkman & Moskowitz, 2000 ; Fredrickson, 2000).

Conclusion :

Ce modèle montre donc que les interactions sociales, par le biais de l'activation d'émotions positives comme l'amour ou la joie vont avoir un effet bénéfique immédiat dans la gestion d'une situation difficile et la restauration plus rapide après une émotion négative. Elles vont également être un facteur de résilience à long terme, comme les jeunes mammifères qui jouent pour le plaisir vont renforcer leurs ressources pour faire face lorsqu'ils deviendront autonomes. Cet effet va être lié à une augmentation de la flexibilité cognitive et à une ouverture attentionnelle permettant de limiter les processus de focalisation attentionnelle sur les stimuli menaçant et en atténuant les tendances d'action spécifiques activées en situation de stress.

1.6.5. Apport de la thérapie des schémas émotionnels

La Thérapie des Schémas Émotionnels (TSE) de Leahy est un modèle de thérapie « métacognitif ou méta-expérientiel » des émotions où les émotions sont considérées comme des objets de cognition sociale (Leahy, 2002, 2005a, 2007a, 2007b; Wells, 2009). Selon ce modèle, les émotions sont pensées, interprétées, évaluées et impliquent une tendance d'action vis-à-vis des émotions. L'ensemble de ces stratégies comportementales correspondent à des « schémas émotionnels ». Ces schémas peuvent s'exprimer sous forme de croyances négatives sur les émotions, comme la croyance que les émotions n'ont pas de sens, qu'elles durent indéfiniment, qu'elles sont nous submerger, qu'elles sont honteuses, ou encore la croyance d'être le seul à ressentir une émotion, qu'il ne faut pas les exprimer ou qu'elles ne seront pas validées par les autres. Certains styles d'adaptation aux émotions sont problématiques, comme la rumination, l'inquiétude, l'évitement, la consommation

d'alcool, les crises de boulimie ou la dissociation. D'autres sont plus positifs ou « adaptatifs » et impliquent davantage d'aller vers les émotions, de les exprimer et permettent une meilleure validation des autres et de soi. Elles ont alors plus de sens, elles sont acceptables, sources de connexion, perçues comme des événements transitoires. Pour Leahy, la thérapie fondée sur la compassion permet d'aider les patients à apaiser leurs émotions et, par conséquent, à modifier leur expérience des schémas émotionnels de peur et de honte.

Les mécanismes centraux de régulation émotionnelle dans le modèle de TSE

Leahy décrit une dimension centrale pour le développement des troubles émotionnels qui est la suppression ou l'évitement émotionnel d'un côté et l'exposition de l'autre. L'exposition est depuis longtemps connue et utilisée en thérapie comportementale et cognitive (Barlow, Allen, & Choate, 2016; Foa & Kozak, 1986). Mais également dans la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) qui propose que l'évitement expérientiel soit un processus sous-jacent à différents troubles psychopathologiques (Hayes, Wilson, Gifford, Follette et Strosahl, 1996). L'évitement émotionnel est également au cœur de la conceptualisation du trouble de personnalité limite par Linehan. En effet, elle caractérise l'individu atteint de trouble borderline comme étant « émotionnellement phobique » et conceptualise le trouble borderline dans la thérapie comportementale dialectique comme un trouble de la régulation des émotions (Linehan, 1993a, 1993b). Cette approche thérapeutique comportant des éléments de pleine conscience équilibre l'utilisation des techniques d'acceptation et de changement. Elle vise à aider les patients à surmonter leurs peurs et leurs évitements émotionnels. De plus en plus, les modèles cognitivo-comportementaux sont élargis pour intégrer les perspectives de régulation des émotions. On parle souvent de troisième vague. Barlow et ses collègues (2004) ont développé une théorie et un traitement unifié des troubles de l'humeur et de l'anxiété basés sur une théorie de régulation des émotions. Il existe une grande variété de stratégies de régulation des émotions, qui peuvent être utiles ou non. Une méta-analyse récente des stratégies de régulation des émotions dans une variété de troubles a indiqué que les stratégies les plus fréquentes sont la rumination, suivie de l'évitement, de la résolution de problèmes et de la suppression émotionnelle. La réévaluation et l'acceptation sont moins présentes (Aldao, Nolen-Hoeksema et Schweizer, 2010). Cette méta-analyse

nous éclaire sur les stratégies de régulation utilisées dans le cadre de troubles émotionnels mais ne permet pas une conclusion de type causale (c'est-à-dire que l'on ne peut pas en conclure que ces stratégies causent le trouble). La nature transdiagnostique de la dérégulation émotionnelle prend une part de plus en plus centrale dans les principaux courants thérapeutiques dans l'ensemble des approches validées empiriquement (Harvey, Watkins, Mansell et Shafran, 2004; Kring et Sloan, 2010).

Les schémas émotionnels :

Beck et ses collègues ont mis en évidence l'existence de schémas décisionnels et relationnels, constituant des règles cognitives permettant de réaliser des prévisions concernant l'environnement dans des situations spécifiques (Beck et al. 2004 ; Clark, Beck & Alford, 1999). Ces règles si elles deviennent rigides entrainent des biais de perception et peuvent impacter les comportements. Beck a suggéré qu'une structure supérieure ou organisatrice se situe au-delà de ces schémas (Beck, 1996 ; Clark et al., 1999). Cette structure super-ordonnée est appelée « mode », comme par exemple les modes de colère, de dépression et d'anxiété. Leahy (2011) se réfère aux « schémas » de la manière proposée par Beck (2004) c'est à dire des croyances et des stratégies concernant les autres, soi, le corps, les sentiments et d'autres « objets d'expérience » spécifiques. La différence est que pour la TSE, ce sont les croyances concernant l'expérience émotionnelle qui sont centrales. Ces croyances vont induire des biais comme l'évitement expérientiel (par exemple, la suppression, l'engourdissement, l'évitement, l'évasion), d'éventuelles « stratégies cognitives » inutiles (par exemple, la confiance excessive dans l'inquiétude et dans la rumination), la recherche de validation sociale (stratégies de validation émotionnelle ou de suppression de l'expression des émotions) ou d'autres stratégies. C'est selon Leahy, l'évaluation de la légitimité de l'émotion qui va influer sur le choix des stratégies de contrôle, suppression, gestion ou expression de l'émotion.

La TSE est donc une forme de thérapie cognitive et comportementale fondée sur certains principes clés (Leahy, 2002, 2009) comme l'idée que les émotions douloureuses et difficiles sont universelles. Les émotions ont émergé au cours de l'évolution, car elles ont fourni un avantage adaptatif en prévenant des dangers et en nous orientant vers nos besoins. Les croyances et les stratégies associées

(schémas) concernant les émotions déterminent l'impact d'une émotion sur l'escalade ou le maintien de l'émotion. Par exemple, les croyances catastrophiques au sujet de l'anxiété conduisent à une escalade de l'anxiété, à l'instar du modèle de panique de Barlow et al. (2004). Les schémas problématiques incluent la dramatisation de l'émotion, le fait de penser les émotions comme dénuées de sens, permanentes, incontrôlables, honteuses, propres à soi et/ou devant être gardé pour soi. Les stratégies de contrôle émotionnel telles que les tentatives de supprimer, d'ignorer, de neutraliser ou d'éliminer les émotions (par exemple par l'abus de substances et les crises de boulimie) aident à confirmer les croyances négatives des émotions comme des expériences intolérables. L'expression et la validation des émotions sont utiles dans la mesure où elles normalisent, universalisent, améliorent la compréhension, différencient diverses émotions, réduisent la culpabilité et la honte, et aident à accroître et à renforcer la croyance que les émotions sont tolérables.

Conclusion

On peut voir dans le modèle de Leahy que les émotions sont considérées comme des objets de cognition sociale (Leahy 2002, 2005a, 2007a, 2007b; Wells, 2009) dans le sens où la façon de penser l'émotion est inscrite dans la relation à l'émotion. Ce sont les croyances et comportements concernant les émotions qui vont impacter la relation aux émotions et leur régulation. La thérapie fondée sur la compassion est perçue ici comme une stratégie permettant de travailler les croyances ou schémas concernant les émotions et faciliter l'exposition et l'intégration émotionnelle. Cette approche permet de travailler la relation aux émotions et d'interagir avec elles en explorant un nouveau style relationnel, ancré dans la compassion.

1.6.6. La Compassion Focused Acceptance and Commitment Therapy (CFACT)

Yadavaia (2014) a montré que la flexibilité psychologique, processus spécifiquement ciblé dans la thérapie d'acceptation et d'engagement (approche de thérapie cognitive et comportementale de troisième vague développée par Hayes (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)) est un médiateur des changements d'auto-compassion dans le cadre d'un essai randomisé. L'effet d'un atelier de 6 heures

basé sur l'ACT ciblant l'auto-compassion a été comparé à l'effet d'une liste d'attente. Du prétraitement au suivi de 2 mois, l'ACT était significativement supérieure à la condition contrôle pour l'auto-compassion, la détresse psychologique générale et l'anxiété. Les analyses de processus ont révélé que la flexibilité psychologique était un médiateur important des changements de l'auto-compassion, de la détresse psychologique générale, de la dépression, de l'anxiété et du stress. Les analyses exploratoires de modération ont révélé que l'intervention avait été davantage bénéfique en termes de dépression, d'anxiété et de stress pour les personnes ayant des antécédents de traumatisme plus importants.

Tirch, Silberstein & Schoendorff (2014) ont proposé un modèle d'intégration de l'ACT et de la TFC. Cette approche, si elle n'a pas été validée empiriquement, présente l'intérêt que clarifier la façon dont la compassion est en lien avec la flexibilité psychologique, schématisée sous forme d'hexaflex. Tirch & Silberstein proposent le concept de « compassionate flexibility » ou la flexibilité de la compassion. Ils proposent de considérer que, comme pour l'auto-compassion de Neff (2003), ces processus correspondent à des termes de niveau intermédiaire. Les différentes dimensions de la flexibilité de la compassion et de la flexibilité psychologique ne sont pas précisément liées les unes aux autres. Cependant, l'intégration conceptuelle et technique de la compassion et de la flexibilité psychologique a été étudiée pour permettre aux cliniciens de créer des interventions ciblées conçues pour aider les clients à mener une vie adaptative et inspirée par la compassion.

La flexibilité de la compassion est définie comme la capacité à être pleinement dans le moment présent, en étant conscient et sensible humainement aux émotions avec certaines qualités comme : la sensibilité et la présence à la souffrance en soi et chez les autres ; la motivation à atténuer et prévenir la souffrance humaine en soi et chez les autres ; l'adaptation persévérante aux exigences environnementales, émotionnelles et motivationnelles concurrentes et changeantes et l'engagement à ramener l'attention et les ressources pour soulager et prévenir la souffrance en soi et chez les autres ; la capacité de changer de perspective de manière flexible et à accéder à un sens plus large de soi et des autres, impliquant des expériences d'empathie et de sympathie ; la capacité de se désengager de l'influence excessive des pensées évaluatives et de jugement ; ou encore le maintien d'une perspective ouverte et non jugeante sur l'expérience humaine elle-même, cultivant ainsi la volonté nécessaire et suffisante pour tolérer la détresse rencontrée en soi et chez les autres.

Cette élaboration de la flexibilité de la compassion fournit une démarche conceptuelle au travers des éléments clés de la compassion tels que formulés dans la théorie de TFC, éclairant les processus de l'hexaflex classique.

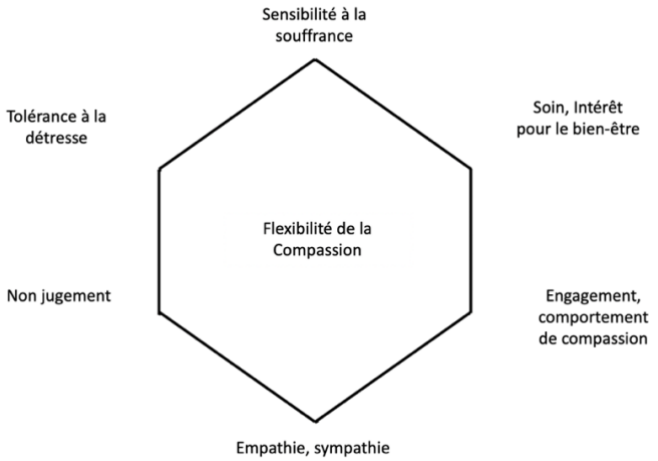


Figure 3: Un modèle de la flexibilité de la compassion illustrant certaines des relations entre les processus de TFC et le modèle hexaflex de flexibilité psychologique de l'ACT, Tirch, Silberstein & Schoendorff (2014).

En travaillant les valeurs, l'ACT ne propose pas de définir des règles ou des objectifs précis pour renforcer les comportements, mais essaye plutôt de clarifier la valeur intrinsèquement renforçante, d'un comportement. L'ACT propose au travers de la clarification des valeurs, un travail de l'intention incarnée au travers de la façon dont nous voulons nous comporter. De façon indirecte l'ACT propose une vision de soi élargie intégrant quelque chose de plus grand. Pour Tirch (2014), une partie du degré de renforcement intrinsèque d'un comportement peut être liée à l'histoire génétique de notre espèce. Les comportements qui ont des fonctions évolutives adaptatives, comme manger ou avoir des relations sexuelles, sont plus susceptibles de se renforcer. De la même façon, la compassion, basée sur l'instinct de soin qui s'est développé, chez les mammifères en lien avec un besoin de protection du groupe, a fait de la motivation à prendre soin du bien-être une valeur intrinsèquement renforçante et très forte pour la plupart des gens tout au long de leur vie.

Selon Hayes (2008), la compassion pourrait être, au-delà de l'importance du libre choix des valeurs, la valeur inhérente au modèle de l'hexaflex.

Un intérêt de ce modèle combinant ACT et CFT est de faire émerger la conscience que les valeurs peuvent être soutenues par des motivations. Dans la pratique clinique, l'ACT renforce souvent des valeurs portées par des motivations pro-sociales. On retrouve ces motivations pro-sociales aux racines théoriques de l'ACT. Pour Skinner « la connaissance de soi est d'origine sociale » (1974, p. 30). Dans les articles sur la spiritualité considérés comme fondateurs de l'ACT, Hayes, Strosahl, & Wilson (2012) et plus tard Villate, Villate, Hayes (2014) relient explicitement la « réponse relationnelle déictique » à un sens transcendant de soi. Le langage permet à la fois l'émergence d'un sentiment de soi défini dans le temps et l'espace, et une ouverture attentionnelle, en élargissant la perspective. L'inter-transcendance renvoie à un sentiment d'interconnexion avec la perspective d'autres personnes, lieux et temps. Cette extension de la prise de perspective est au cœur d'un autre aspect de la spiritualité - un sentiment de connexion empreint de compassion avec les autres. L'ACT propose de favoriser la connexion contextuelle à l'autre plutôt que conceptuelle, de prendre la perspective de l'autre (empathie) plutôt que de définir des règles concernant les comportements de l'autre qui rigidifient la compréhension (défusion, non jugement). Cette prise de perspective nécessite une tolérance à l'émotion ou la douleur de l'autre (sensibilité et tolérance à la souffrance de l'autre) et peut éventuellement permettre de réagir à la souffrance de l'autre (comportement de compassion). L'inter-transcendance nécessite de la flexibilité psychologique et l'on voit bien ici le lien avec la flexibilité de la compassion.

Conclusion :

Le modèle de CFACT permet de clarifier la façon dont l'ACT utilise les valeurs et les motivations pro-sociales sous-jacentes pour faciliter l'exposition aux émotions difficiles et à la souffrance afin de la libérer. En cela, ce modèle nous semble en cohérence avec l'hypothèse que la joie sociale, expérience subjective associée au sentiment d'interconnexion et d'inter-transcendance et l'activation des valeurs pro-sociales vont faciliter l'exposition. Ce processus est représenté par la flexibilité de la compassion.

1.6.7. Apport de la thérapie de régulation émotionnelle

Le modèle de Chris Irons présenté dans « Difficult emotions using Compassion Focused Therapy » (2019) propose d'aborder par la TFC la question de la régulation des émotions. James Gross (2015) propose que la régulation des émotions influence le type d'émotions expérimentées, leur décours temporel, leur intensité et leur expression. Chris Irons focalise son modèle sur 5 compétences clefs de régulation émotionnelle : la conscience des déclencheurs de l'émotion, la conscience des émotions, la capacité à nommer les émotions, la capacité à comprendre les émotions, et la capacité à faire face et utiliser les émotions. Pour chacune, en fonction de la carence ou du développement de cette compétence, une conséquence négative ou une conséquence positive est identifiée comme résumé dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1 : Synthèse des conséquences négatives (extrait d'Irons, 2019)

Compétences clefs :	Conséquences négatives :
Conscience des déclencheurs	Une faible conscience de la situation qui déclenche l'émotion et une faible capacité à la modifier
Conscience des émotions	Une faible conscience de l'émotion, un détachement, une dissociation ou une hypervigilance
Nommer les émotions	Une faible capacité à discriminer les émotions, à les décrire, les exprimer ou les verbaliser
Comprendre les émotions	Une invalidation, une non-mentalisation, une difficulté d'évaluation de l'émotion et de ce qui la maintient
Faire face et utiliser les émotions	Un évitement, un blocage ou une suppression de l'émotion, une faible agentivité sur l'émotion, de l'autocritique, des ruminations, des inquiétudes

Tableau 2 : Synthèse des conséquences positives (extrait d'Irons, 2019)

Compétences clefs :	Conséquences positives :
Conscience des déclencheurs	Une meilleure conscience des déclencheurs de l'émotion et une capacité à modifier l'émotion
Conscience des émotions	Une meilleure conscience des émotions (physiologie corporelle, des impulsions)
Nommer les émotions	Une meilleure capacité à discriminer les émotions, les mélanges d'émotions, les décrire, les exprimer ou les verbaliser
Comprendre les émotions	Une meilleure validation, mentalisation, évaluation des émotions, une meilleure conscience de ce qui maintient l'émotion
Faire face et utiliser les émotions	Une plus grande tolérance, acceptation de l'émotion, pouvoir la modifier, utiliser une régulation ascendante (à partir du corps), utiliser et exprimer les émotions, une pleine conscience et de la compassion

Dans ce modèle, proche de la théorie des compétences émotionnelles (Goleman, 2006), Chris Irons propose que la thérapie fondée sur la compassion permette de travailler chacune de ces 5 compétences et d'augmenter une forme d'intelligence émotionnelle qui va soutenir la gestion des émotions.

1.6.8. Apport d'une perspective yogique et des modèles thérapeutiques incarnés

Les thérapies cognitives et comportementales intègrent différents types d'approches incarnées comme les exercices de respiration ventrale ou la relaxation. La thérapie fondée sur la compassion focalise davantage sur cette dimension thérapeutique avec notamment l'apport du modèle de Yoga adapté au traumatisme de Fay. (2008, 2016). Cette approche permet notamment d'aider les patients à gérer les états de dissociation psychique ou les fortes dérégulations émotionnelles en renforçant une relation au corps et à l'autre plus stable. La théorie polyvagale de Porges (2013) donne des éléments de compréhension des sous-bassements physiologiques, notamment le rôle de l'activation du nerf vague dans le travail relationnel et corporel.

1.6.9. Conclusion

Nous avons vu différents modèles proposant plusieurs possibilités d'action des relations sociales positives dans la compassion. Ainsi nous avons vu que la théorie de l'attachement permet de faire l'hypothèse que la joie sociale, expérimentée de façon répétée pourrait renforcer un schéma d'attachement « secure », mais l'impact en une séance nous semble plus difficile à expliquer avec cette théorie. La théorie du niveau de base social quant à elle explique comment la présence partagée (contexte associé à la joie sociale) agit directement sur la perception des ressources bio-energétiques et les implications en termes de régulation émotionnelle. La théorie d'ouverture et de construction nous permet de clarifier que la joie sociale, comme émotion positive va pouvoir favoriser l'activation de comportements d'approches, nécessaires à aller vers la souffrance dans la compassion et créer une ouverture attentionnelle permettant d'être présent à la souffrance. La théorie des schémas émotionnels explique comment la relation aux émotions, travaillée dans la relation thérapeutique va modifier les

croyances sur les émotions et ainsi faciliter l'exposition et l'acceptation. Le modèle de CFACT offre une opérationnalisation concrète de la flexibilité de la compassion. Le modèle de thérapie de régulation émotionnelle met en avant l'intérêt des émotions positives dans la régulation émotionnelle et finalement la perspective yogique, à l'instar des approches incarnées, explique l'impact d'une relation au corps et à l'autre stable en intégrant la théorie polyvagale. L'ensemble de ces modèles fournit le canevas théorique sur lequel s'appuie les hypothèses qui seront opérationnalisées dans les chapitres suivants.

Synthèse :

- Dans cette partie, nous avons montré que différents modèles conceptuels et de thérapie permettant d'expliquer le rôle des interactions sociales dans la régulation des émotions.
- Ces modèles ne s'opposent pas et sont complémentaires. Ils offrent chacun un élément de compréhension du rôle des interactions sociales dans la régulation des émotions.

1.7. Compassion et processus attentionnels

1.7.1. Connexion et traitement des visages

La thérapie fondée sur la compassion (Gilbert, 2014) nous rappelle que la compassion est une motivation liée au besoin de recevoir et de donner des soins. Cette motivation s'appuie sur la nécessité pour les mammifères de prendre soin de leurs petits. Cette motivation a permis dans l'évolution des espèces de favoriser les chances de survie et de transmission des gênes. Implicitement le modèle de thérapie fondée sur la compassion fait l'hypothèse qu'un des bénéfices de la compassion est lié au renforcement de la connexion sociale entre les membres d'un groupe social. Les avantages évolutifs liés à la connexion sociale sont associés au développement de mécanismes cérébraux dédiés au traitement des informations sociales (Nelson, Panksepp, 1998). Ces mécanismes permettent de veiller à la qualité des relations et d'évaluer la façon d'être perçu par les autres. Être perçu positivement par les autres est un signe de relations sociales favorables. Éviter d'être perçu négativement permet de réduire le risque d'exclusion, de critique ou de rejet. Des relations sociales positives sont associées à de meilleures chances de survie, de reproduction ou de bien-être physique et mental. Le rejet, a l'inverse, a des effets néfastes sur les perspectives de survie et la santé physique et mentale (Baumeister et Leary, 1995). Les modèles évolutionnistes des émotions et de l'attention font l'hypothèse que le système d'attention visuelle est programmé pour reconnaître et s'orienter sélectivement vers des stimuli ayant une valeur biologique élevée (LeDoux, 1996; Ohman, 1986; Panksepp, 1998). On peut donc penser que les visages exprimant de la compassion ou de la critique, véhiculant l'information d'une menace, ou d'un bénéfice relationnel induiront des biais dans l'orientation de l'attention (Adolphs, 2002, 2003), en particulier les visages exprimant une information liée à la menace (par exemple Darwin, 1872; Mogg, Bradley, 1998; Hansen & Hansen, 1988; Mogg & Bradley, 1999; Ohman, 1986; Ohman, Lundqvist et Esteves, 2001). Un nouveau repertoire de stimuli spécifiquement construit par McEwan (2014) pour exprimer la critique et la compassion a été utilisé ici pour explorer l'existence de tels biais d'attention.

1.7.2. Les biais d'attention

Les personnes ayant des troubles anxieux perçoivent différemment les visages exprimant des émotions négatives. Ces derniers bénéficient d'un traitement prioritaire. Selon les modèles cognitivistes, inspirés d'une interprétation évolutionniste (Frewen, Dozois, Joanisse et Neufeld, 2007; LeDoux, 1996; Ohman, 1986; Panksepp, 1998; Rolls, 1999), les stimuli biologiquement saillants (par exemple les araignées, les serpents ou les visages en colère) reçoivent une attention particulière afin de permettre une réponse plus rapide (Ohman, 1986; Ohman & Mineka, 2001), et permettent une meilleure adaptation. Cet effet est particulièrement étudié pour les stimuli menaçants (Eccleston & Crombez, 1999; Mathews et Mackintosh, 1998; Mogg et Bradley, 1998). Les stimuli négatifs tendent à provoquer une plus grande orientation sélective de l'attention que les stimuli positifs (Anderson et al., 2003; Baumeister et al., 2001; Bishop, 2007; Cacioppo et al., 1999). Certains chercheurs suggèrent que les stimuli négatifs et l'humeur négative rétrécissent le champ d'attention tandis que les stimuli positifs et l'humeur positive élargissent le focus attentionnel (Fredrickson, 2001; Srivastava & Srinivasan, 2010). Les stimuli menaçants tendent à être privilégiés (Erdely & Appelbaum, 1973; Koster et al., 2004; Mogg & Bradley, 2002; Ohman et al., 2001; Williams et al., 1996) permettant un traitement de l'information plus rapide, créant ainsi des biais attentionnels vers les stimuli menaçants (à savoir des expressions faciales en colère), plutôt que vers les stimuli positifs (tels que des visages heureux) ; (Mogg & Bradley 1998, 1999; Cooper & Langton, 2006; Hansen & Hansen, 1988; Ohman, Lundqvist, & Esteves, 2001; Schupp et al ., 2004). Bien qu'il y ait des raisons de s'attendre à ce que les stimuli positifs, en particulier ceux qui signalent l'altruisme et l'appartenance, reçoivent également de l'attention en raison des gains en termes de récompenses sociales, d'alliances, de collaboration et de soutien social (Calvo et Nummenmaa, 2008), les recherches axées sur le traitement des stimuli positifs tels que les expressions faciales qui expriment la sécurité, l'affiliation et la gentillesse restent minoritaires.

Seules quelques études ont trouvé des effets significatifs du traitement attentionnel vers les informations liées aux émotions positives (Mogg & Bradley 1999; DeWall, Maner et Rouby, 2009; Ioannou, Mogg & Bradley, 2004). Heeren, Reese, McNally & Philippot (2012) ont montré que des participants avec un diagnostic d'anxiété sociale entrainés pour orienter leur attention vers des signaux positifs présentaient une réduction plus importante de leur niveau d'anxiété (physiologique

et mesuré par questionnaire) que des participants entrainés à tourner leur attention vers la menace ou en comparaison d'un groupe contrôle. Certaines études ont montré une diminution du traitement des informations à valence d'émotion positive chez les personnes présentant des niveaux plus élevés d'insécurité affective (Dewitte & De Houwer, 2008), de dépression (Keedwell et al., 2008), d'anxiété (Mogg & Bradley, 1999) et d'anxiété sociale (Mansell, Clark, Ehlers & Chen, 1999; Pishyar et al., 2004; Pishyar et al., 2008).

1.7.3. Biais d'attention et autocritique

La capacité de traiter de manière appropriée les stimuli sociaux tels que les expressions faciales est cruciale pour la régulation des émotions et le maintien de relations interpersonnelles de soutien. McEwan (2014) a développé un répertoire de visages exprimant de la critique ou de la compassion afin de mieux explorer cette problématique et d'étudier comment les personnes avec un haut niveau d'autocritique pourraient réagir face aux visages de compassion. Elle montre que les personnes ayant un plus bas niveau d'autocritique présentent un biais d'attention vers les visages exprimant de la compassion. Elle montre également (McEwan, K., et al,2019) qu'une tâche de modification des biais cognitifs (CBMT) entrainant à tourner l'attention vers des visages de compassion et visant à améliorer le traitement des stimuli sociaux peut avoir un effet sur le niveau d'autocritique. L'effet semble davantage lié à l'entrainement vers les stimuli sociaux que vers les stimuli de compassion spécifiquement.

1.7.4. Emotions positives et attention

Il a été montré que les émotions positives stimulent la résilience au stress (Ong et al., 2006; Philippe et al., 2009; Tugade et al., 2004). Ces effets positifs sont en partie liés à une ouverture attentionnelle (Fredrickson, 2001) et à une augmentation de la flexibilité psychologique (Xu et al., 2015). L'ouverture attentionnelle peut être comprise soit comme une ouverture du focus attentionnel (Rowe et al., 2007), soit comme une répartition des ressources attentionnelles à l'ensemble du champ visuel spatialement sélectionné (Dhinakaran et al., 2013). Ces deux phénomènes non mutuellement exclusifs, sont une forme de sélectivité attentionnelle diminuée. La théorie d'ouverture et de la

construction (« Broaden and build », Fredrickson, 2001) permet d'expliquer de nombreux effets exercés par les émotions positives sur la cognition, le comportement, et l'attention.

Ce modèle stipule qu'une expérience positive peut générer un style de traitement cognitif et de pensée « élargi » dans le sens d'un « zoom arrière » et d'une attention à la globalité des concepts, des situations ou des objets. Un tel effet d'élargissement peut se produire à tous les niveaux de fonctionnement cognitif. Dans les tâches cognitives d'ordre supérieur, c'est un style de pensée plus inclusif et flexible, l'utilisation de catégories sémantiques plus larges et une créativité améliorée. Une émotion positive peut induire un style de pensée plus ouvert (Estrada, Isen, Young, 1997), plus créatif (Chermahini, Hommel, 2012b; Isen et al., 1987), plus intégratif (Isen et al., 1991) et plus flexible (Isen et Daubman, 1987). Au niveau attentionnel, l'émotion positive va induire un encodage plus global du champ visuel. Une tâche utilisée pour tester cette hypothèse est la tache de processus global-local. Par exemple, dans cette tâche, une grande lettre (par exemple, la lettre T) est composée de petites lettres (par exemple, F) et les participants doivent indiquer soit la lettre globale (par exemple, un grand T) ou la lettre locale (par exemple, les petits F; Navon, 1977). Ce type de paradigme vise à mesurer si les informations sont traitées à l'échelle globale ou locale. Un mode de traitement global est supposé faciliter la reconnaissance de la forme globale, par rapport à un mode de traitement local favorisant le traitement des détails (à une échelle spatiale inférieure). Des études sur l'influence des émotions positives ont montré que le traitement des stimuli à l'échelle globale est facilité (Fredrickson et Branigan, 2005; Finucane et Whiteman, 2007). Plusieurs métaphores ont été proposées pour expliquer les mécanismes de l'attention sélective, y compris celles du projecteur (Broadbent, 1982), d'un zoom (Eriksen, St-James, 1986) ou d'un gradient d'attention (Mangun, Hillyard, 1988). Ces métaphores soulignent l'importance de l'attention spatiale. Le champ attentionnel va permettre de percevoir une partie du champ visuel qui sera soit plus focalisé et réduit soit plus ouvert et plus large (sans mouvement oculaire, Corbetta, 1998; Posner, 1980). Des études de suivi oculaire ont montré des préférences attentionnelles pour les stimuli positifs chez les personnes éprouvant une émotion positive (Wadlingerand, Isaacowitz, 2006). Grol et De Raedt (2014) ont montré dans une tâche double, sollicitant à la fois l'identification de visages tristes, neutres ou joyeux, et l'identification de la congruence d'une cible périphérique que les émotions positives pouvaient ouvrir le champ perceptif mais uniquement pour les participants ayant des scores de dépression légers ou modérés évalués par

l’échelle de dépression de Beck (Beck et al., 1996). Ces résultats indiquent que le niveau de dépression peut influencer la direction et la force de l'association entre l'émotion positive et la portée attentionnelle.

Comment et pourquoi l'attention est-elle élargie lorsque l'on se sent joyeux ?

Cette question nous semble cruciale, surtout dans une période de transfert des connaissances scientifiques obtenues en laboratoire concernant les processus attentionnels, vers la pratique clinique avec le développement des approches trans-diagnostiques. Les émotions positives correspondent-elles au vécu subjectif d’un processus distinct permettant un contrôle de l’attention ? La sélection de l'attention est généralement régie à la fois par des stimuli externes (processus bottom-up) et des processus internes (processus top-down; Corbetta, Shulman, 2002; Desimone, Duncan, 1995). Les théories expliquant les influences des émotions sur l'attention en termes de contrôle top-down et bottom-up proposent généralement que l'émotion dépend de l'un ou l'autre mécanisme (ou de l'équilibre entre eux, Bishop, 2007), ou constituent plutôt une troisième voie distincte influençant l'attention (Pourtois et al., 2013). Les processus descendant se traduisent par un biais basé sur l’histoire individuelle et les motivations de l’individu à un moment donné. On s’attendrait donc à ce que la compassion, comme motivation, influence davantage les processus descendants. Une émotion positive ne déclenche pas une amplification des processus d'attention dits « normaux», qui englobent également la suppression d'informations non pertinentes (Hillyard et Anllo-Vento, 1998; Hillyard et al., 1998). Au contraire, un état interne positif semble améliorer le traitement global de tous les stimuli, d'une manière moins sélective. Le traitement d'attention ascendant est modulé par les émotions positives, comme le montre une capture attentionnelle accrue par des distracteurs périphériques non pertinents pour la tâche (Moriya, Nittono, 2011; Schmitz et al., 2009; Vanlessenet al., 2013). Une émotion positive peut influencer le traitement des stimuli périphériques liés à la tâche, pour le meilleur ou pour le pire, fournissant des preuves d'une influence de l'émotion sur le contrôle d'attention de type top-down (Grol, De Raedt, 2014; Grol et al ., 2014; Uddenberg, Shim, 2014; Vanlessen et al., 2014). Une émotion positive peut donc influencer les processus d'attention de type top-down et bottom-up.

De l'intérieur vers l'extérieur : l'émotion positive fait pencher la balance de l'attention interne vers l'attention externe (Chun et al. , 2011). Il est possible que l'émotion positive stimule une mobilisation des ressources vers une attention externe plutôt qu'intérieure (voir figure 4 extraite de Vanlessen et al. 2016). Ces données sont en cohérence avec la théorie de Fredrickson (2001). L'expérience d'une émotion positive élargit l'attention afin de pouvoir apprendre de l'environnement et favoriser son exploration.

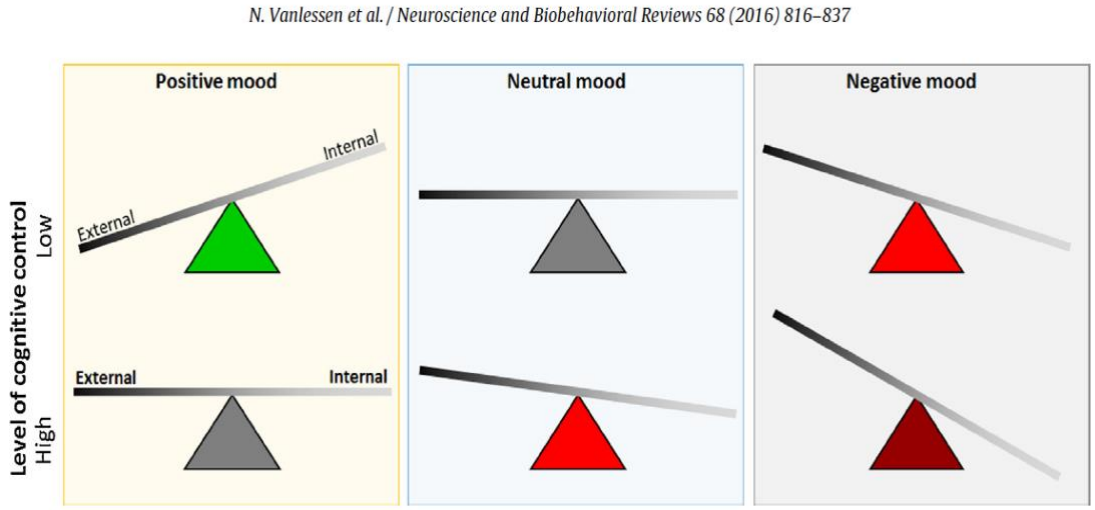


Figure 4 : Schématisation de l'équilibre entre l'attention tournée vers l'intérieur ou vers l'extérieur selon l'humeur (positive, neutre et négative) et selon le niveau de contrôle cognitif (Extrait de Vanlessen et al. 2016, p.829)

1.7.5. Conclusion

Sur la base de la revue de la littérature de Vanlessen, De Raedt, Koster & Pourtois (2016), nous pouvons donc supposer que l'activation d'une émotion positive permet d'élargir le champ d'attention visuel (Fredrickson, 2001) et établir que la question de savoir si une émotion positive élargit l'attention dans le traitement de l'information faciale émotionnelle n'a pas encore été testée.

Synthèse :

Nous avons vu dans ce chapitre que les visages sont des stimulus significatifs. La littérature montre qu'il existe des biais d'attention vers les stimulus négatifs. L'existence de biais d'attention négatifs vers les visages critiques a commencé à être exploré par McEwan (2014). La littérature montre que les émotions positives induisent une ouverture attentionnelle. Il est donc possible d'envisager que les émotions positives induisent une ouverture attentionnelle permettant de contrebalancer d'éventuels biais cognitifs négatifs en particulier vers les visages critiques.

1.8. Problématique

1.8.1. Résumé

Le début de cette introduction a mis en avant que la souffrance naît des douleurs physiques et morales mais également de la relation que l'on a avec ces douleurs. L'auto-compassion est une entrée en relation à la souffrance avec une motivation à la soulager alors que l'autocritique représente une forme de relation à soi négative, en particulier dans l'adversité. Ces deux types de relations à la douleur ont des conséquences très différentes en termes de régulation émotionnelle, l'un étant facteur de résilience et l'autre précurseur de troubles psychopathologiques.

Il a été montré que la relation et les émotions positives liées au sentiment de connexion jouent un rôle dans la compassion. En effet lorsque l'on entre en relation de façon positive, à soi ou à l'autre, un certain nombre de réactions psychiques vont permettre de mieux réguler les émotions négatives. La joie sociale a été définie comme *la joie d'une attention et d'une présence partagée*. Elle a été différenciée de la compassion pour clarifier leurs interactions. Nous avons montré comment cette question est abordée au travers de différents modèles, chacun amenant un élément de compréhension du rôle de la relation dans la régulation émotionnelle. En effet les émotions positives facilitent l'exploration de façon non spécifique et ouvrent le champ attentionnel. Il est ainsi possible de formuler l'hypothèse que les émotions positives vont diminuer l'effet négatif de l'autocritique sur les émotions et qu'elles vont réduire de possibles biais attentionnels. Les stimuli visuels représentent un signal saillant dans la relation. Il est donc pertinent de questionner la façon dont l'autocritique va influencer la perception des visages critiques et l'existence de biais d'attention liés aux visages critiques. On peut supposer que l'autocritique va augmenter de tels biais d'attention s'ils existent.

L'imagerie focalisée sur la compassion a été présentée ainsi que les stratégies pour renforcer l'activation de la joie sociale dans cette imagerie. Les stimuli liés à la connexion dans l'imagerie ont été utilisés pour activer de la joie sociale. Cette émotion positive devrait diminuer l'effet de l'autocritique sur la réaction émotionnelle dans l'imagerie focalisée sur la compassion et modifier d'éventuels biais attentionnels en ouvrant le champ de l'attention dans la perception des visages critiques, comme le montre les recherches sur les émotions positives.

1.8.2. Validation du questionnaire Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS)

Un travail de validation du questionnaire d'autocritique de Gilbert (2004) a été réalisé afin de permettre de tester nos hypothèses avec dans un premier temps un travail de traduction et de contre-traduction. Une étude de l'ensemble des articles de validation dans différentes langues a été réalisé et a fait émerger un questionnement concernant la structure factorielle. Au-delà des propriétés psychométriques globalement satisfaisante, deux hypothèses de structures factorielles ont été testées, celle d'une structure en deux facteurs correspondant aux facteurs positifs et négatifs et celle d'une structure en trois facteurs correspondant à la structure de base proposée par les auteurs du questionnaire. La validation de ce questionnaire a permis de mesurer les niveaux d'autocritique des participants et ce en cohérence avec les outils liés au modèle de thérapie fondée sur la compassion. Différents outils sont actuellement en cours de traduction par différentes équipes de recherche dans différents pays francophones mais la validation du questionnaire d'autocritique était nécessaire pour ouvrir la voix de la recherche de validation des effets de la thérapie fondée sur la compassion en français.

Nous avons ensuite établi deux hypothèses d'un point de vue émotionnel, et deux hypothèses attentionnelles.

1.8.3. Hypothèses émotionnelles

La première hypothèse consistait à tester, avec un groupe témoin, que l'imagerie axée sur la compassion, avec de la joie sociale, activerait des émotions positives et réduirait les réactions émotionnelles négatives. La plupart des modèles présentés dans la deuxième partie de l'introduction permettent en effet de supposer que la relation a un effet bénéfique, favorisant la régulation des émotions négatives. L'activation de la joie sociale, associée à une présence partagée, devrait donc non seulement être liée à une augmentation des émotions positives mais également à une réduction des émotions négatives.

La seconde hypothèse était que dans un groupe non clinique, la joie sociale éviterait l'interaction de l'autocritique avec l'effet de l'imagerie focalisée compassion. En effet il a été montré qu'une autocritique élevée entraine des émotions négatives lors de l'imagerie focalisée compassion. Si la joie sociale régule les émotions négatives, elle devrait ainsi limiter cet effet de l'autocritique.

1.8.4. Hypothèses attentionnelles

La première hypothèse était que la joie sociale induite dans l'Imagerie Focalisée Compassion (McEwan et Gilbert 2016) élargirait le champ d'attention, améliorerait le traitement de tous les stimuli et réduirait le biais d'attention potentiellement présent avant l'exposition aux stimuli faciaux représentant des visages critiques.

La seconde hypothèse consistait à tester dans un groupe non clinique la réponse à deux types de visages, critiques et compatissants, et ce en utilisant un nouvel ensemble d'images de visages spécialement conçu pour exprimer la compassion et l'autocritique (McEwan, 2014). Dans la première étude, McEwan n'a pas montré de lien entre le niveau d'autocritique et le traitement des visages critiques mais a montré un lien avec le traitement des visages de compassion. Les participants présentant moins d'autocritiques regardaient davantage vers les visages de compassion.

Avant l'exercice d'imagerie, l'autocritique devrait affecter le traitement attentionnel des visages critiques et de compassion. On s'attend à ce que des niveaux plus élevés d'autocritique soient liés à plus de biais d'attention vers ou à l'écart des visages critiques, et des niveaux plus faibles d'autocritique soient liés à des biais d'attention vers les visages de compassion (McEwan 2014).

1.8.5. Programme d'entrainement à la compassion

Finalement, ces hypothèses ont pu être posées, à un niveau plus macro, dans le cadre d'un programme de thérapie à distance intégrant 4 exercices d'imagerie dans un programme en 4 semaines. Nous nous sommes appuyés sur le programme d'entrainement à la compassion développé par Paul Gilbert, Chris Irons et Elène Beaumont dans le livre « compassionate workbook » et validé par Marcela Matos (2017). L'effet de ce programme a été testé en comparaison randomisée d'un groupe contrôle sur des

variables de bien-être et de détresse émotionnelle, de pleine conscience et de régulation émotionnelle. Ce programme est à destination d'une population non clinique mais pourrait être également testé pour une population clinique dans de futurs recherches. Ce programme présente la spécificité d'activer de la compassion pour soi, c'est-à-dire de l'auto-compassion mais également de renforcer la compassion reçue ce qui est particulièrement intéressant pour les patients ayant des résistances aux soins ou à la thérapie et plus généralement les personnes ayant besoin de recevoir un soutien. Le programme a été également conçu pour activer de la compassion offerte aux autres, c'est-à-dire le fait d'investir un rôle d'aidant ou de soutien. L'activation de la compassion et de l'auto-compassion devrait être bénéfique pour la régulation des émotions et impacter favorablement des variables de dépression, de stress ou encore d'anxiété.

1.8.6. Conclusion

Dans les prochains chapitres, nous allons présenter l'étude de validation du questionnaire FSCRS, le protocole expérimental lié à l'imagerie focalisée sur la compassion et finalement l'étude de validation du programme d'entrainement à la compassion.

Article 1. Validation du questionnaire: French versions of the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS)

2.1. Introduction

L'autocritique est un processus psychologique bien connu des psychologues. A l'instar des premiers travaux de Beck (1963) sur l'autocritique, Paul Gilbert a observé une régularité dans l'apparition de pensées négatives chez les patients déprimés. Les pensées décrites comme de l'autocritique impliquent une auto-évaluation négative ainsi que des jugements sévères sur soi. Il existe des preuves considérables que l'autocritique a un impact négatif sur les troubles émotionnels (Shahar, Doron & Szepsenwol, 2015) et sur le développement de nombreuses pathologies telles que la dépression (Blatt, & Zuroff, 1992; Zuroff, Mongrain, & Santor, 2005), le trouble de stress post-traumatique (Cox, MacPherson, Enns et McWilliams, 2004), la phobie sociale (Cox, Walker, Enns et Karpinski, 2002), le trouble panique (Bagby et al., 1992), l'anxiété généralisée (Hedman , Ström, Stünkel et Mörtberg, 2013), les troubles bipolaires (Francis-Raniere, Alloy et Abramson, 2006) et les troubles de l'alimentation (Dunkley et Grilo, 2007).

En tant que trait de personnalité (Zuroff, Sadikaj, Kelly et Leybman, 2016), l'autocritique permet un ajustement comportemental positif face aux événements inattendus. Elle est décrite comme ayant pour fonction d'éviter la survenue d'événements aversifs par inhibition comportementale (Longe et al., 2010) ou en obtenant une validation et un soutien social (Powers & Zuroff, 1988).

Gilbert (2014) adopte un point de vue évolutionniste pour questionner la fonction de l'autocritique. Pour lui, l'autocritique est un mécanisme de survie inné qui permet de se protéger d'une menace. Plus généralement, les attitudes des individus (attention, émotions, cognitions et comportements) sont organisées par l'activation de systèmes émotionnels et motivationnels innés qui interagissent les uns avec les autres et avec l'environnement.

Gilbert et ses collaborateurs, Clarke, Hempel, Miles et Irons (2004), suggèrent l'existence de deux formes autocritiques avec des fonctions distinctes :

- Le Soi Inadéquat (IS) se concentre sur les erreurs, les échecs et les imperfections et sur les éléments à améliorer. Certaines personnes utilisent cette forme d'autocritique pour augmenter leur motivation à atteindre leurs objectifs et à persévérer. Cependant, cette focalisation sur l'insuffisance peut créer un sentiment d'infériorité lié aux processus de comparaison sociale ou à des normes personnelles élevées.

- Le Soi Haï (HS) implique une autocritique plus agressive résultant de la haine ou du dégoût de soi. Elle est liée à des émotions telles que le dégoût et induit le désir de supprimer ou de détruire une partie de soi. Pour Gilbert et al. (2004), le Soi Haï est plus pathogène que le Soi Inadéquat.

Un troisième type de relation à soi plus chaleureuse correspond à la capacité à se concentrer sur le positif et à se rassurer malgré les erreurs ou les échecs perçus. Le Soi Rassurant (RS) manifeste du soutien et de la compassion envers soi-même. Il est lié à la résilience (Whelton et Greenberg, 2005). Le soi rassurant est associé à une gamme d'effets bénéfiques pour le bien-être physiologique et psychologique (Keltner, Kogan, Piff & Saturn, 2014) ainsi qu'à l'amélioration des stratégies d'adaptation, de la résilience et de la persévérance (Gilbert et al., 2004; Kirby, 2016) . Gilbert (2000) suggère que la chaleur intérieure et la compassion envers soi-même sont une réponse affective réduisant le dégoût et à la haine de soi.

Cette approche offre une perspective pour de nouvelles études sur des thérapies spécifiques pour les personnes ayant des niveaux élevés de haine de soi, qui peuvent présenter un fort niveau de résistance au début de la thérapie et peuvent donc être sous-représentées dans les protocoles de recherche classiques. Les différents types de thérapie qui abordent la compassion présentent une efficacité spécifique pour ces processus (Kirby, 2016). Le soi rassurant est lié à l'auto-compassion (Neff, 2003). De nombreuses études (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007) ont montré qu'il s'agit d'un processus clé à la fois pour la résilience et la santé.

L'échelle Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale ou FSCRS, a été créée par Gilbert et al. (2004) pour mesurer ces trois formes de relation à soi. Diverses études soutiennent la validité, la fiabilité convergente et la structure en trois facteurs du FSCRS (Baião, Gilbert, McEwan, & Carvalho, 2015; Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015; Gilbert et al., 2004; Kupeli et al. 2013; Sommers-Spijkerman et al., 2017).

La version originale du FSCRS a une cohérence interne avec les alphas de Cronbach entre .86 et .90 pour les trois sous-échelles (Gilbert et al., 2004). Une vaste étude de Kupeli et al. (2013) a également trouvé une bonne cohérence pour les participants non cliniques, et Baião et al. (2015) ont trouvé une bonne cohérence pour les participants cliniques.

L'étude originale de Gilbert et al. (2004) plaide en faveur d'une bonne validité convergente. La validité du construit était basée sur la comparaison du FSCRS à l'échelle de niveau d'autocritique, LOSC (Thompson et Zuroff, 2004).

Dans une vaste étude interculturelle, Halamova et al. (2017, 2019) fait référence à la traduction du FSCRS en 10 langues autres que le français, à savoir le chinois (Yu, 2013), l'allemand (Krieger, Martig, van den Brink, & Berger, 2016), l'hébreu (Shahar, Doron & Szepsenwol, 2015), l'italien (Petrocchi, & Couyoumdjian, 2016), le japonais (Kenichi, communication personnelle), le portugais (Castilho, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011), le slovaque (Halamova, Kanovsky & Pacuchova, 2017), le suédois (Lekberg & Wester, 2012), l'ourdou (Yasien, Zia et Yasmin, 2017 et le néerlandais (Sommers-Spijkerman et al. 2017). Une version abrégée de la version néerlandaise a été validée.

Cette étude explore la validité de la version française de l'échelle ainsi que la cohérence interne des trois sous-échelles du FSCRS et la validité convergente de la version française de l'échelle.

2.2. Méthodologie

2.2.1. Procédure

L'approbation éthique a été reçue le 22/05/2017 par le Comité d'éthique des sciences du comportement de l'Université de Lille (numéro de comité : 2017-1-S50). Toutes les procédures effectuées dans les études impliquant des participants humains étaient conformes aux normes éthiques du comité national de recherche et à la Déclaration d'Helsinki de 1964 et à ses amendements ultérieurs ou à des normes éthiques comparables. Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants individuels inclus dans l'étude. Les participants issus de la population française ont été recrutés via une diffusion par e-mail contenant un lien vers le questionnaire et via le site Facebook. Ils ont accepté de répondre à un questionnaire d'auto-évaluation en ligne sur la plateforme LimeSurvey. Lors du

recrutement, une attention particulière a été portée aux environnements dans lesquels les courriers électroniques étaient diffusés afin d'obtenir l'échantillon le plus hétérogène possible. Afin d'éviter la surreprésentation des étudiants participants, une attention particulière a été accordée à une large diffusion de l'étude en termes d'âge, de sexe et de catégories socioprofessionnelles. La première page du questionnaire comprenait une explication des objectifs de l'étude et un consentement éclairé. Les participants devaient cocher une case indiquant : «J'ai lu et j'accepte de participer» avant de pouvoir accéder au questionnaire. Le questionnaire s'est terminé par des questions relatives aux informations sociodémographiques (âge, sexe, état matrimonial, catégorie socioprofessionnelle).

2.2.2. Participants

Au total, 398 participants ont répondu au sondage. Nous avons exclu tous les participants qui n'ont pas répondu complètement au sondage. 29% des participants avaient des données manquantes. Limesurvey n'a pas été réglé pour empêcher de répondre lorsqu'une réponse manquait. Les qualités psychométriques du FSCRS-Fr ont été analysées à travers les données de 285 participants. L'âge moyen de l'échantillon était de 31,66 ± 12,39 ans et l'âge des participants allait de 18 à 71 ans. Les participants étaient principalement des femmes (81,40%). La catégorie socioprofessionnelle la plus représentative était les étudiants (38,95%), suivis des cadres, des professions supérieures (19,65%) et des professions intermédiaires (12,63%).

2.2.3. Mesures

La Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale, FSCRS, de Gilbert et al. (2004) est composée de 22 items. Chaque affirmation est notée sur une échelle de Likert à 5 points allant de 0 («pas du tout comme moi») à 4 («comme moi»). Le FSCRS a été conçu pour évaluer différents types de relations avec soi-même, comme présenté dans l'introduction. L'adaptation et la traduction de la version française du FSCRS ont été réalisées selon une méthode de double traduction (Beaton, Bombardier, Guillemin, Ferraz, 2001). La traduction inverse a été réalisée par un Américain vivant au Texas. Les scores sur ces sous-échelles sont obtenus par l'ajout des éléments 1, 2, 4, 6, 7, 14, 17,

18 et 20 pour le Soi Inadéquat (IS), les éléments 9, 10, 12, 15 et 22 pour le Soi Haï (HS) et les items 3, 5, 8, 11, 13, 16, 19 et 21 pour le Soi Rassuré (RS). Les notes minimales sont de 0 pour les trois dimensions et de 36 pour le SI, 20 pour le HS et 32 pour le RS. Plus les scores sont élevés, plus la présence respective d'un sentiment significatif de soi insuffisant, de soi détesté ou de soi rassuré est grande. Le FSCRS obtient une bonne cohérence interne dans l'étude actuelle (entre 0,76 et 0,85 pour les trois sous-échelles).

L'échelle d'auto-compassion (SCS, Neff, 2003) a été traduite et validée en français par Kotsou et Leys (2016). Elle est composée de 26 éléments. Les items sont notées sur une échelle de Likert à 5 points allant de 1 ("presque jamais") à 5 ("presque toujours"). Le SCS a été conçu pour évaluer les six dimensions de l'auto-compassion : trois points positifs (la gentillesse, la pleine conscience et humanité partagée) et trois points négatifs (autocritique, sur-identification et isolement). Le SCS peut être utilisé avec un seul score global ou deux sous-échelles par dimensions positive et négative. La version française du SCS dans cette étude avait une bonne cohérence interne (entre 0,74 et 0,88 pour les six sous-échelles) et une bonne validité convergente.

Le Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS de Zigmond & Snaith (1983), traduit en français par Lepine, Godchou, Lebrun et Lemperiere (1985), évalue les symptômes anxieux et dépressifs au cours des sept derniers jours. Il comprend 14 items, dont 7 items mesurant l'anxiété (HADS-A) et 7 items mesurant la dépression (HADS-D). Des scores élevés indiquent la présence d'anxiété et de symptômes dépressifs. Dans la présente étude, la cohérence interne était satisfaisante pour le HADS-D ($\alpha = 0,75$) et pour le HADS-A ($\alpha = 0,77$).

L'échelle de stress perçu, PSS, de Cohen, Kamarck et Mermelstein (1983), traduite par Quintard (2014), mesure le stress perçu dans la vie quotidienne. Plus le score est élevé, plus le stress perçu est élevé. Le PSS a obtenu une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,87$) dans cette étude.

2.2.4. Analyses statistiques.

Les analyses statistiques ont été menées à l'aide de JASP version 0.9.0.1 (Jeffreys's Amazing Statistics Program). L'étude de la structure factorielle du FSCRS-VF a été réalisée par analyse

factorielle confirmatoire (AFC). Les analyses ont été effectuées à l'aide de la modélisation d'équations structurelles. Les coefficients de Mardia ont été trouvés significatifs p <0,001. Le CFA a été réalisé à l'aide de Mplus version 6 (Muthén & Muthén, 2010) avec des analyses calculées à l'aide des moindres carrés pondérés avec ajustement de la moyenne et de la variance (WLSMV). Mplus (Muthén & Muthén, 2010) génère plusieurs indices d'ajustement pour évaluer l'adéquation du modèle proposé aux données de l'échantillon.

L'ajustement global du modèle a été évalué à l'aide des statistiques d'ajustement suivantes : chi-carré normé ($\chi 2$ / degrés de liberté, df), indice de qualité d'ajustement (GFI), indice de Tucker-Lewis (TLI), indice d'ajustement comparatif (CFI) et l'erreur quadratique moyenne d'approximation (RMSEA). Un bon ajustement est obtenu lorsque le $\chi 2$ / df est de 2 ou moins, le CFI, le GFI et le TLI sont de 0,90 ou plus et le RMSEA est de 0,10 ou moins. χ^2 / df nous a permis de comparer les modèles pour déterminer le modèle le plus parcimonieux (avec la valeur la plus faible).

Nous avons finalement testé la cohérence interne avec les alphas de Cronbach et la validité convergente avec les corrélations de Spearman pour les échelles associées.

2.3. Résultats

2.3.1. Structure interne

Au cours de l'AFC, trois modèles différents ont été testés. Nous avons vérifié une mesure à un facteur et testé un modèle bidimensionnel. Halamova et al. (2018) ont étudié un large échantillon multiculturel pour examiner la validité d'une structure bifactorielle et ont montré que le modèle bifactoriel, compte tenu des deux échelles d'autocritique, était mieux adapté à tous les échantillons. Gilbert et coll. (2004) et Halamova et al. (2017) ont suggéré que les dimensions positives et négatives ne devraient pas être considérées comme des processus opposés mais plutôt orthogonaux et devraient être mesurées séparément.

Enfin, un modèle tridimensionnel (figure 5) a été testé tel que défini dans l'étude de validation initiale de la version originale du FSCRS (Gilbert et al., 2004, Kupeli et al., 2013).

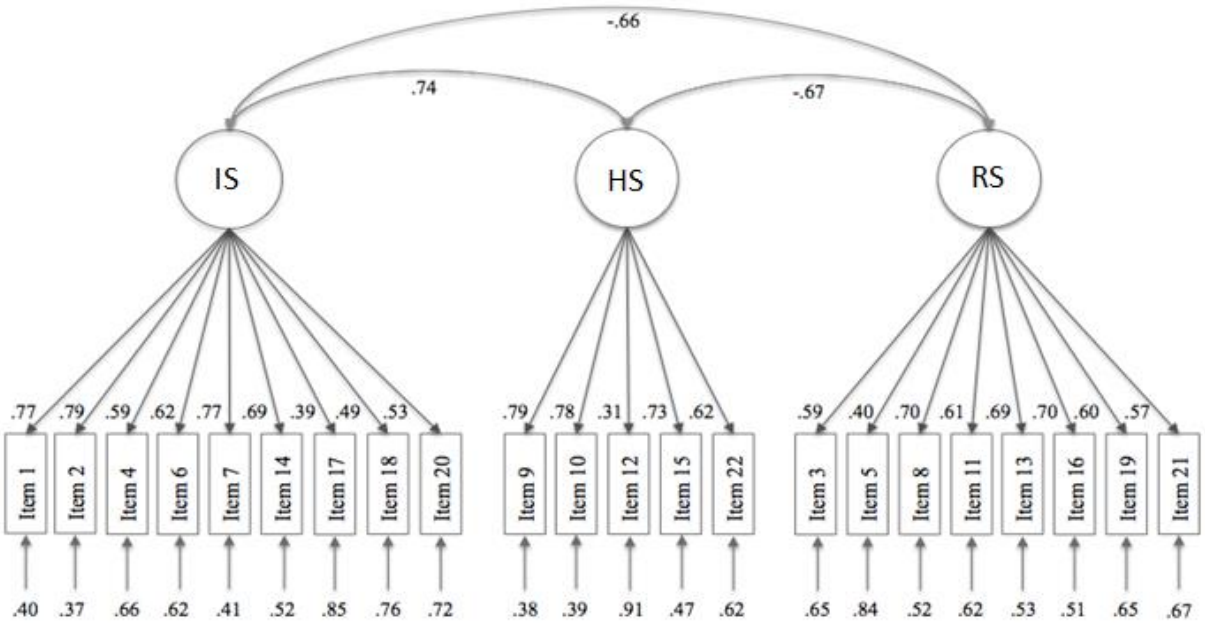


Figure 5 : Structure factorielle du FSCRS pour le modèle à 3 facteurs dépendants

L'analyse démontre un meilleur ajustement aux données du modèle tridimensionnel que les modèles bidimensionnels ou unidimensionnels. Le résumé des résultats est présenté dans le tableau 3.

Dans le modèle trifactoriel, similaire au modèle de la version originale du FSRCR, les différents items saturent correctement ($\lambda > 0{,}30$) en fonction des facteurs dont ils dépendent.

Tableau 3 : Résumé des résultats du CFA pour les différents modèles du FSCRS et indices d'ajustement

Factors	χ^2	df	SRMR	RMSEA	IC90%	NNFI	CFI	TLI	χ^2/df
1	1821,80	209	.266	.165	0,15-0,17	.852	.866	.852	8,71
2	1665,77	208	.186	.157	0,15-0,16	.866	.879	.866	8,00
3	1337,39	206	.185	.13	0,13 –0,14	.895	.906	.895	6,49

Remarques. df = degrés de liberté. TLI = indice de Tucker-Lewis. CFI = indice d'ajustement comparatif. RMSEA = Erreur quadratique moyenne d'approximation. [IC 90%] = intervalle de confiance de 90% pour RMSEA.

2.3.2. Consistance interne

Les alphas de Cronbach (tableau 4) indiquent une cohérence interne très satisfaisante (α> 0,77) pour les échelles IS (α = 0,85) et RS (α = 0,82) et une cohérence interne satisfaisante pour l'échelle HS (α =. 77). De plus, ces valeurs n'indiquent pas de redondance dans les éléments (α> .95).

Tableau 4 : Cohérence interne, moyennes, écart-types et inter-corrélations de Spearman des sous-échelles du FSCRS

	N items	Cronbach's α	Mean (SD)	IS	HS
FSCRS IS	9	.85	18.34 (7.65)	-	
FSCRS HS	5	.77	3.65 (3.89)	.68***	-
FSCRS RS	8	.82	20.11 (5.82)	-.54***	-.61***

Note. IS = Soi Inadéquat; HS = Soi Haï; RS = Soi Rassurant.

*** $p < .001$.

Nous avons trouvé des corrélations négatives significatives (tableau 2) entre les échelles RS et HS (r = -.61, p <.001) et entre RS et IS (r = -.54). Nous avons également trouvé une corrélation positive entre les échelles IS et HS (r = .68, p <.001).

2.3.3. Validité convergente

Comme prévu, les échelles d'autocritique de la version française du FSCRS se sont avérées négativement corrélées à la dimension positive de l'échelle d'auto-compassion (SCS) et positivement corrélées à la dimension négative du SCS, dépression (HADS-D), l'anxiété (HADS-A) et le stress perçu (PSS). Le modèle opposé a été trouvé pour l'échelle de Soi réassurant. La corrélation entre le Soi inadéquat du FSCRS et la dimension négative du SCS est très élevée (0,78). Un résumé des résultats est présenté dans le tableau 5.

Tableau 5 : Corrélations de Spearman pour les sous-échelles du FSCRS français et autres échelles connexes

	IS	HS	RS
FSCRS – SCS Positive dimension	-,45***	-,36***	,61***
FSCRS – SCS Negative dimension	,78***	,58***	-,53***
FSRCS - Depression (HADS-D)	.44***	.54***	-.55***
FSCRS - Anxiety (HADS-A)	.57***	.42***	-.44***
FSCRS - Perceived stress (PSS)	.29***	.17***	-.12***

Note. *** $p < .001$; ** $p < .01$.

2.4. Discussion et conclusion

L'autocritique joue un rôle clé dans le développement de la psychothérapie et l'efficacité de la thérapie (Shahar, Doron & Szepsenwol, 2015). Le but de la présente étude était d'étudier la validité psychométrique de la version française du FSCRS.

Comme dans l'étude de validation originale du FSCRS (Gilbert et al., 2004) et les études précédentes (Baião et al., 2015, Kupeli et al., 2013, Sommers-Spijkerman et al., 2017), les résultats montrent que le modèle à trois facteurs permet un meilleur ajustement qu'un modèle à deux facteurs.

Dans une vaste étude interculturelle de 12 pays différents, Halamova et al. (2017, 2019) ont souligné qu'une structure bifactorielle semblait mieux correspondre aux données, alors que la solution originale à trois facteurs avait un ajustement acceptable. Ces recherches démontrent que les deux échelles d'autocritique, soi inadéquat et soi haï, pourraient être considérées comme un seul facteurs. Ici, le modèle à 3 facteurs obtient le meilleur ajustement, mais les indices d'ajustement ne sont pas optimaux. On peut penser que nous avons un effet planché, le soi haï étant très faible car cette étude a été menée sur un échantillon non clinique. Ces résultats nécessitent une réplication avec un échantillon clinique qui peut présenter différentes variations de la sous-échelle du soi haï. Ce type d'autocritique est plus étroitement lié à la psychopathologie (Gilbert et al., 2004).

On observe que les différentes échelles de la version française du FSCRS ont une bonne cohérence interne. Pour la sous-échelle de soi haï, la cohérence interne, bien que satisfaisante, était légèrement plus faible ($\alpha = 0,77$) que dans les études précédentes ($\alpha = 0,86$ pour Gilbert et al., 2004 et pour Kupeli et al., 2013 et $\alpha = .85$ et .87 pour Baião et al., 2015).

Il y a quelques limitations à notre étude. Premièrement, l'échantillon était majoritairement féminin, ce qui a pu conduire à un biais d'échantillonnage, d'autant plus que l'étude normative de Baião et al. (2015) ont précédemment mis en évidence des différences significatives de sexe dans un échantillon non clinique. Dans leur étude, les hommes avaient des scores de soi rassurant significativement plus élevés et des scores de soi inadéquat plus faibles que les femmes.

De plus, comme la version française du FSCRS pourrait être utilisée en milieu clinique (Kannan, Levitt, 2013), des recherches plus poussées devraient tester sa validité discriminante dans un échantillon clinique.

La version française du Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale s'est avérée être un instrument fiable et valide. À notre connaissance, cette étude est la première à tester une version française de l'échelle qui est aujourd'hui reconnue internationalement. Compte tenu des bonnes propriétés psychométriques de l'échelle, son utilisation peut être encouragée et recommandée pour l'évaluation de l'autocritique.

Enfin, cette étude s'ajoute à la littérature existante soutenant la conceptualisation de l'autocritique en tant que construction multidimensionnelle.

Article 2. Activation de la compassion et de la joie sociale et analyse du processus émotionnel et attentionnel

3.1. Introduction

L'imagerie focalisée sur la compassion (IFC) est l'une des stratégies thérapeutiques utilisées dans la thérapie fondée sur la compassion (Gilbert, 2000, 2006, 2007 ; Gilbert & Irons, 2004). Cette forme de thérapie très prometteuse créée par Paul Gilbert est basée sur un modèle intégratif, conçu pour aider les personnes ayant un niveau élevé d'autocritique à bénéficier de la compassion inhérente au processus thérapeutique. En effet, la compassion, définie comme « une sensibilité à la souffrance de soi (auto-compassion) et des autres avec une motivation pour essayer de l'atténuer et de la prévenir » (Gilbert, 2014) ; peut être difficile d'accès lorsque l'autocritique est élevée.

L'autocritique est un ajustement comportemental défensif à des événements inattendus qui facilite le contrôle des événements aversifs par l'inhibition du comportement (Longe et al., 2010) ou en obtenant une validation et un soutien social (Powers & Zuroff, 1988). L'étude de l'autocritique, en tant que trait de personnalité renvoyant à la relation à soi, est essentielle en thérapie car elle a un impact négatif sur l'évolution et le maintien des troubles émotionnels (Shahar, Doron & Szepsenwol, 2015; Zuroff et al., 2005) . En revanche, un nombre croissant d'études, comme examiné dans la méta-analyse de Kirby (2016), montre que l'activation de la compassion a des effets bénéfiques sur les résultats psychologiques (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008; Hofmann, Grossman & Hinton , 2011; Jazaieri et al., 2013; Keltner, Kogan, Piff & Saturn, 2014; Kirby, 2016). Comme l'explique Gilbert (2014), la thérapie fondée sur la compassion active la compassion comme une motivation basée sur la motivation au soin considérée par la psychologie évolutionniste comme essentielle à la survie des mammifères.

Dans la thérapie centrée sur la compassion, on pense que l'autocritique se développe lorsque l'environnement ne fournit pas au nourrisson une base sûre et sereine (Mikulincer et Shaver, 2007).

L'activation des émotions sociales positives est pratiquée pendant la thérapie et est donc considérée comme un processus secondaire mais important qui facilite l'intégration d'informations sociales positives. En effet, en tant que processus ayant un impact sur la relation à soi et aux autres, l'autocritique devrait jouer un rôle dans la réponse aux visages critiques et compatissants et créer des préjugés. Nous proposons de tester l'existence de tels biais, qu'il reste à démontrer. Cette étude interroge le rôle de l'attention dans le fonctionnement de l'autocritique et l'existence de possibles biais d'attention dans le traitement des visages émotionnels, ce qui reste à démontrer. Cette recherche explore également l'idée que les émotions sociales positives peuvent jouer un rôle central dans le traitement de l'attention et, plus précisément, peuvent entraîner une modification du biais d'attention (MBA) dès la toute première séance d'imagerie. Cette recherche sera donc basée sur un seul essai de IFC.

L'analyse des MBA est un domaine de recherche prometteur, en particulier pour la pathologie émotionnelle (Amir et al., 2008; Bar-Haim et al., 2007, 2010; Eldar & Bar-Haim 2010; Hakatama et al., 2010; Klumpp & Amir, 2010 ; Lang et al. 2012; Li et al., 2008; MacLeod et al. 2002, MacLeod, Clarke, 2013; MacLeod, Clarke & Mathews 2002; MacLeod & Mathews, 2012; Mathews & MacLeod, 2002; Schmidt, 2009; Waters , 2013). Les recherches menées dans le cadre du paradigme général de MBA révèlent que les biais émotionnels dans l'attention ne sont pas simplement associés à des troubles émotionnels mais contribuent à leur développement et à leur maintien (Hertel et Mathews, 2011). La MBA a également fait l'objet de recherches en association avec l'imagerie visuelle (Blackwell et al., 2015; Browning, Blackwell & Holmes, 2013; Torkan et al., 2014). Après plus de deux décennies de recherche expérimentale en psychothérapie sur les MBA, il y a eu peu d'applications cliniques (Clarke, Notebaert et MacLeod, 2014).

La MBA s'est avérée être une méthode efficace pour réduire des réponses attentionnelles biaisées vers des informations émotionnellement signifiantes chez des individus anxieux (MacLeod, Clarke & Mathews, 2002). Classiquement, les participants ont été formés pour trouver une sonde derrière un stimulus neutre (un mot ou un visage, voir Hakamata et al., 2010 pour une revue et une méta-analyse). Seules quelques études (Li et al., 2008) se sont concentrées sur l'entrainement de l'attention spécifiquement vers les visages positifs. Dans la recherche de Li, les participants socialement anxieux ayant un parti pris pour les visages négatifs ont été formés pendant sept jours pour se concentrer sur

les images de visages positifs avec le paradigme de la « dot probe task ». La formation a été efficace pour changer les biais d'attention et les niveaux d'anxiété sociale.

L'IFC, qui consiste à visualiser de la compassion envers soi-même ou à imaginer des personnes dirigeant la compassion vers soi, est proposée pour activer le système d'attachement et les systèmes physiologiques liés au sentiment d'apaisement et de calme via le système nerveux parasympathique, comme en témoignent les mesures physiologiques telles que l'augmentation la variabilité du rythme cardiaque variabilité et une réduction des niveaux de cortisol (Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman et Glove, 2008). Il a été démontré que des essais uniques dans des populations non cliniques réduisent les émotions négatives, augmentent l'estime de soi et produisent des changements physiologiques associés à l'atténuation des comportements de défense contre les menaces (Lincoln, Hohenhaus et Hartmann, 2013, Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman, & Glove, 2008), et la pratique régulière de l'IFC a produit une amélioration dans les populations cliniques et non cliniques (Matos et al., 2017; McEwan & Gilbert, 2016; Naismith, Mwale, & Feigenbaum, 2019). Recevoir la gentillesse et le soutien des autres a été lié à un type spécifique de système lié aux émotions d'affiliation (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005, Wang, 2005) qui peut réduire l'activation liée à des informations socialement menaçantes.

Un bref exercice d'IFC validé (McEwan, Gilbert, 2016) a été utilisé. La pratique de la compassion commence par une respiration rythmique apaisante, qui implique de ralentir et d'approfondir la respiration et de concentrer l'attention sur les sensations de la respiration dans le corps. Le participant est ensuite invité à imaginer une personne amicale qui a le bien-être du participant à cœur. Certaines recherches ont montré que les personnes obtenant un score plus élevé d'autocritique pouraient présenter des réactions indésirables après un seul épisode de CFI (Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman et Glover, 2008, Rockliff et al., 2011). Pour éviter cet effet négatif, la tâche d'imagerie a été modifiée en demandant aux participants de se concentrer sur les signaux de connexion sociale pour activer plus intensément les sentiments positifs de connexion (par exemple, les signaux visuels tels que le sourire, le sourire intérieur et la sensation de chaleur, l'énergie, la sentiment général de connexion). L'émotion activée a été appelée « joie sociale » et définie comme : *la joie d'une attention ou d'une présence partagée.* Le concept de joie sociale a déjà été utilisé par Panksepp (2007) pour décrire la joie observée lors d'une interaction chez les animaux. Narvaez (2014) a utilisé ce concept

pour décrire le besoin primaire universel de connexion dans une approche transdisciplinaire. Fredrickson (1998, 2004) a montré dans son modèle des émotions positives appelé « construire et élargir » que ces émotions aident les gens à élargir leur perspective et leurs limites sociales (Fredrickson, B., 2013). L'objectif était de garantir que l'imagerie déclencherait un sentiment de connexion positif et limiterait l'activation du système de menace. Dans la recherche de Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman et Glover (2008) sur l'IFC, le sentiment de sérénité sociale (Gilbert, 2008) s'est avérée être une variable importante, mais l'autocritique a été un inhibiteur. En effet, les personnes avec des niveaux plus élevés d'autocritique ont eu du mal à détecter et à réagir aux signes de compassion des autres. Longe et al. (2010) ont montré via l'IRMf que les personnes ayant un niveau élevé d'autocritique, lorsqu'on leur a demandé de se rassurer dans un scénario menaçant, ont montré une activation des zones cérébrales associées à la menace. Duarte et al. (2014) a constaté que des niveaux élevés d'autocritique étaient liés à un sentiment d'insécurité et à des réactions physiologiques de type menace à l'IFC. De même, Naismith, Zarate, Guerrero et Feigenbaum (2018) ont constaté que l'autocritique prédit de moins bons résultats dans une thérapie fondée sur la compassion, mais pas après avoir contrôlé l'auto-compassion.

Pour contrer cet effet, nous avons induit une joie sociale dans la tâche d'imagerie de deux manières: dans l'imagerie elle-même et dans l'interaction entre le participant et l'expérimentateur par la synchronisation de la respiration. Nous avons considéré la synchronisation comme faisant partie du processus d'activation de la compassion et de la joie sociale. Par exemple, Valdesolo et DeSteno (2011) montrent que la synchronisation des mouvements, comme le fait que deux participants tapotent leurs doigts sur le même rythme, augmentait la compassion signalée lorsqu'un participant a vu le partenaire être injustement victime et a conduit à un engagement accru dans le comportement d'aide.

Sur la base de la revue de la littérature de Vanlessen (2014), nous avons supposé que l'activation de l'humeur positive élargirait le champ d'attention (Fredrickson, 2001). La question de savoir si l'humeur positive élargit l'attention dans le traitement de l'information faciale émotionnelle reste une question ouverte dans la littérature scientifique sur les émotions.

Cette recherche avait deux hypothèses attentionnelles et deux hypothèses émotionnelles.

La première hypothèse attentionnelle consistait à tester l'effet des émotions sociales positives induites dans l'IFC (McEwan et Gilbert 2016) sur l'attention. Elle devait élargir le champ attentionnel, améliorer le traitement de tous les stimuli et réduire d'éventuels biais d'attention potentiel présent avant l'exposition aux images.

La seconde consistait à tester dans un groupe non clinique la réponse à deux types de visages, critiques et compatissants, dans un nouvel ensemble d'images de visages critiques et de compassion (McEwan, 2014). Cet ensemble de stimuli de visages émotionnels est basé sur N = 31 acteurs, dont les expressions faciales ont été distinguées de manière fiable comme des visages de compassion, critiques et neutres. McEwan a montré pour la première fois avec cet ensemble de visages que l'autocritique pouvait affecter le traitement attentionnel des visages émotionnels. Cette étude remet en question la validité de ces résultats.

Dans ces deux hypothèses, avant l'exercice d'imagerie, l'autocritique devait affecter le traitement attentionnel des visages critiques et compatissants. On s'attendait à ce que des niveaux plus élevés d'autocritique soient liés à plus de biais d'attention vers ou à l'écart des visages critiques, et des niveaux plus faibles d'autocritique soient liés à des biais d'attention envers les visages compatissants. Nous avons exploré le décours du temps de traitement de l'attention. On sait que la dépression est associée à un état démotivé qui pourrait contrecarrer la motivation à s'orienter vers des stimuli (Foa & Kozak, 1986); par conséquent, certains chercheurs suggèrent de contrôler la dépression lors de l'exploration des biais attentionnels (Bar-Haim et al. 2007). Par conséquent, nous avons contrôlé l'effet de la dépression et de l'anxiété sociale.

La première hypothèse émotionnelle consistait à tester, avec un groupe témoin, que l'imagerie axée sur la compassion, avec des émotions sociales positives, activerait des émotions positives et réduirait les réactions émotionnelles négatives.

La seconde était de tester dans un groupe non clinique la possibilité que la joie sociale évite l'interaction entre l'autocritique et l'effet de l'imagerie. Nous avons également contrôlé l'effet des niveaux de compassion, d'anxiété, d'anxiété sociale et de dépression.

3.2. Méthode

3.2.1. Participants.

Les participants étaient 80 adultes âgés de 18 ans et plus; l'âge moyen était de 26,31 ans (écart type de 12,02), avec un minimum de 18 ans et un maximum de 75 ans. Parmi les participants, 72,5% se sont identifiés comme des femmes et 27,5% comme des hommes. Ils ont été recrutés à l'Université de Lille, France. S'ils étaient en deuxième année de licence de psychologie à l'Université de Lille, la participation à cette expérience a été récompensée dans le cadre de l'unité d'enseignement "Psychologie générale et différentielle".

3.2.2. Mesures.

L'autocritique. *La Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale* (FSCRS, Gilbert et al., 2004) a été traduite en français et validéepar Leboeuf, Andreotti, Rusinek, Delamillieure, Gheysen & Antoine (2019). L'échelle est composée de 22 éléments.

Chaque énoncé est noté sur une échelle de Likert à 5 points de 0 ("pas du tout comme moi") à 4 ("comme moi"). Le FSCRS a été conçu pour mesurer l'autocritique et l'auto-assurance, les sous-échelles de soi inadéquat, de soi haï et de soi rassurant mesurant l'autocritique. Il présente une bonne cohérence interne (entre 0,76 et 0,85 pour les trois sous-échelles de la validation française).

Anxiété. Le *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory* (STAI, Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) a été traduit et validé en français par Gauthier et Bouchard (1993). L'échelle d'anxiété des traits comprend 20 items qui mesurent l'anxiété des traits comme la fréquence de perception des événements externes comme menaçants sur une échelle de 4 points allant de 1 (non) à 4 (oui). Cette échelle a une bonne cohérence interne (0,91).

La dépression. *La Beck Depression Inventory* - Short Form (Beck & Beamesderfer, 1974) a été traduit et validé en français par Bourque et Beaudette (1982). Les participants évaluent le degré auquel trois énoncés reflètent leur état d'esprit sur une échelle de 4 points de 0 (aucun) à 3 (symptômes dépressifs graves). La cohérence interne de la version française est bonne ($\alpha = 0,90$).

L’anxiété sociale. *L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz* (Liebowitz, 1989) a été traduite et validée par Heeren, Maurage, Eeckout et Philippot (2012). Elle comprend huit sous-échelles. Les participants évaluent chacune des 24 situations sociales sur une échelle de type Likert à 4 points, une fois pour l'intensité de la peur (0, aucune; 1, légère; 2 modérée; 3 sévère) et une fois pour la fréquence d'évitement de la situation (0, Jamais; 1, occasionnellement; 2 souvent; 3 habituellement). Cette échelle a une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,94$).

Les émotions. *The Positive and Negative Affect Scales* (Watson, D., Clarke, L. Tellegen, A. 1988) se composaient de deux échelles d'humeur à 10 éléments qui comprennent les dimensions d'affect positif et négatif. Elle est stable sur une période de 2 mois. La version française de Gaudreau, Sanchez, Blondin (2006) est hautement cohérente en interne ($\alpha = 0,85$ et 0,89 pour les échelles négative et positive).

L’effet de l'imagerie. *Le questionnaire d'évaluation de l'imagerie mentale* de McEwan et Gilbert (2016) a été traduit en français pour l'étude. Il comprend 10 éléments évaluant la fréquence et l'intensité de l'expérience de l'imagerie et invite des commentaires écrits. Six des éléments (notés de 0 à 10) demandent aux participants d'évaluer la facilité / la difficulté / la clarté de l'imagerie et à quel point ils se sentaient tendus, à quel point ils étaient émus et à quel point ils avaient résisté à l'imagerie. Ce questionnaire a permis de vérifier que tous les participants avaient réussi l’imagerie.

3.2.3. Procédure.

L'approbation éthique de cette étude a été reçue le 15/07/2016 par le Comité d'éthique en sciences du comportement de l'Université de Lille (numéro de comité: 2016-1-S45). Toutes les procédures effectuées dans les études impliquant des participants humains étaient conformes aux normes éthiques du Comité national de recherche, à la Déclaration d'Helsinki de 1964 et à ses amendements ultérieurs, ou à des normes éthiques comparables. Les données sont disponibles sur figshare (Leboeuf, 2020). L'organigramme de la procédure est présenté à la figure 1. Un consentement éclairé a été obtenu de tous les participants inclus dans l'étude.

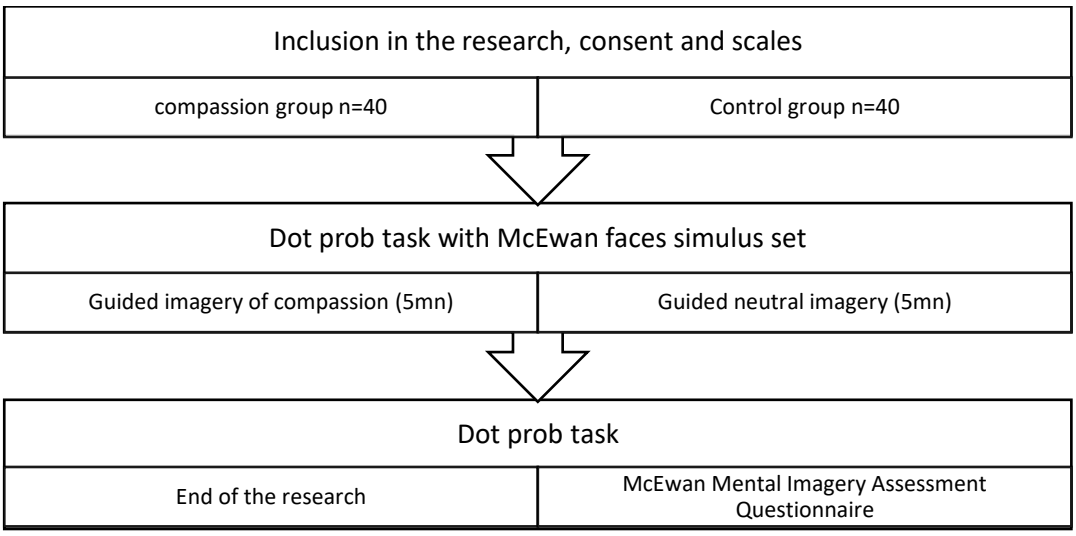


Figure 6: Organigramme de la procédure

Les participants ont été assignés au hasard à une condition d'imagerie de compassion ou à une condition de contrôle (condition d'imagerie neutre correspondant à la durée) selon des critères de genre. Les caractéristiques des participants des deux groupes sont présentées dans le tableau 1. Ils étaient significativement différents en âge et en pratique de la méditation.

Tableau 6: Caractéristiques des participants

Variable	**Value**	**Neutral group (n = 40)**	**Compassion group (n= 40)**
Sex	Female (%)	29 (72,5)	29 (72,5)
Age	Mean (range)	21,12 (4,30)	26,31 (12,01)
Prior meditation experience	Yes (%)	6 (15)	13(32,5)
Activity professional	Professional (%)	6 (15)	23 (57,5)
	Student (%)	34 (85)	17 (42,5)
Marital status	Divorced (%)	1 (2,5)	5 (12,5)
	Married or civil union (%)	3 (7,5)	14 (35)
	Single (%)	36 (90)	25 (62,5)
BDI	Mean (range)	10,68 (7,3)	15,01(8,74)
STAI T	Mean (range)	47,02 (9,23)	50,83 (11,43)
Self-criticism	Mean (range)	17,67 (6,60)	19,35 (8,17)

Les participants ont été invités à visualiser les nombres de manière multisensorielle (par exemple, la couleur, la forme, la texture) pour contrôler le processus d'intégration sensorielle qui est considéré comme l'effet central de l'imagerie (Siegel, 2016). Pour les images de compassion, les participants devaient d'abord faire un exercice de respiration pour lequel ils devaient se concentrer sur les sensations corporelles, ralentir l'expiration et gonfler le ventre sur l'inspiration. Seule l'imagerie de compassion était associée à un exercice de respiration. Les instructions ont été données sur l'expiration du participant pour créer la synchronisation. Les participants ont ensuite été invités à visualiser le visage souriant d'une personne qui avait à cœur leur bien-être. Le mot compassion n'a pas été utilisé, mais il a été suggéré que cette personne pourrait être amicale. Au cours des instructions suivantes, les participants ont été invités à se concentrer sur les sensations associées au sentiment de connexion.

Les participants ont ensuite effectué une tâche de détection de sonde en utilisant l'ensemble de stimulus de visages de McEwan. L'ensemble de McEwan (2012-2014) a été créé avec des photographies d'acteurs affichant des expressions faciales critiques, neutres ou de compassion. Les stimuli faciaux ont été présentés en noir et blanc à une résolution de 72 dpi et à 115 mm du centre de l'écran. Les participants ont répondu en appuyant sur un bouton pour indiquer quelle sonde a remplacé l'un des stimuli faciaux (c'est-à-dire les touches ; ou : pour la gauche ou la droite). Les participants ont commencé par sept essais d'entrainement utilisant des visages joyeux non utilisés dans l'expérience, suivis de 64 essais expérimentaux (16 paires de visages neutres et de compassion et 16 paires de visages neutres et critiques présentées deux fois dans chacun des champs gauche et droit). Chaque test a commencé par un point de fixation présenté pendant 500 ms au centre de l'écran. L'écran a été remplacé par une paire de stimuli faciaux et enfin par une sonde située à l'endroit d'un des stimuli de la paire. L'intervalle entre les deux présentations était pour la moitié de 500 ms et pour l'autre moitié de 1200 ms, en référence au recherches précédentes (Iannou, Mogg & Bradley, 2003 utilisent 1250 ms). La tâche a été programmée sur Inquisit. Les temps de réponse et la précision ont été enregistrés.

Ensuite, les participants ont terminé par une tâche d'imagerie qui a duré cinq minutes. Après la tâche d'imagerie, ils ont terminé la deuxième partie de la dot probe task (tâche de détection de points) similaire exactement à la première partie. Les visages étaient différents dans les deux parties.

Finalement, le questionnaire d'évaluation d'imagerie mentale McEwan a été réalisé pour évaluer leur engagement dans la tâche d'imagerie.

3.3. Résultats

3.3.1. Analyse de données

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS version 18. Les analyses ont été répliquées avec JASP version 0.9.0.1 (Jeffreys's Amazing Statistics Program), et les mêmes résultats ont été trouvés (les interactions n'ont pas été répliquées sur JASP qui ne supportait pas le calcul de l'interaction de 2 variables intro-sujet, JASP a été utilisé pour sa plus grande flexibilité d'uiltilisation dans l'analyse par tertiles). Les temps de réaction pour les réponses incorrectes et les temps considérés comme aberrants (valeurs extrêmes) ont été supprimés. Les valeurs aberrantes correspondent à des temps de réaction inférieurs à 200 ms ou supérieurs à trois écarts-types par rapport au temps de réponse moyen.

Nous avons utilisé la procédure de MacLeod, Mathews et Tata (1986) pour calculer les scores de biais attentionnels pour les visages compatissants et critiques. Le score de biais attentionnel pour les visages critiques a été calculé en soustrayant le temps de réaction pour les essais dans lesquels la sonde a remplacé le visage neutre du temps de réaction pour les tests dans lesquels la sonde a remplacé le visage critique (c'est-à-dire l'incongruence). Ainsi, un score positif indique une allocation préférentielle de l'attention au visage critique (c'est-à-dire la vigilance envers les visages critiques). Un score négatif indique une allocation préférentielle de l'attention au visage neutre (c'est-à-dire, l'évitement des visages critiques). Enfin, un score de zéro n'indique aucune préférence attentionnelle entre le visage émotionnel et le visage neutre. Le score de biais d'attention (SBA) pour les visages compatissants a été calculé selon la même logique.

3.3.2. Résultat de la dot probe task (tâche de détection de sonde)

Les deux groupes dans les différentes conditions d'imagerie (imagerie neutre et compatissante) diffèraient au départ en termes d'autocritique ($p = 0,004$), de dépression et d'anxiété ($p = <001$). Les

moyennes sont reportées dans le tableau 6. Les deux groupes dans les différentes conditions d'imagerie (imagerie neutre et de compassion) ne différaient pas au départ en termes de données démographiques ou de scores aux questionnaires. Nous avons effectué une ANOVA de mesures répétées sur les SBA. Il y avait deux facteurs inter-sujets — i) le type d'imagerie et ii) le niveau d'autocritique (mesuré par la sous-échelle du soi inadéquat du FSCRS) —et trois facteurs intra-sujet — i) le temps (imagerie pré vs post), ii) type de visage émotionnel (compatissant vs critique) et iii) temps de présentation (500 ms vs 1200 ms).

3.3.3. Effet du type d'imagerie et de l'interaction avec l'autocritique

Nous avons effectué une série d'ANOVA (voir tableau 7) qui ont montré que les 5 variables interagissaient : le temps X le temps de présentation X le type de visage émotionnel X le type d'imagerie X l'autocritique, F (14, 593) = 1.8, p < .03, ηp^2 =0,041. Les deux types d'images ont eu un effet sur la réponse de l'attention, mais uniquement à un temps de présentation de 1200 ms et uniquement pour les visages critiques, F (1, 80) = 3,18, p = <0,001, ηp^2 =0,7. Avant l'exercice d'imagerie, un biais d'éloignement des visages critiques présentés pendant 1200 ms a été présenté. Ce biais a été réduit par l'imagerie indépendamment du type d'imagerie.

Tableau 7: Résumé des effets d'interaction

Variables	Df hyp	Df error	F	p	Partial eta-squared
time X presentation time X type of emotional face X type of imagery X self-criticism	14	593	1,8	0,035	0,041
time X type of imagery X self-criticism for critical faces at 1200 ms	14	593	3,18	0,000	0,07
Type of faces X imagery X self-criticism	14	593	1,88	0,026	0,43
Time X type of faces	1	593	5,68	0,017	0,009
Type of faces at 1200 ms before imagery	1	608	7,3	0,007	0,012
Self-criticism X type of faces	1	608	1,0	0,05	0,085

Cet effet a interagi avec le niveau d'autocritique, avec un effet d'interaction à trois dimensions du temps X type d'imagerie X autocritique, $F(1, 80) = 2,13$, $p < 0,01$. Pour éclaircir cette interaction pour la présentation pendant 1200 ms, nous avons effectué des analyses de division par tertiles dans lesquelles les scores de sous-échelle de soi inadéquat étaient divisés en bas (0-14), moyens (15-21) et élevés (22-35). Nous avons comparé les groupes bas n=26 et élevés n=28, suivant la méthodologie de McEwan (2014) qui utilisait le même ensemble de visages. Les résultats sont présentés dans la figure 7. Bien que l'approche par groupe d'échantillonnage puisse induire une perte de puissance (Preacher KJ, Rucker DD, MacCallum RC & Nicewander WA, 2005), nous avons choisi de l'utiliser

pour clarifier davantage l'interaction. Les deux types d'imagerie ont eu le même effet sur les participants avec de faibles niveaux d'autocritique, réduisant le biais d'éloignement des visages critiques. Après l'exercice d'imagerie, les participants ont répondu plus rapidement lorsque la sonde était derrière un visage critique. Les différences dans les SBA avant et après l'exercice d'imagerie dans le groupe à faible autocritique étaient différents de 0, t (103) = 2,18; p = 0,003 (d = 0,21) pour l'imagerie de compassion et t (119) = 3,32; p = 0,001 (d = 0,32) pour l'imagerie neutre. La différence entre les deux scores n'était pas significative. Cet effet était significativement différent pour les participants avec des niveaux élevés d'autocritique dans la condition d'imagerie neutre, t (222) = -3,37; p = 0,001 (d = -0,45). Les participants ont commencé à détourner le regard des visages critiques et les différences sont devenues négatives. Cependant, l'effet n'était pas significativement différent pour l'imagerie de compassion, t (206) = -1,41; p = 0,15 (d = -0,19). La différence est restée positive. Après avoir été exposés à l'imagerie neutre, les participants ayant un niveau élevé d'autocritique ont commencé à détourner le regard des visages critiques, mais pas après avoir été exposés à l'imagerie de compassion.

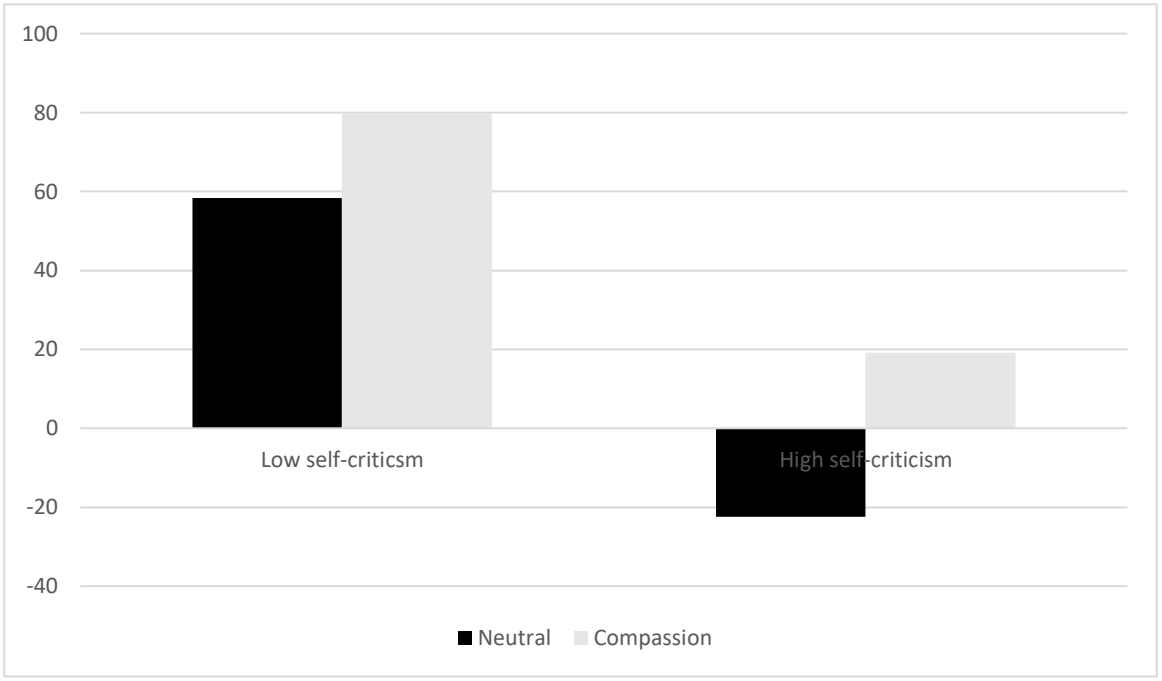


Figure 7 : Différences en millisecondes dans les moyennes des SBA avant et après l'imagerie (pré - post) lorsque des visages critiques ont été présentés pendant 1200 ms entre les groupes d'autocritique faible et élevé (les scores positifs indiquent que l'imagerie a induit une attention vers les visages ; les scores négatifs indiquent que l'imagerie a détourné l'attention).

3.3.4. Effet du type de visage émotionnel et interaction avec l'autocritique

Nous avons effectué des ANOVA multivariées et trouvé un effet du type de visage émotionnel avant la tâche d'imagerie, F (1, 608) = 7.3, $p < .007$, ηp^2 =0,012, ce qui a montré que l'ensemble des images de visages critiques et de compassion était discriminant. L'évolution temporelle a eu un impact sur le traitement attentionnel, avec un effet d'interaction bidirectionnelle entre le type de variable de visage émotionnel et la variable de temps de présentation F (1, 608) = 5.6, p = 0,017, ηp^2 =0,009. Cet effet a été examiné plus avant en utilisant un test t d'échantillons appariés. Les participants, avant la tâche d'imagerie, détournaient les yeux des visages critiques à 1200 ms, t (639) = -2,37 (d = 0,08); p = 0,025 et 500 ms, t (639) = -2,34; p = 0,019 (d = 0,08). Ils avaient tendance à regarder vers des visages compatissants, mais le score n'a pas atteint un seuil significatif. L'autocritique a interagi avec le traitement du type de visage, F (1, 608) = 1.9, $p < .005$, ηp^2 =0,085. L'autocritique a eu un effet significatif à un temps de présentation de 1200 ms pour les visages critiques et de compassion, mais l'effet n'était plus significatif à 500 ms pour les deux types de visage. Le tableau 8 présente les moyennes, les écarts-types et la significativité de l'effet variable d'autocritique pour chacune des quatre conditions.

Tableau 8 : Moyennes des scores de biais d'attention, écart-types et ANOVA de l'effet de la variable d'autocritique (sous-échelle de l'autocritique du soi inadéquat du FSCRS) ddl = 31.

	Critical Faces 1200 ms	Critical Faces 500 ms	Compassionate Faces 1200 ms	Compassionate Faces 500 ms
Mean	-15.76	-12.31	5.50	5.20
SD	197.9	139.4	128.2	137.4
F	1.53	0.64	1.54	1.19
p	0.03	0.93	0.03	0.21

Nous avons ensuite effectué des analyses de division par tertiles, comme expliqué précédemment. Nous avons comparé les groupes bas et hauts lorsque des visages critiques ont été présentées pendant 1200 ms. Les groupes ont montré des différences significatives, t (430) = -2,93; p = 0,004 (d = -0,28).

Ensuite, nous avons comparé chaque groupe à 0. Le groupe avec de faibles niveaux d'autocritique avait un biais d'éloignement des visages critiques, t (207) = -3,08; p = .002 (d = -0.21), mais le groupe avec des niveaux élevés d'autocritique n'était pas significativement différent de 0. Les participants avec des niveaux plus élevés d'autocritique avaient tendance à regarder plus vers les visages de compassion à 1200 ms, mais les statistiques n'ont pas atteint la significativité. Le tableau 9 présente les moyennes et les écarts-types de l'autocritique élevée et faible. Notamment, l'effet significatif de l'autocritique en tant que variable continue sur le traitement attentionnel des visages de compassion n'est plus significatif avec ce traitement statistique après la division tertile.

Tableau 9 : Moyennes des scores de biais d'attention à 1200 ms et écart-types pour les visages critiques et de compassion, pour les groupes d'autocritique faible et élevée (score de la sous-échelle d'autocritique du soi inadéquat du FSCRS)

	Critical Faces Low Self-criticism	Critical Faces High Self-criticism	Compassionate Faces Low Self-criticism	Compassionate Faces High Self-criticism
Mean	-57.35	2.98	-6.35	12.73
SD	268.1	146.4	140	133

3.3.5. Contrôle de l'analyse de la dépression et de l'anxiété sociale

Les analyses ont été répétées tout en contrôlant la dépression comme covariable. En ce qui concerne l'ANOVA explorant les scores de biais pour les visages critiques et les niveaux d'autocritique, les résultats sont restés inchangés, sauf pour le temps de présentation. Nous avons trouvé un effet significatif du temps de présentation lors du contrôle de la dépression, F (1, 80) = 6,7, p <0,001, ηp^2 = 0,011, et un effet de l'interaction entre la variable de temps de présentation et la variable BDI, F (1 , 80) = 5,4, p <0,01, ηp^2 = 0,009. Nous avons également répété les analyses tout en contrôlant l'anxiété sociale en tant que covariable. Les résultats sont restés inchangés pour tous les résultats de l'ANOVA.

3.3.6. Effet du type d'imagerie sur les émotions

Nous avons effectué une ANOVA à mesure répétée qui a montré une interaction entre le type d'imagerie et les émotions (PANAS). Les résultats montrent que le type d'imagerie interagit avec les émotions négatives F (1, 78) = 12,29, p <0,001; η2p = 0,08 et avec des émotions positives F (1, 78) = 11,95, p <0,001; η2p = 0,13. Les données dont présentées dans la figure 8.

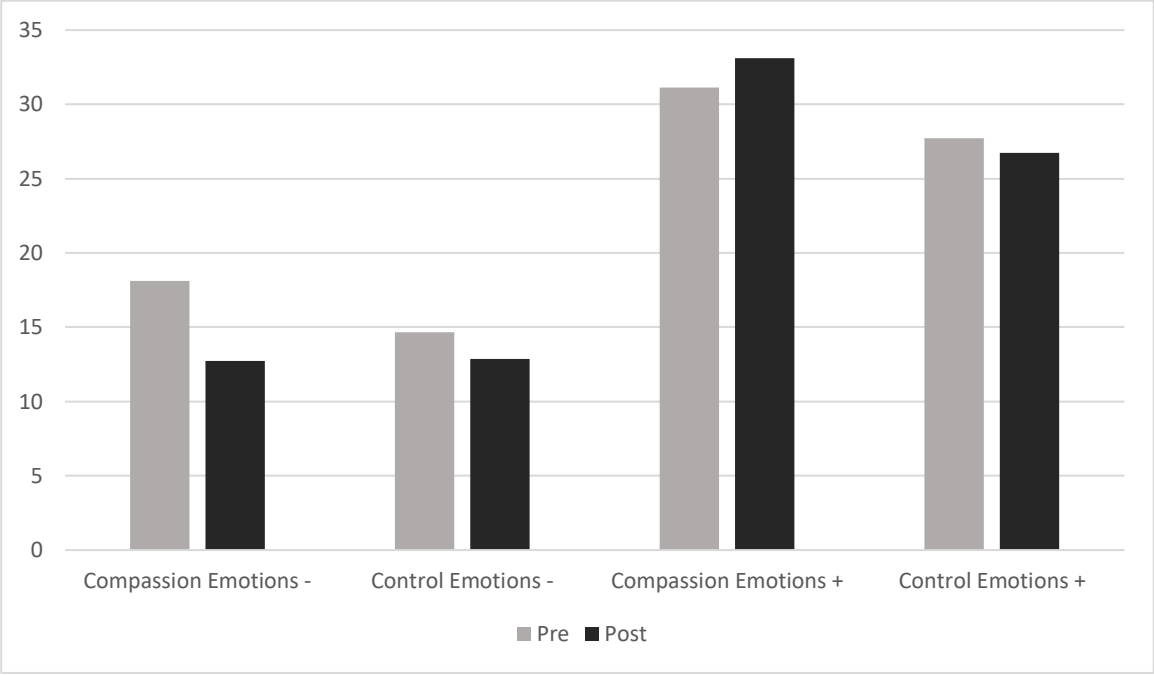


Figure 8 : Interaction entre le type d'imagerie (Compassion vs Neutre) et le type d'émotions mesurées par le Positive And Negative Affects Scale (Emotions – vs Emotions +)

Pour mieux comprendre cette interaction, nous avons effectué des t de Student sur les deux types d'images. Le score d'émotions négatives a été réduit après l'imagerie de compassion t (39) = 6,05; p = <0,001 (d = 0,95) et dans après l'imagerie de contrôle t (39) = 3,39; p = 0,002 (d = 0,53). Nous avons calculé un score de différence en soustrayant les scores post aux scores pré. Les scores était significativement différents pour les deux types d'imagerie t (78) = 3,50; p = <. 001 (d = 0,78) avec une différence de 5,4 pour le groupe de compassion et une différence de 1,7 pour le groupe témoin.

Les résultats indiquent ainsi qu'il existe un effet de l'imagerie neutre, mais que l'effet de l'imagerie de compassion est significativement supérieur.

Le score des émotions positives a augmenté après l'imagerie de compassion t (39) = - 2,69; p = .005 (d = - 0,42) et dans l'imagerie neutre t (39) = 2,24; p = 0,03 (d = 0,35). Le score de différence était significativement différent entre les deux groupes t (78) = - 3,45; p = <. 001 (d = 0,77) avec une différence de -2,00 pour le groupe de compassion et une différence de 0,97 pour le groupe d'imagerie neutre.

Les résultats indiquent que l'imagerie neutre réduit les émotions positives alors que l'imagerie de compassion augmente les émotions positives.

3.3.7. Contrôle d'analyse de l'autocritique, de l'auto-compassion, de la dépression et de l'anxiété sociale

Les analyses ont été répétées en contrôlant l'autocritique, la compassion, la dépression et l'anxiété sociale comme covariables. En ce qui concerne l'ANOVA explorant les scores de biais pour les visages critiques et les niveaux d'autocritique, le résultat est resté inchangé pour le temps de présentation.

3.4. Discussion et conclusion

À notre connaissance, il s'agit de la première étude montrant un lien entre les niveaux d'autocritique et le traitement des visages critiques. En 2014, McEwan n'a trouvé aucun effet du niveau d'autocritique sur le traitement des visages critiques. La recherche avait montré un effet d'éloignement des visages de compassion pour les participants avec des niveaux élevés d'autocritique. Les différents types de visages, critiques et compatissants, ont été traités très différemment. Avant l'exposition à l'imagerie, les participants avaient tendance à détourner le regard des visages critiques présentés pour 500 ms et 1200 ms, mais ces biais semblaient interagir de manière significative avec l'autocritique seulement à 1200 ms. Etonnament les participants avec des niveaux plus élevés d'autocritique ont montré moins de biais d'éloignement des visages critiques.

Pour Gilbert (2004), l'autocritique est l'internalisation de stratégies pour se protéger des menaces sociales ce qui ne permet pas de prédire les résultats obtenus. Ici, les participants avec des niveaux inférieurs d'autocritique ont détourné le regard des visages critiques et se sentaient ainsi plus à l'abri des menaces sociales. Se détourner des visages critiques pourrait donc être une stratégie liée à une réduction efficace des sentiments négatifs induits par la critique. Ce qui est conforme à la théorie polyvagale (Porges, 2003), dans laquelle le « système nerveux social» est une neuro-circuiterie du lien social qui invite à l'affiliation, en particulier en réponse au stress.

Dans nos résultats, les participants avec des niveaux plus élevés d'autocritique n'ont pas montré de biais d'attention d'éloignement ou vers les visages critiques. C'est un résultat surprenant, car on aurait pu s'attendre, sur la base de recherches antérieures, à un biais vers les visages critiques. Des recherches complémentaires seront nécessaires pour explorer l'orientation de l'attention dans une population clinique avec des niveaux plus élevés d'autocritique, car les biais attentionnels sont souvent plus prononcés dans les populations cliniques.

Il y avait ici un effet de l'imagerie en termes de réduction du biais d'éloignement des visages critiques présentés pendant 1200 ms, mais il n'y avait pas de différence entre les types d'imagerie. Dans la condition neutre, le processus d'intégration sensorielle peut être considéré comme l'effet central de l'imagerie (Siegel, 2016), nous pouvons interpréter cet effet comme inhérent à l'imagerie. Il peut y avoir une augmentation de la flexibilité dans le traitement de l'information, avec une possible réduction du sentiment négatif d'être critiqué associé aux visages critiques - et donc un besoin réduit de détourner le regard des visages critiques. Le fait que l'imagerie n'ait eu d'effet que lorsqu'elle a été présentée pendant 1200 ms peut indiquer un mécanisme de contrôle attentionnel descendant (Corbetta & Shulman, 2002, Desimone & Duncan, 1995; Leleu, Douilliez & Rusinek, 2013). Ce résultat est cohérent avec la dimension motivationnelle de la compassion. L'activation ascendante se produit pendant le traitement préattentif précoce et est censée être motivée par un stimulus (pour une revue, voir Theeuwes, Atchley et Kramer). On pense que les processus descendants sont axés sur les objectifs et priorisés lorsque l'objet est en ligne avec les objectifs actuels de l'observateur, en d'autres termes, lorsque la motivation de l'observateur tourne l'attention vers les stimuli. On suppose généralement que le guidage descendant procède soit par l'activation des caractéristiques qui

correspondent à celles de la cible (par exemple, Wolfe 1994), soit par l'inhibition des caractéristiques qui ne le sont pas (Treisman et Sato 1990).

Il y avait un effet du type d'imagerie, mais seulement en interaction avec le niveau d'autocritique. L'effet de réduction du biais d'éloignement des visages critiques a été inversé pour les participants avec des niveaux élevés d'autocritique dans la condition d'imagerie neutre, mais a persisté dans la condition d'imagerie de compassion. L'imagerie neutre n'a pas réduit le biais d'attention pour les participants ayant des niveaux élevés d'autocritique. Ce résultat peut être lié à un type différent de réaction émotionnelle chez ces participants en raison de l'activation d'une réaction de menace. Il a été démontré que des niveaux élevés d'autocritique peuvent être liés à des réactions indésirables après un seul épisode d'images de compassion (Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman et Glover, 2008, Rockliff et al., 2011). Comme expliqué dans l'introduction, nous avons spécifiquement augmenté l'activation des émotions sociales positives pour réduire cet effet.

Les résultats montrent que l'imagerie de compassion a bien activé des émotion positives et qu'elle tend à réduire les émotions négatives et ce davantage qu'une imagerie neutre.

Comme nous en avions fait l'hypothèse, l'autocritique n'a pas interagi avec cet effet (ni dépression ni anxiété sociale).

Nous interprétons ce résultat comme une validation que l'activation de la joie sociale peut être une stratégie efficace pour réduire l'effet négatif de l'autocritique sur l'imagerie de la compassion. En effet, les participants avec des niveaux élevés d'autocritique activeront des pensées de blâme négatives basées sur l'établissement de normes élevées pour eux-mêmes dans l'exercice (par exemple : "Je dois suivre les instructions parfaitement") ou en se détestant (par exemple: "Je ne mérite pas de me sentir bien ») pour se référer aux deux fonctions d'autocritique décrites par Gilbert (2004). En activant la joie sociale, nous activons une attention partagée qui à la fois défocalisera les participants d'eux-mêmes (leurs pensées et leurs sentiments) et créera un sentiment de cohésion (entre le participant et à la fois la personne qui guide et la personne souriante dans l'imagerie).

Les résultats ne contredisent pas les hypothèses selon lesquelles l'imagerie de compassion, avec des émotions sociales positives accrues, peut permettre aux participants ayant des niveaux élevés d'autocritique de bénéficier de l'effet attentionnel de l'imagerie.

Les données vont dans le sens de notre hypothèse selon laquelle l'activation d'émotions positives élargirait l'attention (Fredrickson, 2001, 2005). Un état interne positif semble améliorer le traitement de tous les stimuli de manière moins sélective. L'humeur positive peut influencer le traitement des stimuli périphériques liés à la tâche, pour le meilleur ou pour le pire, fournissant un argument de l'influence de l'humeur sur le contrôle de l'attention descendante (Grol et De Raedt, 2014; Grolg et al., 2014, Uddenberg et Shim, 2014, Vanlessen et al., 2014). Les émotions positives semblent soutenir l'effet de l'imagerie pour les participants ayant des niveaux plus élevés d'autocritique. Les résultats sont exploratoires et doivent être reproduits par plusieurs chercheurs utilisant l'IFC.

L'imagerie impliquant l'intégration sensorielle joue un rôle dans la façon dont l'attention est allouée pour intégrer les visages émotionnels, en particulier les visages critiques. L'étude du cours du temps montre que cet effet est lié à des temps de présentation plus longs et à des processus plus élevés. Cet effet est réduit lorsque les niveaux d'autocritique des participants sont élevés mais est maintenu dans des conditions d'imagerie compassion. Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse que les émotions positives élargissent l'attention.

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière de plusieurs limites. Premièrement, cette recherche est exploratoire, avec un échantillon limité de participants non cliniques. Il serait intéressant d'explorer comment les personnes ayant un niveau élevé d'autocritique et un trouble émotionnel diagnostiqué traitent les informations sur les visages critiques. L'imagerie basée sur la version validée de l'imagerie focalisée sur la compassion a été modifiée pour se concentrer davantage sur les indices de connexion sociale et n'a pas été testée auparavant sous cette forme. Bien que les résultats soient conformes à nos hypothèses, nous remarquons que nous aurions pu nous attendre à ce que l'imagerie de compassion crée un biais d'attention vers les visages de compassion, ce qui n'est pas le cas ici. L'imagerie n'a pas créé de biais positif. Dans une étude longitudinale, Troller-Renfree et al. (2015, 2016) ont montré, en testant un grand groupe d'enfants élevés dans une institution qui ont connu une privation psychosociale, qu'une intervention de placement familial avec une meilleure qualité d'accompagnement affectif (par rapport aux soins habituels) affectait le traitement de l'attention des visages émotionnels. Au fil du temps, le groupe avec une intervention en famille

d'accueil avait un biais vers les visages joyeux. L'ampleur du biais positif était associé à moins de meilleurs mécanismes d'adaptation. Au sein du groupe d'accueil, un biais d'attention positif était lié à une réactivité moindre du cortisol. Par conséquent, le fait que l'imagerie de compassion n'induise pas un biais positif envers les visages de compassion est un peu surprenant. Tester la possibilité qu'un tel biais puisse apparaître au fil du temps serait possible avec une exposition plus longue à l'imagerie centrée sur la compassion. L'utilisation d'indices de suivi oculaire pourrait ajouter des informations sur l'endroit où les participants regardent lorsqu'ils détournent le regard des visages critiques et augmenter la fiabilité de la mesure (voir Price et al., 2015 pour des recommandations). Le rôle des émotions positives dans la modification du biais attentionnel et dans la compassion fait encore l'objet de recherches inconsistantes. La recherche en neurosciences indique que l'activation de la compassion induit des émotions positives (Engen et Singer, 2015). D'autres recherches pourraient questionner les mécanismes sous-jacents et considérer distinctement le rôle des émotions négatives et positives.

La différence entre les groupes est une limite de cette étude. Une réplication avec une randomisation basée sur les niveaux d'anxiété et de dépression et les niveaux d'autocritique serait pertinente.

En conclusion, on peut dire qu'il est contre-intuitif de penser que le soulagement de la souffrance pourrait être lié de quelque façon aux émotions positives. Et cette question reste controversée car les liens entre la joie sociale et la compassion n'ont pas été étudiée antérieurement. Cette recherche ne plaide pas pour une confusion des deux ni ne démontre que les émotions positives sont nécessaires à la compassion. Mais cette recherche ne réfute pas l'existence d'un rôle central dans la régulation des émotions négatives, et plus particulièrement pour les participants avec des niveaux élevés d'autocritique.

Les résultats soutiennent la poursuite de l'étude de l'IFC en tant qu'approche de traitement de modification des biais attentionnels, et pourrait être bénéfique pour les populations présentant des niveaux plus élevés d'autocritique.

Article 3. Validation d'un programme d'entrainement à la compassion

4.1. Introduction

Au cours des 20 dernières années, de plus en plus d'approches ont étudié l'intérêt d'intégrer une forme d'entrainement de l'esprit à la psychothérapie classique. La psychologie Bouddhiste, en particulier, a créé un pont à la fois conceptuel et scientifique permettant de tester les bénéfices d'une telle démarche dans un cadre laïque. Dans ce contexte, le nombre de recherches concernant l'intérêt de la compassion a fortement augmenté (Jazaieri et al., 2013). La méta-analyse de Kirby (2016) a mis en lumière les bénéfices de programmes thérapeutiques centrés sur la compassion et sur les processus psychologiques associés (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008; Hofmann, Grossman & Hinton, 2011; Jazaieri et al., 2013; Keltner, Kogan, Piff & Saturn, 2014; Kirby, 2016).

Gilbert (2014) définit la compassion comme « une sensibilité à la souffrance propre et des autres avec un engagement pour essayer de l'atténuer et de la prévenir ». La thérapie fondée sur la compassion (TFC), a été spécifiquement développée pour les personnes souffrant de honte et d'autocritique (Gilbert, 2000, 2009, 2010; Gilbert & Irons, 2005, Gilbert & Choden, 2013). Les recherches sur l'auto-compassion (Neff & Germer, 2013) ont montré que les ruminations et les inquiétudes peuvent également être améliorées (Nefff, 2003 ; Neff & Vonk, 2009 ; Raes, 2010), les émotions « négatives » (Barnard & Curry, 2012 ; Neff & Vonk, 2009, Raes, 2010) ainsi que la variabilité cardiaque (Kirby, Doty, Petrocchi, & Gilbert, 2017 ; Matos et al., 2017).

Définir la compassion comme une motivation est central pour comprendre que le programme étudié dans cette recherche est bien une forme d'entrainement de l'esprit et non l'entrainement d'un processus spécifique. Selon l'approche évolutionniste, la compassion s'appuie sur la motivation au soin qui a une fonction évolutive spécifique aux mammifères (Gilbert, 2014). En activant la motivation au soin, c'est toute une cascade de processus psychologiques et physiologiques qui vont être activés. Le programme d'entrainement à la compassion (PEC) devrait activer différents processus de pleine conscience sans qu'ils soient spécifiquement visés. De façon indirecte, l'attention est travaillée par l'observation des émotions et par les guidances audios qui débutent toujours par une

concentration sur la respiration. Le PEC devrait augmenter la capacité de pleine conscience, la capacité à ralentir l'activation physiologique, à comprendre les émotions et à aller vers les situations émotionnellement difficiles.

Le PEC est construit autour des trois courants de la compassion définis par Gilbert et al. (2017) c'est-à-dire la compassion reçue, la compassion pour les autres, et l'auto-compassion. Le programme va permettre de développer à partir de souvenirs, de modèles émotionnels, cognitifs et comportementaux les différents attributs qui constituent les qualités fondamentales de la compassion. On va par exemple retrouver la sagesse, force, le courage et l'engagement vers les sensations difficiles. Mais également des qualités comme l'écoute, le non-jugement, la tolérance à la souffrance, l'empathie ou la sympathie. L'étude de effets du programme va nous permettre, en plus de l'étude de l'auto-compassion (Neff, 2003) d'explorer l'intérêt de la compassion reçue. Les effets de l'auto-compassion sont aujourd'hui bien connus et bien étudiés (Neff, 2009 ; Neff & Germer, 2013 ; Raes, 2010). Recevoir de la compassion peut également être bénéfique et permettre d'accéder à des ressources sociales externes permettant notamment une régulation émotionnelle dyadique. C'est un préalable à tout travail de psychothérapie. Refuser d'être aidé, limite nécessairement l'accès aux stratégies de coping relationnel ou social. Les dimensions non-verbales associées à la motivation de compassion sont identifiées avec notamment le ton de la voix et la prosodie qui sont des informations clefs dans le décodage émotionnel. Ce travail permet de donner une texture sensorielle et une connotation émotionnelle aux pensées alternatives associées à une motivation de compassion (Gilbert & Choden, 2013).

Le PEC vise également à introduire le modèle des « trois cercles » de psychoéducation de Gilbert (2000, 2010). Ce modèle inspiré des travaux de Depue & Morrone-Strupinsky (2005), met l'accent sur l'importance des processus affectifs dans la régulation émotionnelle. Il permet entre autres d'expliquer les différentes fonctions évolutives des émotions et de différencier les deux types d'émotions positives, d'activation et d'apaisement. Cette psychoéducation vise à faciliter l'acceptation des émotions et à diminuer l'autocritique ou la honte liées aux réactions émotionnelles internes (Baumeister et al. 2001 ; Gilbert 2009). L'identification du système d'apaisement est associée

au travail de la respiration ventrale. Des recherches récentes ont montré que cette respiration peut être bénéfique en termes de diminution de l'excitation, d'activation du système parasympathique et d'amélioration de la variabilité de la fréquence cardiaque, avec des sensations de calme (Lin, Tai & Fan, 2014 ; Streeter, Gerbarg, Saper, Ciraulo et Brown, 2012).

Le programme est structuré autour de 4 types d'exercices. Les exercices sont soit didactiques, suivant une courte séquence de psychoéducation, soit de l'auto-observation des émotions (Kashdan, Ferssizidis, Collins & Muraven, 2010 ; Kashdan & Farmer 2014 ; Kashdan, Barrett & McKnight, 2015), soit des exercices comportementaux visant une activation comportementale (Gable, 2000) ou finalement des guidances audios.

Un travail sur la joie sociale, *la joie d'une attention ou d'une présence partagée,* inspiré de la thérapie fondée sur la compassion, est proposé pour renforcer la régulation des émotions négatives (Leboeuf, Andreotti, Tirch, Antoine, soumis), notamment au travers de l'imagerie du sourire qui propose de visualiser une personne souriante et de focaliser l'attention sur les signaux de connexion sociale. L'impact de ce type d'imagerie a commencé à être étudié par notre équipe qui a montré un bénéfice émotionnel et attentionnel avec une meilleure intégration attentionnelle des visages critiques (Leboeuf et al., soumis). Trois autres exercices de visualisation sont proposés : l'exercice du lieu de sérénité, exercice classique qui vise à activer un sentiment d'apaisement et de relaxation. L'imagerie fournit une voie efficace pour activer des états émotionnels (O'Craven & Kanwisher, 2000). C'est un puissant stimulateur physiologique qui dépasse largement l'activation possible par la voie cognitive simple. De plus en plus de recherches montrent que l'imagerie axée sur la compassion active une série de processus psychologiques et neurophysiologiques (Klimecki, Leiberg, Lamm et Singer, 2012). Il existe plusieurs pratiques d'imagerie de la compassion (par exemple, Gilbert & Choden, 2013 ; Kolts, 2016 ; Tirch, Schoendorf & Silberstein, 2014). L'exercice de l'idéal de compassion consiste à construire une représentation, en imagination d'un être idéal, capable de répondre à nos besoins réels de compassion. Il reprend le travail de construction d'un modèle de compassion. Finalement, l'exercice d'auto-compassion vise à identifier une identité de compassion et à développer un sentiment de relation entre une partie de nous motivée à la compassion et nos souffrances propres (Gilbert, 2000, 2009, 2010 ; Gilbert et Choden, 2013). Activer l'image d'une figure de compassion bienveillante améliore d'indice de variabilité cardiaque (Rockliff et al., 2008) et augmente les effets

de l'ocytocine sur le sentiment d'affection et connexion (Rockliff et al., 2011). Cet effet est inversé chez les personnes ayant une forte autocritique qui ont une peur intense de la compassion (Rockliff et al., 2008, 2011). L'exposition répétée permet une amélioration au fils du temps pour ces personnes (McEwan & Gilbert, 2015). Nous avons démarré le programme par l'imagerie du sourire spécialement conçue pour réduire les émotions négatives chez les personnes présentant un haut niveau d'autocritique. Un essai non contrôlé de ces pratiques, sur une courte période de deux semaines, a montré un changement significatif dans l'autocritique, la dépression, l'anxiété et le stress (McEwan & Gilbert, 2015).

Matos, et al. 2017 a développé un protocole pour tester l'effet du programme d'entrainement à la compassion sur une période relativement brève (deux semaines). Cette étude a montré des résultats prometteurs tels qu'une amélioration de la variabilité cardiaque, l'auto-compassion, la compassion reçue et pour les autres, la peur de la compassion, la honte, l'autocritique le stress et les types d'affects positifs.

Nous avons donc formulé différentes hypothèses. Nous avons tout d'abord supposé l'efficacité du programme (réalisé à distance par le biais d'un site internet) à influencer positivement la motivation à la compassion pour ses trois courants, d'auto-compassion, de compassion reçue et de compassion pour les autres, des variables d'anxiété, de dépression, de stress, ainsi que sur des processus de pleine conscience et de régulation émotionnelle et de bien être psychologique, et ce en comparaison d'un groupe contrôle. Nous avons finalement fait l'hypothèse que ces effets se maintiendraient un mois après la fin du programme.

4.2. Méthodologie

4.2.1. Participants

Au total, 195 personnes de la population française ont donné leur consentement et rempli le premier questionnaire. L'organigramme de la procédure est présenté en figure 9. Dans l'ensemble, 227 personnes ont été affectées, selon une randomisation stratifiée par bloc dans deux groupes

(compassion ou contrôle). 113 participants ont été affectés au groupe contrôle et 114 au groupe Compassion.

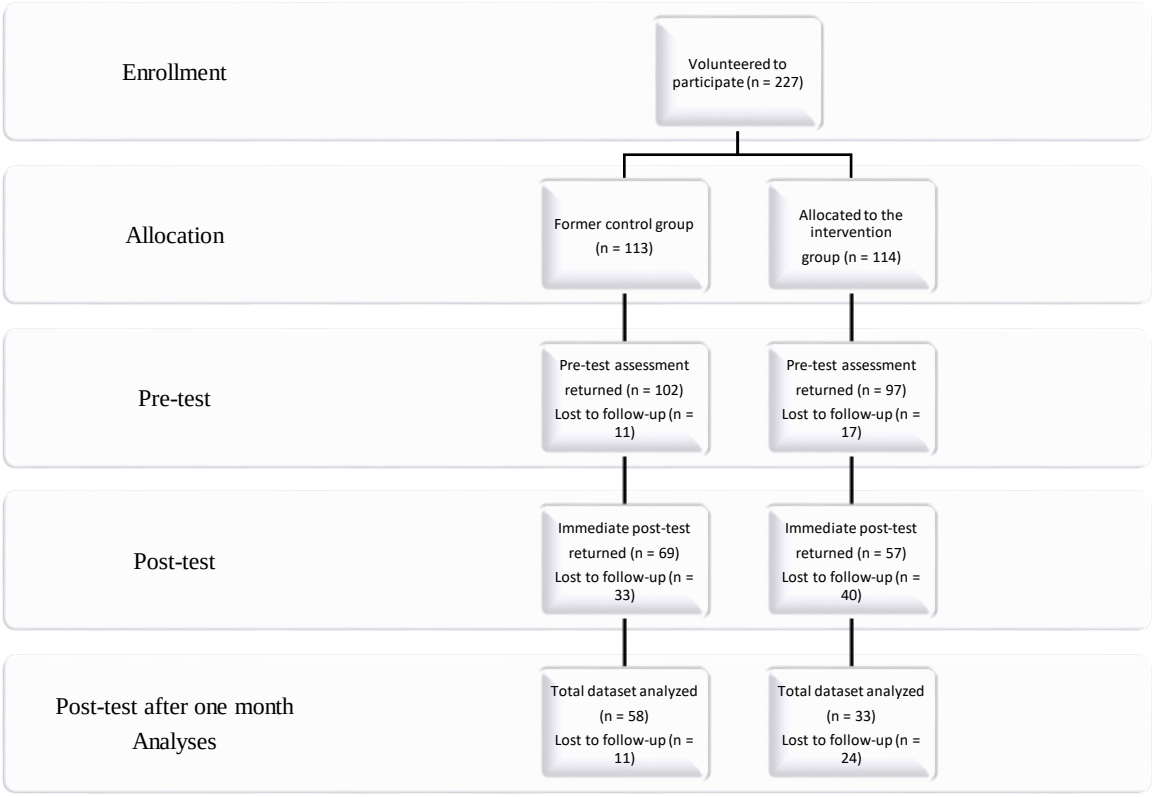


Figure 9 : Organigramme de la procédure.

91 personnes ont rempli les trois séries de questionnaires entièrement (7 participants ont été exclus pour données manquantes, 3 dans le groupe contrôle et 4 dans le groupe compassion). Pour ces derniers, 58 faisaient partie du groupe contrôle et 33 du groupe compassion. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 10. Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient avoir 18 ans. Aucune rémunération n'a été fournie.

Tableau 10 : Caractéristiques des participants

Variable	Value	Control group (n = 58)	Compassion group (n= 33)
Sex	Female (%)	47 (81)	27 (82)
	ND (%)	2 (3)	0 (0)
Age	Mean (range)	34,86 (14,57)	34,33(15,28)
Prior meditation experience	Yes (%)	33 (57)	14 (42)
Activity Professional	Professional (%)	41(70)	21 (64)
	Student (%)	17 (30)	12 (36)
Marital status	Divorced (%)	13 (22)	7 (21)
	Married or Civil union (%)	17 (29)	9 (28)
	Single (%)	22 (38)	15 (45)
	Widowed (%)	1 (2)	0 (0)
	Other	5 (9)	2 (6)

4.2.2. Procédure

L'approbation du comité éthique pour cette étude a été reçue le 14/03/2019 par le Comité d'éthique en sciences du comportement de l'Université de Lille (numéro de comité: 2019-327-S68). Toutes les procédures effectuées dans les études impliquant des participants humains étaient conformes aux normes éthiques du Comité national de recherche, à la Déclaration d'Helsinki de 1964 et à ses amendements ultérieurs, ou à des normes éthiques comparables. Un consentement éclairé a été obtenu de tous les participants inclus dans l'étude. Lors du recrutement, une attention particulière a été portée aux environnements dans lesquels les e-mails ont été diffusés dans le but d'obtenir l'échantillon le plus hétérogène possible. La première page du questionnaire comprenait une explication des objectifs de l'étude et le formulaire de consentement éclairé. Les participants devaient cocher une case indiquant « J'ai lu et j'accepte de participer » avant de pouvoir accéder au questionnaire. Le

questionnaire se terminait par des questions relatives aux informations sociodémographiques (âge, sexe, état matrimonial et catégorie socioprofessionnelle). Les participants ont été assignés par randomisation stratifiée par bloc en deux groupes à une condition de compassion ou contrôle.

Le programme d'entrainement à la compassion a été créé sur la base de l'expérience de l'équipe et sur le manuel de Irons et Beaumont, (2017). Il était constitué d'exercices quotidiens d'une durée de moins de 15 minutes par jour. Les supports été transmis par le biais d'une page web de l'Université de Lille dédiée à ce projet, protégée par un mot de passe. Il n'a été transmis aux participants du groupe intervention par e-mail qu'à l'issue de la randomisation. Le groupe contrôle a reçu le programme à la fin de la dernière évaluation, voir Annexe 3.

Quatre guidances audios ont été enregistrées avec l'aide de Mr Vincent Deffaux du service ICARE de la faculté de médecine de l'Université de Lille. Les textes des guidances sont en annexe 2.

4.2.3. Échelles

Variables sociodémographiques. L'âge, le sexe, la situation familiale des participants ainsi que leur expérience antérieure de pratique de la pleine conscience ont été enregistrés à partir d'un questionnaire.

Compassion. *Attributs de compassion et échelles d'actions* (CEAS), Gilbert et al. (2017). L'adaptation et la traduction de la version française du CAAS ont été réalisées selon une méthode de double traduction (Beaton, Bombardier, Guillemin, Ferraz, 2001). La traduction inverse a été réalisée par un Américain vivant au Texas. La validation est en cours. La compassion est généralement considérée comme ayant deux composantes de base. La sensibilité à la souffrance de soi et des autres et un engagement à essayer d'atténuer et de prévenir la souffrance (Gilbert & Choden, 2013) et ce pour chacune des dimensions de compassion envers soi-même, de compassion envers les autres et de la compassion reçue. La cohérence interne du CAAS est ici comprise entre 0,64 et 0,85.

Auto-compassion. *L'échelle d'auto-compassion* (SCS), Neff (2003) a été traduite et validée en français par Kotsou et Leys (2016). Il se compose de 26 éléments. Les déclarations sont notées chacune sur une échelle de Likert à 5 points allant de 1 ("presque jamais") à 5 ("presque toujours").

Le SCS a été conçu pour évaluer les six dimensions de l'auto-compassion, y compris trois points positifs (bienveillance de soi, pleine conscience et humanité commune) et trois points négatifs (jugement de soi, suridentification et isolement). Le SCS peut être utilisé avec un seul score total. Le SCS avait ici une cohérence interne comprise entre 0,72 et 0,87 pour les six sous-échelles et une bonne validité convergente.

Dépression. *Le Beck Depression Inventory - Short Form (BDI),* Beck & Beamesderfer (1974) a été traduit et validé en français par Bourque et Beaudette (1982). Les participants ont sélectionné les réponses à trois déclarations qui reflétaient leur état d'esprit sur une échelle de 4 points de 0 (aucun) à 3 (symptôme dépressif sévère). La cohérence interne est ici de 0,88.

Anxiété. *Le Spielberger State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), Spielberger, Gorsuch et Lushene (1970) a été traduit et validé en français par Gauthier et Bouchard (1993). L'échelle d'anxiété trait comprend 20 éléments qui mesurent l'anxiété trait comme par exemple la fréquence de perception des événements externes comme menaçants sur une échelle de 4 points allant de 1 (non) à 4 (oui). Cette échelle a ici une cohérence interne de 0,90.

Stress perçu. *Échelle de stress perçu,* de Cohen, Kamarck et Mermelstein (1983). Cette échelle a été traduite par Lesage (2012). Elle évalue le niveau de stress perçu au cours du dernier mois. La version en 10 items a été utilisée dans cette étude, qui se compose de six items négatifs et quatre items positifs. Les items négatifs visent à évaluer le manque de contrôle et les réactions affectives, tandis que les items positifs mesurent le degré de capacité à faire face aux facteurs de stress existants. Chaque élément est évalué sur une échelle de 5 points de 0 = « jamais » à 4 = « très souvent », couvrant le mois précédent. Des scores plus élevés correspondent à un stress perçu plus élevé. La cohérence interne est ici comprise entre 0,76 et 0,90.

Autocritique. *L'échelle Formes d'autocritique / auto-rassurante* (FSCRS), Gilbert et al., (2004) a été traduite en français et validée par Leboeuf et al. (2019). L'échelle est composée de 22 éléments. Chaque énoncé est noté sur une échelle de Likert à 5 points de 0 ("pas du tout comme moi") à 4 ("comme moi"). Le FSCRS a été conçu pour mesurer l'autocritique et l'auto-assurance avec des sous-échelles de relation à soi comme inadéquat, haï ou rassurant. Il obtient ici une cohérence interne entre 0,86 et 0,88 pour les trois sous-échelles.

Pleine conscience. Le *Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*, Baer et al. (2008), validé en français par Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere & Philippot (2011), a été utilisé pour évaluer les changements dans les capacités de pleine conscience des participants dans la vie quotidienne. Ce questionnaire de 39 items aborde cinq facettes de la pleine conscience selon 5 facteurs : observer, décrire, agir en conscience, ne pas juger les expériences intérieures et la non-réactivité aux expériences intérieures. Sur une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (presque jamais vrai) à 5 (très souvent vrai), les participants ont évalué dans quelle mesure chaque affirmation était vraie pour eux. La cohérence interne pour chaque dimension est comprise entre 0,73 et 0,80.

Satisfaction de vie. *Satisfaction With Life scale (SWL)* de Diener et al. (1985), a été traduite par Blais, Vallerand, Pelletier, Brière (1989) Cette échelle mesure la satisfaction générale qu'une personne peut entretenir vis-à-vis de sa vie. Il n'y a qu'une dimension et il s'agit d'additionner chacun des 5 items qui sont évalués sur une échelle de 7 points. La cohérence interne est ici de 0,88.

Régulation émotionnelle. L'échelle *Profile of Emotional Competence* a été développée par Brasseur, Grégoire, Bourdu & Mikolajczak (2013). Elle fait référence aux différences individuelles dans l'identification, la compréhension, l'expression, la régulation et l'utilisation des émotions et de celles des autres. La version longue, utilisée ici, comprend 50 items. La cohérence interne est comprise entre 0,62 et 0,80.

L'échelle *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*, Garnefski, Kraaij & Spinhoven, (2001) traduite par Jermann (2009) évalue 7 stratégies de gestion des situations émotionnellement difficiles. La cohérence interne des différentes sous-échelles sont comprise entre 0,70 et 0,82.

Bien être psychologique. *Psychological Well Being*, Ryff & Keyes, (1995), a été traduite par Villieux, Sobet, Jung, Guilbert, (2015). L'échelle de bien-être psychologique de 42 items mesure six aspects du bien-être et du bonheur : l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, les relations positives aux autres, le but de la vie et l'acceptation de soi. La cohérence interne est ici de 0,82.

4.2.4. Analyse de données

Les analyses statistiques ont été réalisée avec JASP version 0.9.0.1 (Jeffreys's Amazing Statistics Program). La normalité de la distribution a été vérifiée et des statistiques non-paramétriques ont été utilisées quand nécessaire. Seuls les résultats significatifs ($p < 0,05$) sont rapportés. Des tests de Wilcoxon d'échantillons indépendants ont été effectués pour analyser les différences entre les groupes avant l'intervention. Des ANOVA à mesure répétées ont été réalisées pour vérifier l'interaction entre le facteur intra-individuel de Temps (pré-post intervention) et le facteur inter-individuel de Groupe (Contrôle vs Compassion). Des tests de Wilcoxon d'échantillons appariés ont été effectués pour analyser plus précisément l'effet de l'intervention (lorsque la condition de normalité n'était pas remplie). Les tailles d'effet ont été analysée. Pour les interactions, les carrés éta partiels ($\eta 2$) ont été pris en compte avec $\eta 2 = 0,01$ pour une petite taille d'effet, 0,06 pour une taille d'effet moyenne et 0,14 pour une grande taille de l'effet (Tabachnick & Fidell, 2013). Pour les tests t d'échantillons appariés, l'indicateur de Cohen d a été pris en compte, 0,2 indiquant un petit effet, 0,5 un effet moyen et 0,8 un effet important (Cohen, 1988). Pour le Wilcoxon signed-rank test l'indicateur Rank-Biserial Correlation (RCB) a été utilisé. Les tests, indicateurs, moyennes et écart-types sont reportés dans les tableaux 11 12 et 13.

4.3. Résultats

4.3.1. Hypothèses d'un effet de l'intervention

Nous avons réalisé des ANOVA à mesures répétée pour tester l'interaction de la variable inter-sujets groupe (compassion vs contrôle) et la variable temps (pre-post intervention) pour chacune des variables dépendantes. Nous avons à travers les différentes variables testé l'effet du programme d'entrainement à la compassion. L'ensemble des résultats est présenté dans les Tableau 11, 12 et 13.

Tableau 11: Scores moyens, écarts-types et statistiques pour les deux groupes en pré et post-intervention, pour les variables de compassion

		Groupe Compassion n = 33	Groupe Control n = 57	Time X Groupe T1-T2	Time X Groupe T1-T3	Tests Post-hoc Wilcoxon Appariés, significatifs
Mesures	Temps	Moyenne (ET)	Moyenne (ET)	F(1,86) = 6.16, p = .015, η2p=.06	F(1,89) = 8.20, p =.005, η2p = .084	T1<T2compassion W = 122 .5, p = .007, RBC=-0.50 T1<T3compassion W =98.50, p = .005, RBC=-0.64
Compassion Reçue Engagement	T1	36.30 (11.22)	36.03 (11.03)			
	T2	40.55 (11.73)	37.74 (9.55)			
	T3	41.30 (12.42)	37.79 (9.56)			
Compassion Reçue Action	T1	26.91 (7.54)	26.53 (7.13)	F(1,86) = 7.10, p = .009, η2p=.076	F(1,89) = 4,66, p = .033, η2p=.05	T1<T2compassion W) = 152.5, p = .051, RBC=-0.38 T1<T3compassion W = 124.0, p = .022, RBC=-0.55
	T2	28.48 (6.95)	24.98 (7.2)			
	T3	29.58 (7,82)	26.40 (6,40)			
Auto-Compassion Engagement	T1	38.33 (8.53)	39.29 (8.72)	F(1,86) = 5.09, p = .026, η2p=.053	F(1,86) = 7.81, p = .006, η2p=.008	T1<T2compassion W = 169, p = .07, NS T1<T3compassion W= 139.5, p = .020, RBC=-0.503
	T2	41.27 (10.58)	38.26 (10.50)			
	T3	42.09 (10.07)	37.78 (10,84)			
Auto-Compassion Action	T1	24.76 (8.44)	25.38 (7.73)	NS F(1,86) = 3.34, p = .071,	F(1,86) = 13.73, p < .001, η2p=.12	T1<T2compassion W = 152, p = .037, RBC=-0.45 T1<T3compassion W= 51.55, p = <.001, RBC=-0.816
	T2	27.97 (7.95)	26.16 (7.77)			
	T3	30.33 (7.97)	25.22 (8.59)			
Auto-compassion SCS Total	T1	2.92 (0.98)	2.722 (0.89)	F(1,86) = 4.06, p = .047, η2p=.044	NS due à l'augmentation du groupe contrôle	T1<T2compassion W = 30.5, p = <.001, RBC=-0.89 T1<T3compassion W= 88.0, p = <.001, d=-0.68
	T2	3.35 (0.92)	2.930 (0.92)			
	T3	3.41 (0.91)	3.094 (0,87)			

On trouve que le programme active bien de la compassion et a un effet sur les variables associées. L'échelle de compassion de Gilbert montre des résultats différents selon les trois orientations de la compassion. L'auto-compassion et la compassion reçues présentent une interaction, pour leurs deux sous échelles d'engagement et d'action. Les tests appariés complémentaires ont montré que les scores sont supérieurs après l'intervention de compassion mais pas dans le groupe contrôle. La SCS de Neff présente une interaction pour le score global, mais pour ses deux sous-dimensions positives et négatives. Seule la sous-échelle d'autocritique présente une interaction. Nous examinerons la sous-échelle du FSCRS avec l'autre variable d'autocritique. Les tests appariés complémentaires ont montré que les scores sont supérieurs après l'intervention de compassion mais pas dans le groupe contrôle.

Tableau 12 : Scores moyens, écarts-types et statistiques pour les deux groupes en pré et post-intervention pour les variables de psychopathologie

		Groupe Compassion n = 33	Groupe Control n = 57	Time X Groupe T1-T2	Time X Groupe T1-T3	Tests Post-hoc Wilcoxon Appariés, significatifs
Mesures	Temps	Moyenne (ET)	Moyenne (ET)	F(1,89) = 7.23, p = .009, η2p=.075	F(1,89) = 4.64, p =.03, η2p = .054	T1>T2compassion W = 411.0, p = <.001, RBC=0.46 T1>T3compassion W = 364.0, p = <.001, RBC=0.29
BDI	T1	11.39 (9.54)	12.33 (8.24)			
	T2	6.788 (9.39)	11.16 (8.42)			
	T3	6.394 (9.70)	10.41 (9.12)			
STAI	T1	45.61 (13.6)	46.18 (11.29)	F(1,88) = 4.11, p = .046, η2p=.045	F(1,88) = 4,50, p = .037, η2p=.049	T1>T2compassion W = 348.5, p = .002, RBC=-0.24 T1>T3compassion W = 460.5, p = <.001, RBC=0.71
	T2	41.76 (13.05)	45.23 (11.22)			
	T3	39.70 (14.00)	44.26 (11.53)			
Stress Perçu	T1	22.97 (7.79)	22.84 (7.06)	F(1,88) = 5.45, p = .020, η2p=.058	F(1,88) = 4.18, p = .044, η2p=.045	T1>T2compassion W = 363.5, p = <.001, RBC=-0.28 T1>T3compassion W = 345.5, p = .01, RBC=0.23
	T2	19.03 (6.66)	22.04 (6.72)			
	T3	19.88 (8.64)	22.88 (7.79)			

Les résultats montrent que le programme a pour effet de réduire les scores des variables mesurant la détresse psychologique (Tableau 12). Le score de la BDI, de la STAI et de la variable de stress, montrent une interaction. Les tests appariés complémentaires ont montré, pour ces trois échelles (STAI, BDI et Stress perçu) et la sous-échelle détresse perçue que les scores sont inférieurs après l'intervention mais pas dans le groupe contrôle.

Tableau 13 : Scores moyens, écarts-types et statistiques pour les deux groupes en pré et post-intervention pour les variables d'autocritique

		Groupe Compassion n = 33	Groupe Control n = 57	Time X Groupe T1-T2	Time X Groupe T1-T3	Tests Post-hoc Wilcoxon Appariés, significatifs
Mesures	Temps	Moyenne (ET)	Moyenne (ET)	F(1,88) = 3.94, p = .05, η2p=.04	NS due à la réduction du groupe contrôle	T1>T2compassion W = 446.50, p = <.001, RCB=-0.59 T1>T3compassion W = 384, p = <.001, RCB=-0.36
SCS Sous-échelle Autocritique	T1	3.139 (1.08)	3.144 (1.06)			
	T2	2.588 (1.05)	2.884 (1.03)			
	T3	2.594 (1.04)	2.719 (0.99)			
FSCRS Sous-échelle Autocritique Soi inadapté	T1	17.12 (8.89)	17.65 (8.60)	F(1,88) = 5,01, p = .028, η2p=.054	NS due à la réduction du groupe contrôle	T1>T2compassion W = 495, p = <.001, RCB=-0.59 T1>T3compassion W = 472, p = <.001, RCB=0.68
	T2	12.36 (8.78)	15.56 (8.85)			
	T3	11.73 (8.07)	13.60 (8.49)			

Au niveau des processus psychologiques les résultats montrent un effet du programme sur différentes variables. Pour les variables d'autocritique (Tableau 13), nous avons analysé les trois sous-échelles du FSCRS et la sous-échelle autocritique du questionnaire d'auto-compassion de Neff. Seule la dimension du soi inadéquat du FSCRS présente une interaction ainsi que la sous-échelle autocritique du SCS. Pour ces deux sous-échelles, les tests appariés complémentaires ont montré que les scores sont inférieurs après l'intervention mais pas dans le groupe contrôle. L'ensemble des échelles et sous-échelles de pleine conscience, de régulation émotionnelle et de bien être psychologique ont été testées (tableau 14). La sous-échelles action en pleine conscience et le score de pleine conscience du FFMQ et les sous-échelles de croissance personnelle et de relations positives du SWL présentent une interaction significative. Pour ces quatre sous-échelles, les tests appariés complémentaires ont montré que les scores sont supérieurs après l'intervention mais pas dans le groupe contrôle.

Tableau 14 : Scores moyens, écarts-types et statistiques pour les deux groupes en pré et post-intervention pour les variables de régulation émotionnelle

Variables de processus de Régulation Émotionnelle						
		Groupe Compassion n = 33	Groupe Control n = 57	Time X Groupe T1-T2	Time X Groupe T1-T3	Tests Post-hoc Wilcoxon Appariés, significatifs
Mesures	Temps	Moyenne (ET)	Moyenne (ET)	F(1,88) = 5.19, p = .025, η2p=.05	NS	T1<T2compassion W = 109.50, p = .01, RCB=-0.61 T1<T3compassion W = 130.50, p = .03, RCB=-0.53
FFMQ Action en pleine conscience	T1	25.73 (6.50)	25.53 (5.29)			
	T2	28.88 (7.87)	25.86 (6.50)			
	T3	27.88 (7.27)	26.02 (6.37)			
FMMQ Pleine conscience	T1	122.8 (20.28)	119.6 (16.93)	F(1,88) = 5,10, p = .026, η2p=.055	F(1,88) = 5,45, p = .022, η2p=.058	T1<T2compassion W = 120.50, p = .004, RCB=-0.57 T1<T3compassion W = 102.5, p = <.001, RCB=-0.63
	T2	130.8 (15.38)	122.4 (15.56)			
	T3	133.6 (23.06)	122.5 (17.34)			
SWL Croissance personnelle	T1	4.419 (0.83)	4.792 (0.81)	F(1,88) = 9.79, p = .002, η2p=.10	F(1,88) = 4.94, p = .029, η2p=.053 (groupe contrôle baisse)	T1<T2compassion t(32) = -2.44, p = .01, d=-0.42
	T2	4.702 (0.66)	4.605 (0.91)			
	T3	4.535 (0.93)	4.550 (0.87)			
SWL Relations Positives	T1	4.394 (1.31)	4.319 (1.12)	F(1,88) = 4.85, p = .03, η2p=.05	NS	T1<T2compassion W = 92, p = .03, RCB=-0.67
	T2	4.596 (1.20)	4.146 (1.23)			
	T3	4.581 (1.16)	4.251 (1.10)			

4.3.2. Hypothèses du maintien de l'effet après un mois

Nous avons répété la procédure précédente en vérifiant le maintien de l'effet observé après un mois. Concernant les variables de compassion ; l'interaction observée pour les sous-échelles d'auto-compassion et la compassion reçues (dimensions d'engagement et d'action) de l'échelle de compassion de Gilbert se maintient après un mois. Les tests appariés complémentaires ont montré

que les scores sont toujours supérieurs un mois après l'intervention de compassion mais pas dans le groupe contrôle. La moyenne continue d'augmenter après la fin de l'intervention. Le score global du SCS ne présente plus d'interaction après un mois. Pour les scores de la BDI, de la STAI et de la variable de stress l'interaction est maintenue à un mois. Les tests appariés complémentaires ont montré, pour ces trois échelles (STAI, BDI et Stress perçu) que les scores sont inférieurs après l'intervention mais pas dans le groupe contrôle un mois après l'intervention. Les scores continuent de baisser après la fin de l'intervention. (sauf pour le stress). Pour les variables d'autocritique, l'interaction n'est plus significative après un mois.

Pour la sous-échelles d'action en pleine conscience du FFMQ et d'interaction positive du SWL, l'interaction n'est plus significative un mois après l'intervention. Pour le score de pleine conscience du FFMQ et le score de croissance personnelle du SWL l'interaction reste significative. Pour ces deux scores, les tests appariés complémentaires ont montré que les scores sont supérieurs après l'intervention mais pas dans le groupe contrôle un mois après l'intervention. Le score de pleine conscience continue d'augmenter après la fin de l'intervention.

4.4. Discussion et conclusion

Cette étude explorait l'impact d'un entrainement de l'esprit à la compassion par le biais d'exercices à distance dans une population non clinique. Nos deux hypothèses de départ peuvent être considérées de façon indépendante. Il existe un effet de l'intervention mais seul une partie des processus activés par l'intervention se maintiennent dans le temps. On peut considérer les processus actifs pendant l'intervention comme des processus favorables au changement mais ils ne peuvent être automatiquement considérés comme un bénéfice à long terme de l'intervention. Les résultats ont montré que l'intervention a favorisé la compassion reçue et l'auto-compassion telles que mesurées par l'échelle de compassion de Gilbert et al. (2017) mais pas la compassion pour les autres. Ce qui est cohérent avec l'orientation globale du programme centré sur le vécu émotionnel personnel et la manière de mieux gérer les émotions par la compassion. Un exercice propose d'aller vers les autres mais il est présenté, d'un point de vue rationnel comme améliorant le sentiment d'être connecté aux autres. D'autres études ont également montré un effet d'un programme de compassion sur l'auto-

compassion (Fredrickson, et al., 2008; Hofmann, et al., 2011; Irons, soumis ; Jazaieri, et al., 2013; Keltner, et al., 2014; Pace et al., 2009; Matos, 2017 ; Schanche et al., 2011; Singer et Bolz, 2012). Étonnement les effets sur l'auto-compassion sont limités. Seul le score global pour le questionnaire de Neff (2003) a été amélioré et le score d'autocritique. On peut interpréter ce résultat en mettant en perspective la question de la motivation. En effet on note que les participants du groupe intervention sont plus nombreux à avoir arrêté l'étude. Ce qui explique la différence du nombre de participants entre le groupe contrôle et le groupe intervention. Certains participants ont noté dans leur feedback, qu'il est compliqué de rester motivé pendant 4 semaines pour faire un exercice par jour, sans encouragement extérieurs ou rappel par mail. Les exercices concernant l'auto-compassion étaient placés en dernière semaine. Il est donc fort probable que certains participants n'ait pas fait ces derniers exercices. Le résultat central de cette recherche est l'impact très significatif du programme sur le stress, l'anxiété et la dépression. Ces résultats sont congruents à ceux observés par Sommers-Spijkerman et al. (2017).

Le score de dépression va passer de 11.39 (9.54) à 6.394 (9.70) ce qui équivaut sur le plan clinique à un changement de catégorie clinique. Les participants étaient en moyenne au seuil clinique de dépression légère et donc présentaient un niveau subclinique. Après une simple intervention de 15 minutes par jours pendant 4 semaines, on retrouve des scores classiques en population non clinique. L'autocritique, qui est connue pour être un processus trans-diagnostique, clef dans l'émergence d'une psychopathologie a été modifié par l'intervention. Ce qui laisse penser que ce processus a pu être actif dans l'effet de l'intervention. Mais cet effet ne se maintient pas à un mois. Il ne peut donc pas être considéré que l'intervention modifie de façon durable l'autocritique. Cette étude montre également que la pleine conscience a été améliorée, et cet effet se maintient après un mois. Ce résultat peut sembler surprenant, l'intervention n'ayant pas ciblé ce processus, cependant des études comme celles de Jazaieri et al. (2013) montrent une interdépendance de la compassion et de la pleine conscience. En effet les exercices de respiration ventrale, d'imagerie mentale ou d'observation des émotions vont indirectement amener à travailler l'attention. On sait par ailleurs que la pleine conscience a un effet bénéfique sur la dépression et les troubles anxieux. Il est donc possible que ce processus qui, comme la compassion reçue et l'auto-compassion se maintiennent après un mois soient les processus actifs qui aient permis de réduire l'anxiété et la dépression. Il est intéressant de noter

que le CERQ dont le score aux sous-échelles est considéré comme un médiateur de l'effet de la pleine conscience sur la dépression Garnefski, Kraaij, Spinhoven (2001) Jermann (2009) n'est pas significativement modifié ce qui nous permet de penser que l'impact de l'intervention n'est pas médié par une modification de la régulation émotionnelle mais que c'est bien l'activation de la motivation à la compassion qui est liée à l'augmentation de la pleine conscience.

Nous avons ciblé spécifiquement le renforcement des connexions sociales par l'activation de la joie sociale. Les recherches sur la solitude montrent que c'est un facteur causal pour la dépression (Caccioppo, 2006, 2012). Le score de relation positives est amélioré par l'intervention. On peut donc penser que ce processus a été actif dans l'effet du programme sur la dépression et l'anxiété, même s'il n'est plus significatif après un mois. Finalement, l'indice de développement personnel de Ryff (1995), est non seulement modifié par l'intervention mais se maintien après un mois.

La principale limite réside dans la différence entre les deux groupes. Même si les groupes ne se différentient pas dans les variables mesurées avant le début de l'intervention, il est possible que les groupes soient différents en termes de motivation. L'utilisation de mesures évaluant les construits qui ont été directement ciblées par l'intervention, notamment la compassion, peut également présenter un biais. L'effet de l'intervention est cependant statistiquement et cliniquement significatif sur la dépression, qui n'est pas évoquée dans le programme. Compte tenu du coût très faible d'une telle intervention, son application à distance sans thérapeute, pourrait permettre de répondre à des difficultés ou délais d'accès au soin. L'absence probable d'effet secondaire négatifs, en comparaison par exemple à un traitement médicamenteux met en perspective un intérêt clinique réel. Ce programme pourrait ainsi présenter une réponse préventive dans l'émergence de signes précurseurs de dépression, dans des situations où l'accès à la psychothérapie est limité. C'est également une piste pour faciliter l'alliance thérapeutique en amont d'une thérapie, dans la période d'attente d'un premier rendez-vous. Les résultats nécessiteraient cependant d'être répliqués avec une population clinique avant que le programme puisse être proposé à des patients dépressifs. En outre, la question de la motivation est centrale. En effet les participants ont fait les exercices dans le contexte d'une étude. Il n'est pas certain que l'intervention présentée sans support relationnel, puisse amener une motivation

suffisante pour que les participants s'astreignent quotidiennement. Cependant on dispose aujourd'hui, de par les smartphones et diverses applications d'outils permettant de renforcer la motivation. On pourrait par exemple imaginer que les exercices soient envoyés aux participants, au jour le jour par le biais d'une interface informatique avec un éventuel feedback sur leur avancée dans le programme, ce qui augmenterait la motivation et permettrait de renforcer l'effet réel du programme sur la compassion, la détresse psychologique, la pleine conscience et le bien être psychologique

Conclusion

« Tout le monde peut tout accomplir, à condition qu'il dispose des outils et équipements nécessaires et de la bonne méthode. » - Alfred Adler (1870-1937)

5.1. Rappel du contexte clinique et des enjeux de recherche

En 2013, lorsque j'ai assisté pour la première fois à un atelier de Paul Gilbert de présentation de la thérapie fondée sur la compassion, j'ai eu le sentiment très clair que cette approche clarifiait une dimension centrale de la thérapie et apportait une réponse cohérente à mes observations cliniques. Au fur et à mesure de mes 15 années de pratique clinique, un élément m'est apparu de plus en plus essentiel dans la thérapie : la relation du patient à sa souffrance. Nous l'avons vu, les approches médicales dont la psychologie et la plupart des recherches scientifiques s'inspirent, tendent à se focaliser sur la douleur physique et émotionnelle ou sur les symptômes. Ils présentent des modèles de compréhension de la psychopathologie centrés sur l'individu dans son environnement et son histoire. A ma connaissance, le modèle de thérapie fondée sur la compassion est le seul qui conceptualise la relation à la souffrance dans la thérapie. Il réintègre ainsi des dimensions affectives mises de côté par Aaron Beck lorsqu'il a développé sa théorie des schémas cognitifs. Les thérapies cognitives et comportementales, en intégrant aujourd'hui la thérapie fondée sur la compassion, s'apprêtent à réaliser un nouveau changement de paradigme bien plus profond qu'il n'y parait et nous espérons ici participer à sa clarification.

La souffrance n'est plus seulement pensée comme une douleur qu'il faudrait soigner mais plutôt comme le résultat d'une relation à soi et aux épreuves rencontrées ainsi que comme une intériorisation de la vision des autres concernant la douleur propre. On peut penser que la souffrance émerge de la création d'une pensée sociale nous permettant de comprendre notre douleur et nos difficultés. La souffrance émerge lorsque cette pensée est critique, lorsqu'elle vise à rejeter, supprimer ou détruire la part de soi-même qui ne correspond pas aux attentes fixées ou à l'intériorisation des attentes du groupe social. Ce phénomène est très clair lorsque l'on travaille avec des patients victimes d'inceste.

Les souvenirs traumatiques sont imprégnés de honte et de dégoût, ce qui amène à un désir de destruction de soi. L'histoire personnelle devient comme un livre qu'il faut cacher, ne jamais montrer ou ouvrir. La honte se distille dans le quotidien et des comportements d'autodestruction comme des troubles alimentaires ou des addictions peuvent apparaitre. Ils visent à soulager le vécu mais aussi à punir, détruire ce qui est vécu comme nocif. L'absence de partage du vécu empêche la personne de se libérer de la certitude d'être mauvais et le partage du souvenir en thérapie est très difficile. L'autocritique, cette voix intérieure va avoir deux fonctions (Gilbert,2004), corriger et détruire.

5.2. Rappel des axes de recherche

Dans le premier axe de recherche, il a été traduit et validé un outil clinique en langue française permettant d'évaluer l'autocritique. Différents modèles de structure factorielle ont été explorés.

Dans un second axe de recherche, la compassion : « *être sensible à la souffrance propre (pour l'auto-compassion) ou à la souffrance des autres et être motivé pour la soulager et/ou la prévenir* » (Gilbert, 2014) ; a été étudiée. La compassion permet d'entrer en relation avec la souffrance, d'y être présent. La présence est une clé pour réguler l'intensité de l'émotion.

Coan (2006) a montré que tenir la main d'un proche est un réel régulateur de souffrance. Il l'a d'abord observé de façon clinique. Il a proposé une exposition aux souvenirs traumatiques à un patient. Cette exposition n'a pu être possible que quand le patient a tenu la main de son épouse. Coan a poursuivi ses études et montré que la présence de l'autre est considérée par le cerveau comme une ressource et que, comme la plupart des mammifères nous souffrons de l'isolement et nous nous sentons apaisés en présence de ceux que l'on aime.

Être présent à la souffrance propre ou à celle de l'autre c'est apporter les ressources nécessaires à l'intégration d'une souffrance. C'est également cette attention et cette présence qui activent une motivation à soulager la souffrance. On voit ici que la compassion est ancrée dans la pleine présence, ou mindfulness. Mais dans une attention ouverte vers l'extérieur, vers l'expérience et non centrée sur les pensées ou ruminations, une des conséquences de l'autocritique. Il existe de nombreuses

interventions de compassion, mais toutes ont en commun d'ouvrir vers l'interconnexion ; aux autres mais aussi à soi.

Il a été montré ici que la relation est un processus central de la compassion, à un niveau émotionnel et attentionnel, avec notamment le rôle de la joie sociale qui a été définie comme *la joie d'une attention ou d'une présence partagée,* qui s'active par exemple lorsque l'on partage un sourire. Elle peut faciliter la pleine présence à la souffrance et jouer un rôle de régulation de l'autocritique et des émotions négatives. En effet la bascule entre l'autocritique et l'auto-compassion n'est pas automatique et des résistances émergent comme des peurs chez les patients mais aussi chez les thérapeutes. Comment être présent à la souffrance sans être en souffrance soi-même, comment se désynchroniser de la détresse de l'autre sans être détaché ? Il est mis ici en avant que la joie est une expérience subjective émotionnelle qui indique que nos besoins affectifs sont comblés.

Lorsque mes enfants étaient petits, pour les aider à s'endormir, je les berçais en ralentissant le rythme en douceur. C'est une forme de joie sociale, une synchronisation par le tempo de la musique. Lorsque leur père arrivait pour leur dire au revoir, il s'amusait parfois à les chatouiller. Mon premier sentiment était toujours l'agacement, comme s'il défaisait le travail d'apaisement. Mais à ma surprise répétée, après une séance de chatouilles, ils s'endormaient instantanément. La joie sociale, lorsqu'elle est associée à une activation, comme par exemple dans le rire, est tout aussi apaisante qu'une joie sociale plus douce et il m'arrive souvent de proposer aux parents en difficulté éducative de remplacer les cris ou les punitions par des chatouilles. Lorsque la pression monte dans la relation parent-enfant, recréer un espace de joie est une stratégie efficace pour réguler les émotions et recréer de l'alliance ou de la collaboration.

Un collègue clinicien chercheur m'a un jour dit, « je sais que si j'ai fait rire mon client, c'est gagné » (il voulait dire que l'alliance thérapeutique s'était installée). La thérapie fondée sur la compassion fait une place importante au jeu. L'exploration émotionnelle doit se faire dans un contexte relationnel relativement « secure ». Le rôle de la connexion sociale dans la compassion s'appuie principalement sur la théorie de l'attachement. Il est également utile de considérer les apports de la théorie du niveau de base sociale, qui intègre les dernières recherches de neurosciences et propose une compréhension

Bayésienne de l'histoire d'attachement qui nous semble plus souple dans l'intégration d'évènements nouveaux et permet de mieux expliquer nos résultats. La psychologie positive est la seule approche qui nous ait permis d'établir des prédictions en terme processuels concernant le rôle des émotions positives dans la compassion. Cette approche explique que les émotions positives ouvrent l'attention et le répertoire comportemental. Ces derniers jouent un rôle central dans le processus de résilience émotionnelle, en amont puisqu'elles préparent et renforcent les ressources d'un individu, mais aussi pendant et en récupération du stress. Nous retrouvons ces dimensions conceptualisées dans l'approche de thérapie dite Compassion Focused Acceptance and Commitment Therapy, notamment modélisée par la flexibilité de la Compassion.

Ces éléments sont en faveur de l'hypothèse que la compassion implique les émotions positives. En effet, il semble contre-intuitif de penser que la compassion, la motivation à soulager les souffrances est liée aux émotions positives. Pour bien comprendre le rôle des émotions positives dans la compassion, il faut garder à l'esprit qu'il ne s'agit pas uniquement d'aller vers la souffrance, mais également de pouvoir se projeter dans la résolution de celle-ci. Il faut imaginer que les comportements que nous allons adopter vont pouvoir avoir un impact favorable d'une manière ou d'une autre, ce qui implique des émotions positives. Ces dernières vont également servir à réguler les émotions négatives de différentes manières. L'hypothèse que cette régulation serait attentionnelle a été explorée ainsi que l'idée que les émotions jouent un rôle d'ouverture attentionnelle, favorable à la perception d'un champ visuel plus large et réduisant d'éventuels biais cognitifs, en particulier lorsqu'un individu est confronté à des visages critiques. L'hypothèse a également été formulée que l'autocritique induirait un biais, qui serait modifié par un exercice d'imagerie focalisée sur la compassion, en comparaison d'une imagerie neutre et que cette imagerie induirait des émotions positives et réduirait les émotions négatives, toujours en comparaison d'une imagerie neutre.

Les bénéfices de cette imagerie ont été étudiés dans la cadre d'un programme en 4 semaines pour des personnes ne souffrant pas de troubles cliniques. Cette étude a fait l'objet du dernier axe de recherche.

5.3. Synthèse des résultats

Les recherches qui ont été présentées ici permettent de conclure dans le sens des hypothèses étudiées.

Tout d'abord la validation du questionnaire de Paul Gilbert concernant l'autocritique a montré de bonnes qualités psychométriques. Les trois facteurs centraux ont été retrouvés. Les deux facteurs d'autocritique visant à l'autocorrection et à la haine de soi et le facteur de réassurance. L'outil en français a montré une bonne consistance interne. Cet outil devrait permettre de futures recherches de l'autocritique dans les pays francophones.

Dans le cadre de l'exploration des processus attentionnels, il a été mis en évidence, pour la première fois, que le niveau d'autocritique influence le traitement des visages critiques. Étonnamment, les personnes avec un niveau d'autocritique plus élevé n'évitent pas les visages critiques et n'ont pas non plus d'hyper-vigilance. Par contre ce sont les personnes ayant un niveau plus bas d'autocritique qui les évitent mais uniquement lorsque le temps de présentation des visages est long. Ce résultat nous laisse penser que les personnes moins critiques orienteraient leur attention vers des visages neutres plutôt que critiques. Ce biais serait donc une forme de comportement de protection. Ces résultats devront être répliqués avant de pouvoir conclure à leur validité mais ils ouvrent une piste de recherche importante. L'imagerie de la compassion, comme nous l'attendions est venue créer une ouverture du champ attentionnel, en cohérence avec les données connues concernant l'ouverture du champ attentionnel pour les émotions positives. Les résultats obtenus laissent à penser que les mécanismes sous-jacents liés aux émotions négatives et positives doivent être étudiés séparément.

L'imagerie focalisée sur la compassion, en cohérence avec l'hypothèse formulée, a activé des émotions positives et réduit les émotions négatives. L'autocritique n'a pas interagit avec l'effet de l'imagerie sur les émotions négatives, ce qui donne un argument supplémentaire de l'intérêt de la joie sociale comme régulateur de l'autocritique. Les recherches d'imagerie précédentes activant la compassion sans renforcement de la joie sociale, avaient en effet montré que les personnes ayant un haut niveau d'autocritique présentaient des réactions négatives pendant l'imagerie de compassion

classique. Cette recherche devra être répliquée avec des participants présentant un haut niveau d'autocritique pour être confirmée.

Finalement, le programme en quatre semaines s'est montré réellement bénéfique avec un effet qui se maintient à un mois. Les participants ont vu leurs niveaux de dépression, d'anxiété et de stress diminuer de façon très significative. A l'inverse leurs niveaux de compassion, en particulier l'auto-compassion et la compassion reçue ont fortement augmenté ainsi que la pleine conscience, ce qui peut sembler étonnant puisque cette recherche ne ciblait pas la pleine conscience. Il faut comprendre que la compassion est indirectement ancrée dans la pleine présence, ou mindfulness. Face à la souffrance nous avons le choix de nous anesthésier (par des substances ou nourritures ingérées, des activités comme la télé, ou différentes stratégies de distraction, de détachement ou de dissociation), nous avons également « le choix de la folie » (Selon Siegel, 2016, l'ensemble des troubles psychopathologiques peuvent se résumer à deux dimensions, la rigidité ou la chaos psychique) ou finalement celui de la compassion. La sensibilité à la souffrance est une forme de pleine conscience qui amène à observer et tenter de comprendre nos émotions avec sagesse et bienveillance. L'auto-observation est une technique classique dans les approches de thérapie cognitives et comportementales (dites technique des trois colonnes de Beck). Dans l'approche cognitive, l'attention est d'abord centrée sur les pensées, puis sur les émotions alors que dans les approches centrées sur la compassion, elle va être principalement centrée sur l'émotion, la pensée étant vue comme une composante émotionnelle. L'observation des émotions par la compassion amène à une réduction de la stigmatisation des émotions et facilite ainsi la connexion non jugeante.

J'aime utiliser avec mes patients l'image des oiseaux dans un jardin. C'est souvent agréable d'écouter les oiseaux, de les observer. Mais imaginez que vous ayez peur des corbeaux et qu'une famille vienne s'installer dans votre jardin. Votre promenade va certainement changer radicalement. Peut-être allez-vous essayer de les faire fuir ? Peut-être allez-vous stresser ou même appréhender négativement et éviter d'aller dans votre jardin. Si par contre vous allez au-devant de vos peurs et que vous explorez avec curiosité, par une observation non-jugeante et ludique les corbeaux vous allez pouvoir découvrir la beauté et l'intelligence de ces oiseaux. Vous pourrez apprendre à les aimer et retrouver votre sérénité d'esprit. Aimer ne signifie pas apprécier, mais bien plutôt être présent à ce qui est et se synchroniser. Un peu comme avec le temps une musique nous imprègne. Plus on va l'entendre et plus on va l'aimer. On peut faire le parallèle avec nos pensées et voir nos pensées comme des oiseaux dans notre jardin mental. C'est notre relation à nos pensées qui va créer de la souffrance ou de la sérénité.

On retrouve ici le bénéfice lié à la joie sociale mais dans la relation à soi et au monde. On peut explorer, être curieux ou s'amuser de nos émotions au lieu de les vivre comme des évènements dérangeants, difficiles ou encore honteux. Les résultats obtenus ici, permettent de renforcer l'hypothèse d'un rôle clé des émotions positives dans la compassion.

5.4. Implications pour la recherche et la pratique clinique

Afin de faire ressortir la dimension relationnelle de la compassion, nous proposons une nouvelle définition de la compassion comme *la création d'un espace relationnel « secure » au sein duquel la souffrance peut être accueillie, validée et intégrée. Pour l'auto-compassion, cet espace est créé dans la relation à soi.* Cette définition facilite l'articulation du rôle de la joie sociale comme l'expérience subjective associée à la création d'un espace relationnel « secure ».

Nous avons exploré, en parallèle de ces différents axes de recherche, la synchronisation comme processus commun à l'amour et à la compassion (Leboeuf, McEwan, Antoine, 2018). En effet la joie sociale n'est pas un processus en soi mais l'émergence d'une conscience subjective et émotionnelle

qui indique que nos besoins affectifs sont comblés. Chacun peut en avoir une expérience propre. C'est pour cette raison que nous avons focalisé notre définition, sur le contexte d'attention partagée. Ce contexte peut d'ailleurs être élargi au-delà du vivant. Darcia Narvez évoquait avoir rencontré un patient qui avait utilisé la joie sociale pour gérer des situations traumatiques en se connectant à des astres dans le ciel. Cette personne victime de violences sexuelles répétées, regardait par la fenêtre et se connectait aux astres (la lune et les étoiles) pour ressentir une présence et ainsi atténuer sa souffrance (propos recueillis et traduits par nos soins).

> Lorsque je travaille des événements traumatiques empreints de honte avec des patients, je cherche à recréer du lien en douceur, à amener progressivement une présence bienveillante dans le souvenir. Parfois le souvenir est tellement insupportable, que le patient passe juste une main par la porte, pour donner la main à l'enfant qui vit l'événement traumatique.

La connexion, est la base d'un processus, appelé synchronisation qui régule les interactions de tous les objets, qu'ils soient vivants ou inertes. Strogatz (2004), un mathématicien reconnu pour ses travaux sur les systèmes non linéaires montre qu'à partir du moment ou deux objets sont connectés, leurs mouvements vont se synchroniser. Ce phénomène s'applique à de petits objets, mais également aux planètes et explique notamment la synchronisation de la lune autour de la terre. Si l'on voit toujours la même face de la lune, c'est parce qu'elle tourne à exactement la même vitesse que la terre. Cette loi universelle qui a pu être mathématiquement modélisée au cours du 20ème siècle, organise également les relations à un niveau biologique. Strogatz a particulièrement étudié la synchronisation du rythme du sommeil mais de nombreux processus biologiques s'appuient sur la synchronisation individuelle (synchronisation des ondes cérébrales, des cellules du cœur…) mais également au niveau des interactions (synchronisation interindividuelle des rythmes biologiques, des comportements comme la vitesse des voitures sur une même autoroute...). Siegel (2016) explique avoir discuté avec Fredrickson dans un entretien personnel de la possibilité que l'amour ne soit pas simplement basé sur la synchronisation des émotions positives (un des trois points de la définition de l'amour selon Fredrickson) mais une synchronisation de toutes les émotions. Il propose ainsi que la compassion correspond au processus de synchronisation des émotions, permettant leur intégration dans la relation.

La présence permet une connexion, prérequis nécessaire au processus de synchronisation et la synchronisation est le processus commun à l'amour et à la compassion. C'est cette synchronisation qui va permettre à l'esprit (comme définit par Siegel) d'intégrer les émotions et de libérer la souffrance.

5.4.1. L'analyse fonctionnelle intégrant la notion de relation

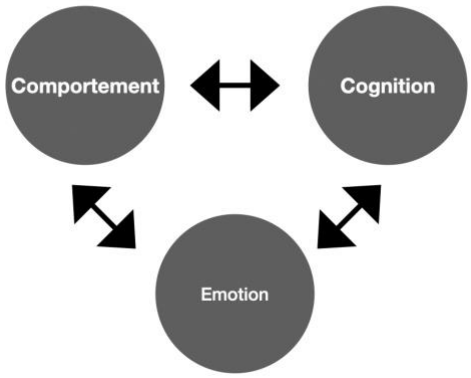


Figure 10 : Base de l'Analyse fonctionnelle classique

Il a été développé, au cours de ce travail de thèse, un certain nombre d'outils conceptuels permettant de mieux comprendre l'enjeu de la connexion et de la joie sociale dans la compassion et la santé psychique (Leboeuf, Rusinek, Antoine 2018). L'Analyse Fonctionnelle de base des Thérapies Cognitives et Comportementales (figure 10) a été modifiée pour intégrer la notion de relation (figure 11).

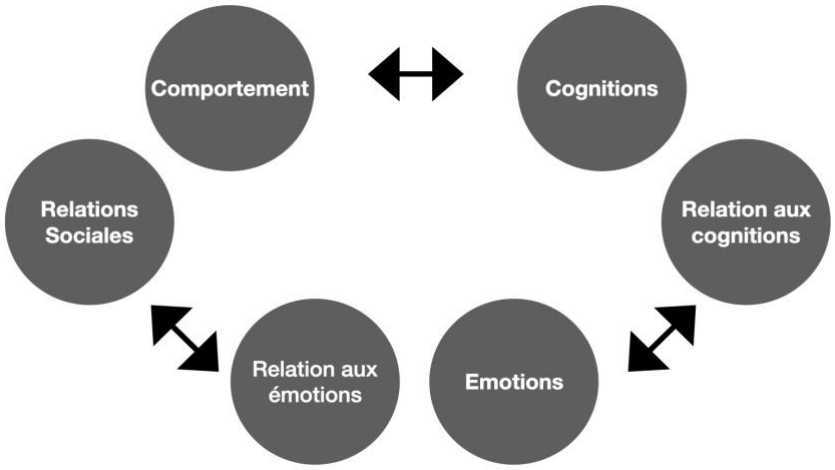


Figure 11 : L'analyse Fonctionnelle intégrant la relation à soi et aux autres

Elle comprend, à la base, trois dimensions, le comportement, l'émotion et la cognition qui interagissent. En gardant l'idée que c'est la relation à soi et aux douleurs qui fait émerger la souffrance, il est proposé d'ajouter une dimension de relation à ce modèle d'analyse fonctionnelle pour faire ressortir l'enjeu des processus sous-jacents. On voit ainsi apparaitre au-delà du cercle classique des émotions, pensées et comportements, la relation aux émotions, la relation aux pensées et les comportements d'interaction avec les autres. Cet ajout permet par exemple de mieux conceptualiser les processus activés dans la joie sociale (cf figure 12).

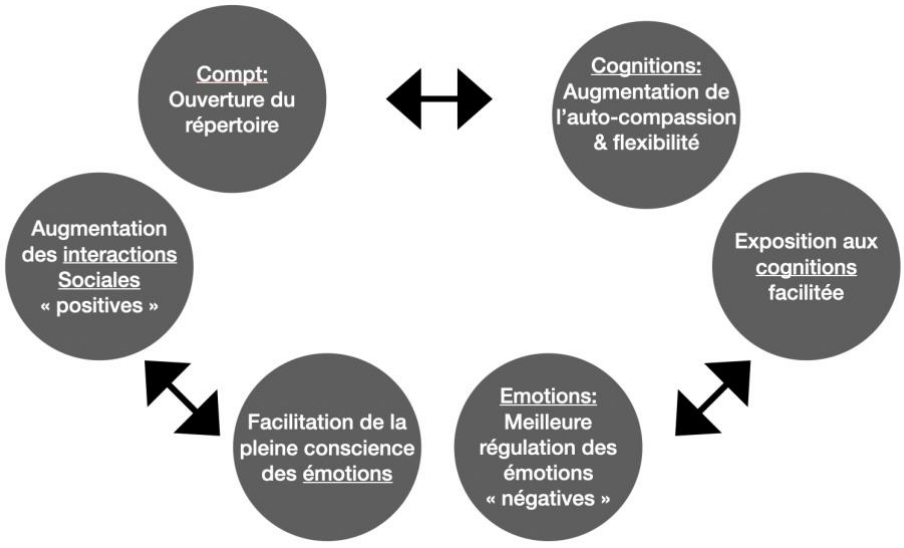


Figure 12 : Effet de l'activation de la joie sociale résumé dans une analyse fonctionnelle incluant la relation

Lorsque l'on observe à quoi correspondent ces dimensions pour la joie sociale, on retrouve (figure 12) une augmentation de la pleine présence par une attention plus ouverte et davantage tournée vers l'extérieur. Les émotions négatives sont mieux régulées. Le répertoire cognitif est plus flexible, plus ouvert et plus créatif (meilleure résolution de problèmes). L'accès à l'auto-compassion est facilité. La defusion des pensées est facilitée. Le répertoire comportemental est plus ouvert et les comportements d'approche sont facilités. Les interactions sociales positives sont augmentées.

Ce modèle d'analyse fonctionnel permet d'intégrer plus clairement la fonction sociale des comportements, les processus d'autocritique, d'auto-compassion ou de fusion - defusion par rapport au contenu des cognitions et les processus méta-émotionnels. Par exemple, ce n'est pas le contenu des obsessions qui est déterminant dans la compréhension du TOC mais bien la signification des pensées obsessionnelles, et la relation qui va exister avec ces pensées, notamment l'évitement. Il en est de même par exemple pour les entendeurs de voix. La prise en charge par la compassion va se focaliser sur la relation aux voix plus que sur le contenu sémantique. On peut ainsi intégrer facilement les processus de rumination de pensées ou le perfectionnisme. La relation aux émotions permet de mieux intégrer par exemple la notion de schémas émotionnels, la pleine conscience ou l'évitement émotionnel. Ajouter dès le départ d'une prise en charge cette notion de relation aux émotions, aux pensées et aux comportements peut permettre de clarifier rapidement des notions processuelles clefs et d'ouvrir vers une psychoéducation facilitée et plus efficace en termes de déculpabilisation. On ne peut pas changer rapidement nos émotions, nos pensées, nos comportements mais on peut facilement entrer en relation différemment.

5.5. Réflexion sociétale

En intégrant les données des études sur les répercussions de la solitude il est possible de mettre en contraste les effets d'un contexte d'attention partagée et d'un contexte d'absence d'attention.

En effet, nous l'avons évoqué dans l'introduction théorique, la solitude et l'isolement ont un effet délétère sur la santé, l'espérance de vie et entrainent une souffrance significative sur le plan

psychologique. Nous avons résumé l'ensemble des données présentées dans cette thèse, à ce sujet, dans la figure 13.

Il nous parait pertinent de contraster l'effet de l'isolement et de la solitude avec celui de la joie sociale pour pleinement saisir la force de l'impact sur un individu à un moment donné. Nous pensons qu'il y a un manque de conscience de l'importance de la connexion pour les humains et que c'est l'absence de motivation à la connexion qui crée une souffrance exponentielle, malgré l'évolution positive de nos cultures occidentales en terme agroalimentaires et de soins sanitaires. Nous l'avons vu grâce aux données récentes de neurosciences cognitives, résumées dans la théorie du niveau de base social, la connexion sociale est une ressource, une nourriture affective qui va être considérée par notre cerveau au même titre que des calories alimentaires. Nous ne sommes plus en carence alimentaire mais la structuration de nos groupes sociaux et institutions nous place souvent en situation de carence attentionnelle.

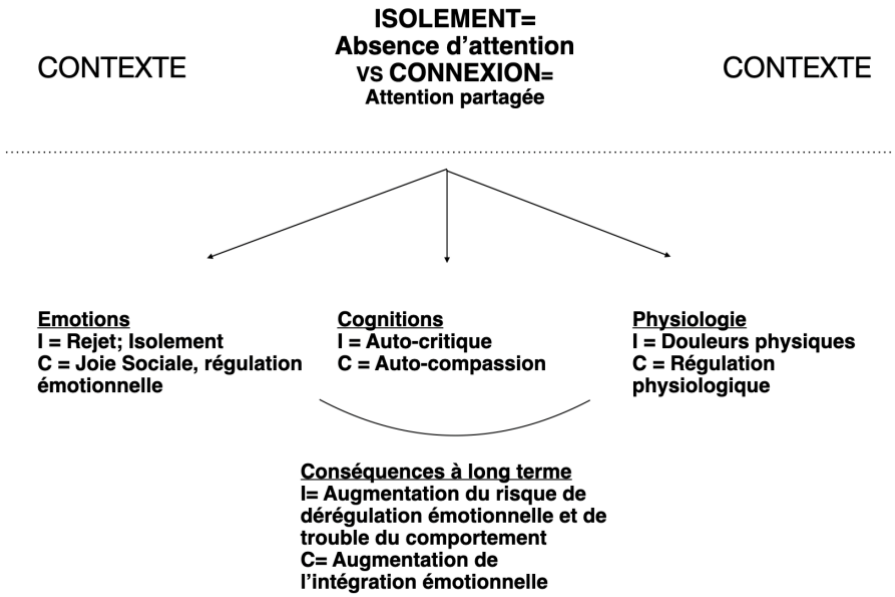


Figure 13 : Contraste entre les effets de l'isolement et de la connexion sociale, sur le plan psychique. Effet de l'absence d'attention ou de l'attention partagée sur l'ensemble des processus psychologiques

Mon expérience clinique me laisse penser qu'une partie du problème vient du fait que la plupart des gens cachent leurs sentiments de solitude, à eux-mêmes tout d'abord en s'engourdissant devant la télévision ou en utilisant des substances que l'on appellera addictives. Ils la cachent aux autres également de peur d'être perçu négativement. Très vite nous apprenons qu'être perçu comme isolé n'est pas favorable et nous évitons ainsi d'exprimer la souffrance liée à la solitude. Avec mes patients, je parle de vitrine. Chaque personne fait une belle vitrine et met ses difficultés dans l'arrière-boutique. Le problème est que cet effet de vitrine renforce le sentiment d'être seul à souffrir de la solitude alors que toutes les études nous montrent que ces dernières décennies elle s'est accrue de façon exponentielle. Une patiente me disait que le confinement avait soulagé sa solitude. Elle était toujours aussi seule, mais n'était plus la seule à en souffrir. La bonne nouvelle est que lorsque l'on commence à partager une forme de vulnérabilité, la compassion va faciliter la reconnexion. Un mouvement littéraire d'avant-garde s'est fait le porte-parole de ce message avec des auteurs comme Glennon Doyle ou Elisabeth Gilbert qui doivent en partie leur succès à leur capacité à partager leur vulnérabilité. La chercheuse Texane Brené Brown qui travaille sur la honte et la vulnérabilité est devenue très populaire aux États-Unis ce qui nous laisse penser que la clef d'une évolution positive dans notre besoin de reconnexion réside dans notre capacité à renouer avec notre vulnérabilité. La compassion et l'auto-compassion sont des facilitateurs, indispensables à cette exposition difficile mais libératrice.

5.6. Amour et compassion ; deux motivations en lien

Nous avons également fait des hypothèses en termes de niveaux moyens, en parlant notamment de joie sociale ou d'auto-compassion. A un niveau motivationnel, la compassion et l'amour interagissent également. Darwin avait notamment déjà observé que l'on a plus facilement de la compassion pour les gens que l'on aime (Ekman, 2008). En retour, l'amour est une motivation qui amène des émotions très difficiles comme la jalousie, la peur de perdre ou la haine. Sans compassion pour soi ou pour la personne aimée, l'amour amène très facilement à des comportements destructeurs. De nombreux homicides, suicides ou autres formes de violences sont causés par l'amour. On peut penser que les personnes ayant une personnalité de type évitant ont une difficulté à supporter les émotions liées à

l'amour ou à la peur d'être rejeté ou de perdre l'autre. En thérapie cognitive, on peut observer que de nombreux schémas cognitifs sont en réalité des règles éditées concernant les relations qui si elles deviennent rigides vont entrainer une inadaptation. Par exemple le schéma d'abandon est souvent intensément activé chez les personnes ayant un diagnostic de trouble de personnalité de type borderline. Cette hyper-activation entraine de grandes difficultés relationnelles. On voit ici que ces deux systèmes motivationnels interagissent de façon paradoxale. Sans compassion il est plus difficile d'aimer et d'être aimé, sans amour il est plus difficile d'avoir de la compassion. A l'inverse, on peut penser qu'il existe une interaction vertueuse entre ces deux types de motivations. Utiliser cette boucle en thérapie de façon plus claire et plus opérationnelle semble bénéfique. On retrouve d'ailleurs ces deux dimensions dans toutes les traditions spirituelles d'entrainement de l'esprit humain. On peut ainsi questionner les outils classiques de thérapie cognitive et comportementale pour voir comment les utiliser de façon plus efficace en tenant compte du niveau motivationnel.

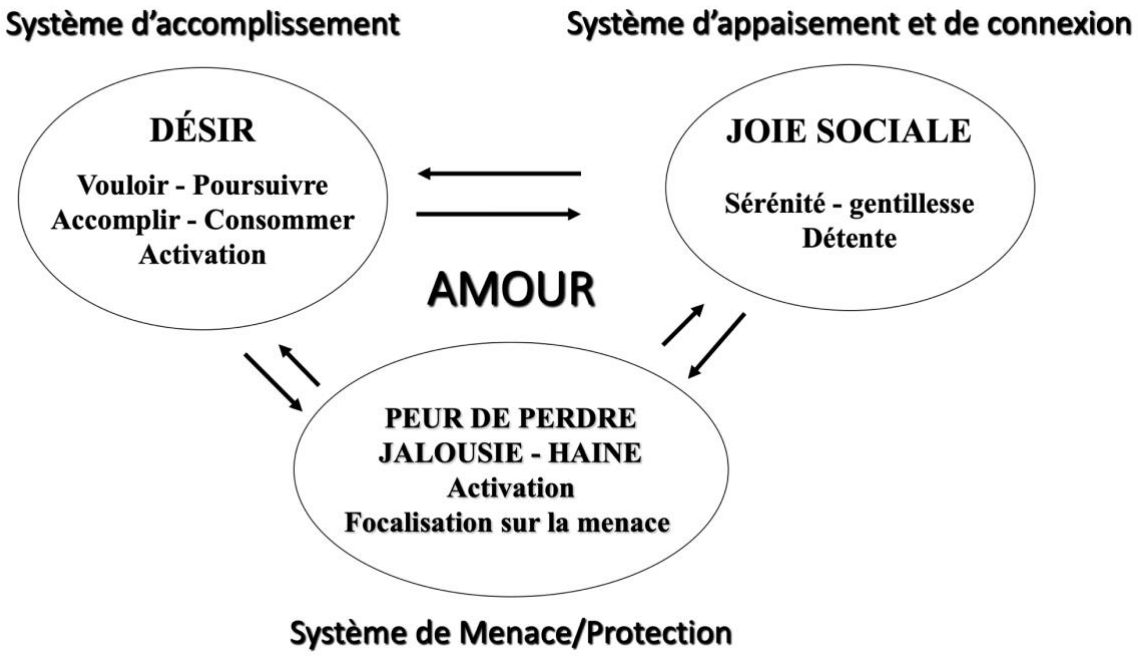


Figure 14 : Modèle de psychoéducation des trois cercles, appliqué à l'amour

Le modèle des trois cercles est utilisé dans la thérapies fondées sur la compassion comme heuristique pour comprendre la façon dont la compassion comme motivation va organiser les émotions (souvent

par contraste avec une motivation de compétition ou de rang social). Il peut être réutilisé (voir figure 14) pour expliquer la façon dont l'amour organise les émotions. Nous avons, en thérapie, très souvent utilisé ce modèle de psychoéducation pour des patients ayant par exemple une dépendance affective, ou une problématique liée aux relations extra-conjugales. De nombreux usages sont possibles. Ce modèle permet d'augmenter la granulité émotionnelle des émotions liées à l'amour. Selon Kashdan (2015) "les personnes qui ressentent leurs émotions avec plus de granularité sont moins susceptibles de recourir à des stratégies d'autorégulation inadaptées telles que la consommation excessive d'alcool, l'agressivité et les comportements d'automutilation ; montrent moins de réactivité, mesurée à un niveau neuronal, face au rejet ; et souffrent moins d'anxiété sévère et de troubles dépressifs." Ce modèle permet également de valider et de déculpabiliser des émotions particulièrement stigmatisées.

Les enfants petits souffrent souvent non pas tant de la jalousie qu'ils ressentent à la naissance d'un autre enfant, mais bien plutôt de la cristallisation de cette jalousie dans la honte qui y est si facilement associée. Les symptômes d'opposition liés à la jalousie disparaissent presque instantanément lorsqu'on valide l'émotion. De même en thérapie, les patients qui osent parler de jalousie le font souvent avec une auto-constriction et un blâme de soi qu'il est difficile de libérer. Alors que la jalousie est une émotion tout à fait fonctionnelle sur le plan biologique et même associée à un enjeu de survie réel pour les tous petits lorsque la mère n'a pas les ressources pour nourrir l'ensemble de la fratrie.

Lorsque l'on peut donner du sens et valider la fonction d'une émotion en la dissociant de la tendance à l'action qui n'est pas toujours correctement ciblée, on permet une meilleure compréhension interne et une forme de réconciliation avec le vécu émotionnel intérieur. On pourra appeler ce méta-processus « compassion » même si la thérapie ne résume pas la compassion.

5.7. Proposition de recherches futures

Lorsque nous explorons sur google scholar les articles scientifiques comportant le terme de « joie sociale », il n'en apparait qu'un seul écrit par Panksepp (2007). De nombreux articles contiennent les deux termes non associés. Cependant il existe un terme équivalent en sanscrit, le terme Kama Muta,

qui est très proche sémantiquement de la joie sociale. Il est associé à 2000 publications scientifiques. Il renvoie à l'émotion d'être touché ou ému et à un sentiment réconfortant, nostalgique, patriotique ou d'être fier de sa famille ou de son équipe. Dans les contextes religieux où l'émotion est intense, il peut être associé à l'extase, l'évasion mystique, au sentiment d'avoir le cœur transpercé, ou d'être touché par l'Esprit. Cette émotion est décrite comme soudaine, intense et associée à un sentiment de partage communautaire - lorsque l'amour s'enflamme ou que les gens se sentent reconnectés. Des processus sociaux, psychologiques, culturels et probablement évolutifs seraient impliqués et imbriqués.

Il nous semble que la joie sociale, sans être exactement la même chose que Kama muta, s'en rapproche fortement et serait très probablement liée à des processus similaires. A l'instar des travaux entrepris pour définir et étudier cette émotion, il nous semble utile et nécessaire d'étudier plus avant la joie sociale, afin d'éclairer la réalité qu'elle peut recouvrir d'un côté, mais également la fonctionnalité du concept. En effet, un concept n'a pas de sens a priori. Il est construit dans la relation et de façon communautaire. Il conviendrait donc d'explorer ce à quoi pourrait renvoyer le terme dans la vie courante et dans différents contextes. Il nous semble donc utile de garder une définition fonctionnelle qui nous permettrait d'être à la fois rigoureux et flexibles, afin de pouvoir intégrer une vision propre aux chercheurs et à celle de personnes potentiellement intéressées par l'usage du terme. Nous proposons donc dans des recherches futures d'explorer d'un point de vue qualitatif et relationnel l'intérêt du concept de joie sociale mais également de construire un outil d'évaluation scientifique (un questionnaire) présentant une validité de construit et des propriétés psychométriques satisfaisantes. On peut penser qu'un tel outil permettrait de formuler et de tester de nouvelles hypothèses concernant les liens entre l'amour et la compassion.

Il existe à notre connaissance très peu d'outils permettant de mesurer la connexion. Le questionnaire d'Eisenberger et al. (2010) utilisé dans la recherche dite de cyberball (Eisenberger et al., 2003), étudiant l'effet d'une situation simple d'exclusion sur les cognitions, les comportement, les émotions, la douleur et des composantes physiologiques comme la réaction inflammatoire ; comprend 5 items évaluant les « sentiments suivants en ce moment » sur une échelle de Likert à 5 points (1 - pas du tout, à 5 - tout à fait):

(1) « J'ai envie d'être avec d'autres personnes »

(2) « J’ai envie d'être seul »

(3) « Je me sens trop sensible avec les autres (p. ex., mes sentiments sont facilement blessés) »

(4) « Je me sens connecté aux autres »

(5) « Je me sens déconnecté des autres. »

Les éléments 1 et 4 doivent être codés à l'envers et les scores sont moyennés à chaque point dans le temps pour créer une mesure de la déconnexion sociale auto déclarée. La fiabilité de l'échelle est élevée ($\alpha = 0,84$).

Cette échelle, utilisée dans de nombreuses recherches pourrait être une base pour une validation de construit pour s’assurer que l’échelle de joie sociale mesure bien un sentiment de connexion. Il nous semble nécessaire d’évaluer le contexte d’attention partagée. Il serait ensuite envisageable de mesurer comme dans l’échelle d’Eisenberger, à la fois le stress social et la joie sociale pour la dimension de réactions physiologiques (tensions-douleur vs chaleur-légèreté) ; la dimension cognitive (autocritique vs gentillesse) ; la dimension émotionnelle (stress- joie) en reprenant les termes les plus utilisés dans l’expérience d’activation de la joie sociale et la dimension comportementale (replis-évitement vs curiosité-exploration). Cet outil permettrait de vérifier les liens de corrélation entre joie sociale et compassion et de tester l’hypothèse que la compassion est fortement corrélée à la joie sociale. Il permettrait également de tester dans une étude longitudinale, un lien de causalité entre joie sociale et santé physique et psychologique afin de montrer que la joie sociale est pour l’être humain associée à un besoin favorable à son épanouissement.

Il nous semble également pertinent d’envisager la création d’un programme en 8 semaines testable pour une population non clinique ainsi qu’un programme en 12 semaines pour une population clinique. En effet la validation d’un tel programme en comparaison d’un groupe contrôle permettrait d’offrir aux cliniciens des outils testés et validés scientifiquement. L’outil conceptuel de joie sociale, qui renvoie au sentiment de connexion activé lorsque nous partageons une attention est une façon de guider et de rééduquer la création de liens affectifs. L’expérience répétée de joie sociale est à l’origine de la création d’un sentiment de lien affectif. Activer de la joie sociale c’est aller vers l’amour, en cohérence avec la conceptualisation de Fredrickson (2003). Mais pour pouvoir aller vers ce lien affectif, en particulier après une période d’isolement ou lorsque l’on a vécu des blessures ou des

traumatismes relationnels, la compassion est nécessaire. La joie sociale ne dure pas éternellement, et la séparation est toujours douloureuse. Notre travail de psychothérapie n'est pas uniquement de guider vers la connexion mais également d'accompagner le développement de l'auto-compassion, nécessaire lorsque l'attention n'est plus partagée. La vie implique inévitablement la mort. De la même façon la connexion implique inévitablement la déconnexion. Un programme spécialement dédié à travailler ces dimensions de joie sociale et de compassion nous semble donc pertinent.

Il serait également intéressant d'explorer plus avant les bénéfices du programme d'entrainement à la compassion, pour d'autres publics non cliniques mais aidants comme les parents, pairs-aidants ou soignants afin de continuer à reconnaitre et à libérer une souffrance bien réelle. Ils sont en situation de faire face quotidiennement à la souffrance. L'empathie apporte une meilleure compréhension du vécu de l'autre mais expose également à la souffrance de l'autre. Plus le lien affectif existe entre deux personnes, plus la réaction de compassion est forte. Il existe cependant des réactions très proches de la compassion mais qui sont beaucoup moins bénéfiques. La motivation que l'on peut appeler de « non-souffrance » est une motivation à supprimer la souffrance. Cette réaction ressemble fortement à de la compassion mais lorsque l'empathie s'associe à un refus ou un évitement de la souffrance, cette motivation va entrainer une détresse réelle du parent, du soignant ou de l'aidant. On observe par exemple fréquemment des comportements d'évitement des personnes malades, du déni, des réactions de colère ou d'agressivité face à la souffrance d'un proche. Ce type de réaction va être délétère pour la personne malade. Il pourra être à l'origine de violences familiales ou de maltraitance dans le soin sanitaire.

Il semble important d'explorer comment la compassion peut accompagner ou prévenir ce type de réactions. Il pourrait être intéressant de créer un programme court, de psychoéducation, d'exercices comportementaux et de pleine conscience et d'en tester l'effet auprès d'un public aidant en modifiant le programme déjà testé pour intégrer cette problématique spécifique.

Il a été montré que la joie sociale est un axe prometteur de régulation de l'autocritique en lien avec l'auto-compassion. Cette question reste cependant à explorer par rapport à la honte. En effet, cette

émotion est à l'origine d'une tendance d'action vers l'isolement. La joie sociale semble une perspective prometteuse sous réserve de trouver les conditions favorables. Le sentiment de honte est en général accentué par l'exposition au regard de l'autre. Il est ainsi nécessaire, pour que la joie sociale soit effective, que la connexion se fasse de façon indirecte et en validant le vécu émotionnel, afin que la personne puisse se décentrer de ses propres processus cognitifs. Ce domaine de recherche reste peu exploré à notre connaissance. Nous espérons pouvoir contribuer à une meilleure compréhension de ces mécanismes.

5.8. Conclusion générale

A l'origine, cette démarche est nourrie d'un désir de validation scientifique d'une pensée clinique divergente et non orthodoxe. Grâce au champ de recherche de la compassion, j'ai pu partager une vision de mon travail allant vers une plus grande validation de la souffrance. Comme pour mes patients j'ai observé que la validation de cette vision, au travers d'une communauté scientifique de chercheurs, m'a apporté une forme de sérénité. J'ai pu donner sens et voir certaines de mes intuitions s'opérationnaliser. J'ai également pu partager, écrire, rire, discuter, débattre et critiquer mes idées. Je n'ai pas cherché à construire une pensée plus rigide mais au contraire à assouplir ma façon de penser. Mes concepts sont devenus plus inclusifs. Une posture d'humilité devant les concepts et croyances de l'autre peut sembler inconfortable. Certaines personnes vivent certainement cette position comme une forme d'infériorité. Il me semble cependant que c'est en se mettant au plus près du sol que l'on peut au mieux observer les étoiles. Dans ma pratique clinique j'ai souvent observé ce phénomène. Une plus grande flexibilité dans mes croyances de ce qui est bon pour l'autre me permet une pratique plus inclusive, m'évitant une rigidité inutile. C'est seulement lorsque notre façon de penser la souffrance de l'autre est suffisamment humble que nous pouvons percevoir l'étendue des ressources et des possibilités de croissance de l'autre. Les émotions positives sont au cœur de la résilience de nos patients et il en est de même dans la relation thérapeutique. C'est dans une connexion sociale positive, dans le partage d'une joie sociale entre patient et thérapeute ou entre patients dans un groupe thérapeutique que l'on obtient la meilleure résilience.

Références

Adolphs, R. (2002). Recognizing emotion from facial expressions: Psychological and neurological mechanisms. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, *1*, 21-62. https://doi.org/10.1177/1534582302001001003

Adolphs, R. (2003). Is the human amygdala specialized for processing social information? *Annals of the New York Academy of Sciences*, *985*, 326-340. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2003.tb07091.x

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30,* 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009 .11.004 https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004

Amir, N., Weber, G., Beard, C., Bomyea, J., & Taylor, C.T. (2008). The effect of a single-session attention modification program on response to a public-speaking challenge in socially anxious individuals. *Journal of Abnormal Psychology,* 11, 860–868. https://dx.doi.org/10.1037/a0013445

Anderson, C., Keltner, D., & John, O. P. (2003). Emotional convergence between people over time. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(5), 1054–1068. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.5.1054

Aron A, Aron EN. (1997) Self-expansion motivation and including other in the self. In: Duck S, editor. *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions*. John Wiley & Sons. pp. 251–270.

Aspinwall, L.G. (1998). Rethinking the Role of Positive Affect in Self-Regulation. *Motivation and Emotion* 22, 1–32. doi.org/10.1023/A:1023080224401

Aspinwall, L. G. (2004). Dealing with Adversity: Self-regulation, Coping, Adaptation, and Health. In M. B. Brewer & M. Hewstone (Eds.), *Perspectives on social psychology. Applied social psychology* (p. 3–27). Blackwell Publishing.

Baer, R. Smith, Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., and Williams, M. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment,* 15, 329-342. DOI: 10.1177/1073191107313003

Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., & Carvalho, S. (2015). Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale: Psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice,* 88, 438-452. https://doi.org/10.1111/papt.12049.

Bar, M. (2009). A cognitive neuroscience hypothesis of mood and depression. *Trends Cognit. Sci.* 13 (11), 456–463, http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2009.08.009

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, *133*(1), 1-24. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1

Bar-Haim, Y. (2010). Research Review: attention bias modification (ABM): a novel treatment for anxiety disorders: Research Review: Attention bias modification (ABM). *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 51(8), 859-870. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02251.x

Bar-Kalifa E, Rafaeli E., (2015) Above and below baselines: The nonmonotonic effects of dyadic emotional support in daily life. *J Soc Pers Relat.* Vol. 32(2) 161–179 DOI:10.1177/0265407514525888

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psy- chologist,* 59: 869–878. DOI: 10.1037/0003-066X.59.9.869

Barlow, D. H., Allen, L. & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35,* 205–230. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2012). The relationship of clergy burnout to self-compassion and other personality dimensions. *Pastoral Psychology,* 61(2), 149-163. DOI 10.1007/s11089-011-0377-0

Barrett, L. F. (2006). Are Emotions Natural Kinds? *Perspectives on Psychological Science*, *1*(1), 28–58. https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00003.x

Barrett, L.F., Mesquita, B., Ochsner, K.N., Gross, J.J. (2007). The experience of emotion. *Annu. Rev. Psychol.* 58, 373, http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085709.

Bartels, A. & Zeki, S. (2004) The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage* 21:1155–66. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.11.003

Basran, J., Pires, C.,Matos, M.,McEwan, K., & Gilbert, P. (2019). Styles of leadership, fears of compassion, and competing to avoid inferiority. *Frontiers in Psychology.*, 9, 2460. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02460

Batson CD, Shaw LL. (1991). Evidence for altruism: Toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological Inquiry,* 2:107–122. https://doi.org/10.1207/s15327965pli02021

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117,* 497–529.

Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is Stronger than Good. *Review of General Psychology*, *5*(4), 323–370. https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2001). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine,* 25(24), 3186-3191. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distorsions. *Archives of General Psychiatry, 9*(4), 324-333.

Beck, A. T., & Beamesderfer, A. (1974). *Assessment of depression: The depression inventory.* Karger Publishers.

Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (p. 1–25). The Guilford Press.

Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.): New York: Guilford Press.

Beckes L, Coan JA. (2011). Social Baseline Theory: The Role of Social Proximity in Emotion and Economy of Action. *Soc Personal Psychol Compass*. 5:976–988. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00400.x

Beckes L, Coan JA, Hasselmo K. (2013) Familiarity promotes the blurring of self and other in the neural representation of threat. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 8:670–677. https://doi.org/10.1093/scan/nss046

Berridge, K.C., Robinson, T.E., Aldridge, J.W. (2009). Dissecting components foreward: 'liking', 'wanting', and learning. *Curr. Opin. Pharmacol.* 9 (1), 65–73. http://dx.doi.org/10.1016/j.coph.2008.12.014.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. (2004). Mindfulness: A pro- posed operational definition. *Clinical Psychology Science and Practice, 11,* 191-206. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077

Bishop, S. J. (2007). Neurocognitive mechanisms of anxiety: an integrative account. *Trends Cogn. Sci*. 11, 307–316. https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.05.008

Blackburn, I., & Eunson, K. (1989). A content analysis of thoughts and emotions elicited from de- pressed patients during cognitive therapy. *British Journal of Medical Psychology, 62*, 23–33.

Blackwell, S. E., Browning, M., Mathews, A., Pictet, A., Welch, J., Davies, J., Holmes, E. A. (2015). Positive Imagery-Based Cognitive Bias Modification as a Web-Based Treatment Tool for Depressed Adults: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychological Science*, *3*(1), 91-111. https://doi.org/10.1177/2167702614560746

Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale." [The satisfaction scale: Canadian-French validation of the Satisfaction with Life Scale]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 21*(2), 210–223. https://doi.org/10.1037/h0079854

Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist, 50*(12), 1003–1020. https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.1003

Blatt, S. J. (1998). Contributions of Psychoanalysis To the Understanding and Treatment of Depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 46*(3), 723–752. https://doi.org/10.1177/00030651980460030301

Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology, 9*(2), 157–190. https://doi.org/10.1037/h0079351

Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives.* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10749-000

Blatt, S. J. (1991). Depression and destructive risk-taking behavior in adolescence. In L. P. Lipsitt & L. L. Mitnick (Eds.), *Self-regulatory behavior and risk-taking: Causes and consequences* (pp. 285-305). Norwood, NJ: Ablex.

Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist, 50*(12), 1003–1020. https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.1003

Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement,* 14(3), 211. http://dx.doi.org/10.1037/h0081254

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol.1. Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2. Separation anxiety and anger. New York: Basic Books.

Brasseur S., Grégoire J., Bourdu R., Mikolajczak M. (2013) The Profile of Emotional Competence (PEC): Development and Validation of a Self-Reported Measure that Fits Dimensions of Emotional Competence Theory. *PLoS ONE* 8(5): e62635. doi:10.1371/journal.pone.0062635

Broadbent, D. (1982). Task combination and selective intake of information. *ActaPsychologica* 50 (3), 90043–90049, http://dx.doi.org/10.1016/0001-6918(82)90043-9.

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research.* New York, NY: Guilford Press.

Browning M (2012) Using attentional bias modification as a cognitive vaccine against depression. *Biol Psychiatry*, 72(7):572–579. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.04.014

Browning, M., Blackwell, S. E., & Holmes, E. A. (2013). The Use of Cognitive Bias Modification and Imagery in the Understanding and Treatment of Depression. In P. J. Cowen, T. Sharp, & J. Y. F. Lau (Éd.), *Behavioral Neurobiology of Depression and Its Treatment* (p. 243-260). https://doi.org/10.1007/7854_2012_212

Büchi S, Sensky T, Sharpe L, Timberlake N. (1998). Graphic representation of illness: a novel method of measuring patients' perceptions of the impact of illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Jul–Oct; 67(4–5):222-5.

Burgdorf, J., Panksepp, J. (2006). The neurobiology of positive emotions. *Neurosci.Biobehav. Rev.* 30 (2), 173–187, http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.06.001

Cacioppo, J. T., Gardner, W. L., & Berntson, G. G. (1999). The affect system has parallel and integrative processing components: Form follows function. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(5), 839–855. doi.org/10.1037/0022-3514.76.5.839

Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Sheridan, J. F., & McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analyses of human behavior: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin, 126*(6), 829–843. https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.829

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21*(1), 140–151. https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140

Cacioppo, J. T., & Patrick, B. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York, NY: Norton.

Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). *Loneliness.* In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (p. 227–240). The Guilford Press.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging, 25*(2), 453-463. https://doi.org/10.1037/a0017216

Calvo, M. G., & Nummenmaa, L. (2008). Detection of emotional faces: Salient physical features guide effective visual search. *Journal of Experimental Psychology: General, 137*(3), 471–494. https://doi.org/10.1037/a0012771

Caporael, L. (2001). Parts and wholes: The evolutionary importance of groups. In C. Sedikides & M. B. Brewer (Eds.), *Individual self, relational self, and collective self* (pp. 241-258). Philadelphia, PA: Psychology Press, 2001

Caporael, L. R. & Baron, R. M. (1997) Groups as the mind's natural environment. In: *Evolutionary social psychology,* ed. J. Simpson & D. Kenrick. Erlbaum.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review, 97*(1), 19–35. doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.19

Carver, C.S. (2003). Pleasure as a sign you can attend to something else: placingpositive feelings within a general model of affect. *Cognit. Emot.* 17 (2),241–261, http://dx.doi.org/10.1080/02699930302294.

Cassell EJ. (1998). The nature of suffering and the goals of medicine. *New York: Oxford University Press.*

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Exploring self-criticism: Confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 22*, 153-164. DOI: 10.1002/cpp.1881

Chermahini, S.A., Hommel, B. (2012). Creative mood swings: divergent and convergent thinking affect mood in opposite ways. *Psychol. Res.* 76 (5),634–640, http://dx.doi.org/10.1007/s00426-011-0358-z.

Chun, M.M., Golomb, J.D., Turk-Browne, N.B. (2011). A taxonomy of external andinternal attention. *Annu. Rev. Psychol.* 62, 73–101, http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100427.

Clark DA, Beck AT (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression.* New York, John Wiley & Sons. DOI: 10.1891/0889-8391.14.1.100

Clarke, P. J., Notebaert, L., & MacLeod, C. (2014). Absence of evidence or evidence of absence: reflecting on therapeutic implementations of attentional bias modification. *BMC Psychiatry, 14*(1), 8. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-8

Coan JA, Schaefer HS, Davidson RJ., (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. *Psychol Sci*. 17:1032–1039. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01832.x

Coan JA, Kasle S, Jackson A, Schaefer HS, Davidson RJ. (2013) Mutuality and the Social Regulation of Neural Threat Responding. *Attach Hum Dev.* 15:303–315. https://doi.org/10.1080/14616734.2013.782656

Coan, J. A. (2008). Toward a neuroscience of attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 241–265). The Guilford Press.

Coan JA, Beckes L, Allen JP., (2013). Childhood Maternal Support and Social Capital Moderate the Regulatory Impact of Social Relationships in Adulthood. *Int J Psychophysiol.* 88:224–231. https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.04.006

Coan, J. A., & Maresh, E. L. (2014). *Social baseline theory and the social regulation of emotion.* In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 221–236). The Guilford Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior,* 24, 386-396. DOI: 10.2307/2136404

Cohen, S., & Syme, S. L. (Eds.). (1985). *Social support and health.* Academic Press.

Cooper, R. M., Bailey, J. E., Diaper, A., Stirland, R., Renton, L. E., Benton, C. P., Munafò, M. R. (2011). Effects of 7.5% CO2 inhalation on allocation of spatial attention to facial cues of emotional expression. *Cognition and Emotion*, 25, 626-638. doi:10.1080/02699931.2010.508887

Corbetta, M. (1998). Frontoparietal cortical networks for directing attention and the eye to visual locations: Identical, independent, or overlapping neural systems? *Proc. Natl. Acad. Sci*. U. S. A. 95 (3), 831–838, http://dx.doi.org/10.1073/pnas.95.3.831.

Corbetta, M., Shulman, G.L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nat. Rev. Neurosci.* 3 (3), 201–215, http://dx.doi.org/10.1038/nrn755.

Cox, B. J., MacPherson, P. S. R., Enns, M. W., & McWilliams, L. A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behavior Research and Therapy*, 42, 105– 114. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00105-0

Cox BJ, Fleet C, Stein MB. (2004). Self-criticism and social phobia in the US National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 82:227–234. https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.012

Cozolino, L. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing brain.* New York, NY: Norton.

Crocker, J., & Canevello, A. (2012). Consequences of self-image and compassionate goals. In P. G. Devine & A. Plant (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 229–277). New York, NY: Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-394286-9.00005-6

Dalai Lama XIV. (2001). *Ethics for the new millennium*. New York: Putnam.

Darwin, C. (1965). *The expression of the emotions in man and animals.* Chicago: University of Chicago Press. (Original work published 1872)

Davidson, R. J. (1993). The neuropsychology of emotion and affective style. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (p. 143–154). Guilford Press.

Davidson, R., Begley, S. (2012). *The Emotional Life of Your Brain*. New York, NY: Hudson Street Press.

Davidson, R. & Rickman, M. (1999). “Behavioral Inhibition and the Emotional Circuitry of the Brain: Stability and Plasticity During the Early Childhood Years,” in *Extreme Fear, Shyness, and Social Phobia: Origins, Biological Mechanisms, and Clinical Outcomes*, L. A. Schmidt and J. Schulkin, eds. New York: Oxford University Press. 67–87.

Depue, R. Morrone-Struppinski, J. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences.* 28, 313–395. https://doi.org/10.1017/S0140525X05350060

Derryberry, D. & Tucker, D. M. (1994). Motivating the focus of attention. In *The heart’s eye: emotional influences in perception and attention* (ed. P. M. Neidenthal & S. Kitayama), pp. 167–196. San Diego, CA: Academic.

Desimone, R., Duncan, J. (1995). Neural mechanisms of selective visual-attention. *Annu. Rev. Neurosci.* 18, 193–222, http://dx.doi.org/10.1146/annurev.ne.18.030195.001205.

DeWall, C. N., Maner, J. K., & Rouby, D. A. (2009). Social exclusion and early-stage interpersonal perception: Selective attention to signs of acceptance. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*(4), 729–741. https://doi.org/10.1037/a0014634

Dewitte, M., & De Houwer, J. (2008). Adult attachment and attention to positive and negative emotional face expressions. *Journal of Research in Personality, 42,* 498–505. doi:10.1016/j.jrp.2007.07.010

Dhinakaran, J., De Vos, M., Thorne, J.D., Braun, N., Janson, J., Kranczioch, C. (2013). Tough doughnuts: affect and the modulation of attention. *Front. Hum.Neurosci.* 7, http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2013.00876.

Dickerson SS, Gruenaewald TL, Kemeny ME. (2004). When the social self is threatened: shame, *physiology, and health. J. Personal.* 72:1191–1216. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.

Duarte, J., McEwan, K., Barnes, C., & Maratos, F. (2014). Imagery focused interventions increase physiological and behavioural indices of threat in high self-critics. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice,* 88, 270–284. doi:10.1111/papt.12043

Dunkley, D., Zuroff, D., Blankstein, K. (2006). Specific perfectionism components versus self- criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, *40*, 665–676. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.08.008

Dunkley D., Grilo C. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy.* 45(1), 139-149 https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.017

Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: A cognitive–affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin, 125*(3), 356–366. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.356

Eisenberg, N., VanSchyndel, S. K., & Hofer, C. (2015). The association of maternal socialization in childhood and adolescence with adult offsprings' sympathy/caring. *Developmental Psychology,* 51(1), 7–16. https://doi.org/10.1037/a0038137

Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An FMRI study of social exclusion. *Science, 302,* 290–292. DOI: 10.1126/science.1089134

Eisenberger NI, Berkman ET, Inagaki TK, Rameson LT, Mashal NM, Irwin MR. (2010). Inflammation-induced anhedonia: Endotoxin reduces ventral striatum responses to reward. *Biological Psychiatry.* 68:748–754. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.06.010.

Ekman, P. Dalai Lama. (2008). *Emotional Awareness: Overcoming the Obstacles to Psychological Balance and Compassion*. Times Books.

Ekman, E., & Ekman, P. (2013). Cultivating emotional balance: Structure, Research, and

implementation. In T. Singer & M. Bolz (Eds.*), Compassion: Bridging practice and science* (pp. 398–414). Munich, Germany: Max Planck Society.

Ekman, P. (2016). What scientists who study emotion agree about, *Perspectives on psychological science. 11*, 1, 31-34. https://doi.org/10.1177/1745691615596992

Eldar, S., & Bar-Haim, Y. (2010). Neural plasticity in response to attention training in anxiety. *Psychological Medicine,* 40, 667–678. https://doi.org/10.1017/S0033291709990766

Erdelyi, M.H., Appelbaum, A.G. (1973). Cognitive masking: The disruptive effect of an emotional stimulus upon the perception of contiguous neutral items. *Bull. Psychon. Soc.* 1, 59–61. https://doi.org/10.3758/BF03333340

Eriksen, C.W., St-James, J.D. (1986). Visual-attention within and around the field offocal attention – a zoom lens model. *Percept. Psychophys*. 40 (4), 225–240. http://dx.doi.org/10.3758/Bf03211502.

Estrada, C.A., Isen, A.M., Young, M.J. (1997). Positive affect facilitates integration of information and decreases anchoring in reasoning among physicians. *Organizational Behav. Hum. Decis*. 72 (1), 117–135, http://dx.doi.org/10.1006/obhd.1997.2734.

Engen, H., Singer, T. (2015). Compassion-based emotion regulation up-regulates experienced positive affect and associated neural networks, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(9), 1291–1301. https://doi.org/10.1093/scan/nsv008

Fay, D. (2007) *Becoming Safely Embodied.* Somerville, MA: Heart Full Life Publishing.

Fay, D. (2017) *Attachment-Based Yoga & Meditation for Trauma Recovery: Simple, Safe, and Effective Practices for Therapy,* W. W. Norton & Company.

Fazaa, N., Page, S. (2003). *Dependency and Self-Criticism as Predictors of Suicidal Behavior.* Guildford Press.

Fenning, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A., & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among in- patient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders, 41,* 762–765. https://doi.org/10.1002/eat.20573

Finucane, A.M., Whiteman, M.C. (2007). Positive emotions induced by massage do not broaden attention and cognition. *Irish J. Psychol.* 28 (3–4), 139–152. https://doi.org/10.1080/03033910.2007.10446256

Francis-Raniere, E., Alloy, L., Abramson, L. (2006). Depressive personality styles and bipolar spectrum disorders: prospective tests of the event congruency hypothesis, *Bipolar Disorders*, 8(4), 382-399. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00337.x

Frankl VE. (1984). *Man's search for meaning: an introduction to Logotherapy.* New York: Pocket Books.

Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology, 2*(3), 300-319. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300

Fredrickson, B. L. & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cogn Emotion.* 12, 191–220. doi.org/10.1080/026999398379718

Fredrickson, B.L., Mancuso, R.A., Branigan, C. (2000). The Undoing Effect of Positive Emotions. *Motivation and Emotion* 24, 237–258. doi.org/10.1023/A:1010796329158

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218-226. doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218

Fredrickson, B. L. Huppert F. A., Baylis N. & Keverne B (2004a). The broaden–and–build theory of positive emotions, *Phil.Trans.R.Soc.Lond.B.* 359,1367–1377. doi:10.1098/rstb.2004.1512

Fredrickson, B. L. & Branigan, C. (2004b) Positive emotions broaden the scope of attention and thought–action repertoires. *Cogn Emotion.* 19(3), 313-332. doi.org/10.1080/02699930441000238

Fredrickson, B., Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognit. Emot.* 19 (3), 313–332, http://dx.doi.org/10.1080/02699930441000238.

Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062. https://doi.org/10.1037/a0013262

Fredrickson, B. L. (2013). Positive Emotions Broaden and Build. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 47, pp. 1–53). https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20–35. https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist, 55*(6), 647–654. doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647

Frewen, P.A., Dozois, D.J.A., Joanisse, M.F. & Neufeld, R.W.J. (2007). Selective Attention to Threat versus Reward: Meta-analysis and Neural- Network Modeling of the Dot-Probe Task, *Clinical Psychology Review.* doi: 10.1016/j.cpr.2007.05.006

Friedman, S., Samuelian, J.C., Lancrenon, S., Even, C. and Chiarelli, P. (2001) Three-dimension structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatric research,* 104(3), 247-257. DOI: 10.1016/S0165-1781(01)00309-2

Gable, S. L., Reis, H. T., & Elliot, A. J. (2000). Behavioral activation and inhibition in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(6), 1135–1149. https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1135

Garnefski, N, Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems, *Personality and Individual Differences,* 30(8), 1311-1327. DOI: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Gaudreau, P., Sanchez, X., Blondin, J.P. (2006). Positive and Negative Affective States in a Performance-Related Setting. Testing the Factorial Structure of the PANAS Across Two Samples of French-Canadian Participants. *European Journal of Psychological Assessment,* 22, 240-249. https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.240.

Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State–Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement,* 25(4), 559–578. http://dx.doi.org/10.1037/h0078881.

Gilbert, P. (1989/2016). *Human nature and suffering*. Hove: Psychology Press.

Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & Bailey K. G (Eds.), *Genes on the couch: explorations in evolutionary psychotherapy* (p. 118–150). Hove: Psychology Press.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 31-50. DOI: 10.1348/014466504772812959

Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507–516. doi:10.1080/09658210444000115

Gilbert, P. (2005a). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy.* London: Routledge.

Gilbert, P. (2005b). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (ed.): Compassion: Conceptualisations, *Research and Use in Psychotherapy*, pp. 9–74. Hove: Routledge.

Gilbert, P., & Irons, C. (2005c). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking in *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 263-325.

Gilbert P, Procter S (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 13, 353–379.

Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., and Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relationship to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 183–200. DOI: 10.1891/jcop.20.2.183

Gilbert, P. (2007) Introducing Compassion-Focused Therapy, *Advanced in Psychiatric Treatment,* 15-3; 199-208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

P. Gilbert, K. McEwan, R. Mitra, L. Franks, A. Richter & H. Rockliff (2008) Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism, *The Journal of Positive Psychology,* 3:3, 182-191, DOI: 10.1080/17439760801999461

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to the challenge of life.* London: Constable & Robinson.

Gilbert, P. (2010). *Compassion-focused Therapy: Distinctive Features.* Hove: Routledge.

Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion.* London: Constable & Robinson.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 6-41. DOI: 10.1111/bjc.12043

Gilbert P. (2015). The evolution and social dynamics of compassion. *J Social Personality Psychol Compass*. 9, 239–54. doi:10.1111/spc3.12176.

Gilbert, P. (2017a). Compassion: definitions and controversies. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: concepts, research and applications* (pp. 3–15). London: Routledge.

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *J of Compassionate Health Care* 4, 4. https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3

Gilbert, P., Basran, J., MacArthur, M. (2019). Differences in the Semantics of Prosocial Words: an Exploration of Compassion and Kindness. *Mindfulness* 10, 2259–2271. https://doi.org/10.1007/s12671-019-01191-x

Goetz, J., and Simon-Thomas, E. (2017). "The landscape of compassion: definitions and scientific approaches," in *The Oxford Handbook of Compassion Science* (Oxford University Press).

http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780190464684.001.0001/oxfordhb-9780190464684-e-1

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam.

Goss, K. (2014). The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 62–77. doi:10.1111/bjc.12039

Grol, M., De Raedt, R. (2014). Effects of positive mood on attentional breadth for emotional stimuli. *Front. Psychol.* 5(11). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01277

Grol, M., Koster, E.H., Bruyneel, L., De Raedt, R. (2014). Effects of positive mood on attention broadening for self-related information. *Psychol. Res.* 1–8, http://dx.doi.org/10.1007/s00426-013-0508-6.

Guroglu, B., Haselager, G. J., van Lieshout, C. F., Takashima, A., Rijpkema, M., et al. (2008). Why are friends special? Im- plementing a social interaction stimulation task to probe the neural correlates of friendship. *Neuroimage, 39,* 903– 910. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.09.007

Hackmann, A. Bennett-Levy, J., & Holmes, E. (2011). Oxford guide to imagery in cognitive therapy. Oxford: Oxford University Press.

Hakamata, Y., Lissek, S., Bar-Haim, Y., Britton, J. C., Fox, N. A., Leibenluft, E., Pine, D. S. (2010). Attention Bias Modification Treatment: A Meta-Analysis Toward the Establishment of Novel Treatment for Anxiety. *Biological Psychiatry,* 68(11), 982-990. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.07.021

Halamova, J., Kanovsky, M., & Pacuchova, M., (2017), Robust psychometric analysis and factor structure of the Forms of self-criticizing/attacking ands self-reassuring scale. *Ceskoslovenska Psychologie*. 2017, Vol. 61 Issue 4, p331-349. 19p.

Halamova, J., Kanovsky, M., Gilbert, P., Troop, N., Zuroff, D., Hermanto, N., Petrocchi, N., Sommers-Spijkerman, M., Kirby, J., Shalar, B., Krieger, T., Matos, M., Asano, K., Yu, F., Basran, J., & Kupeli, N. (2018). The Factor Structure of the Forms of Self-Criticizing/Attacking & Self-Reassuring Scale in Thirteen Distinct Populations, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* Online. DOI: 10.1007/s10862-018-9686-2

Hansen, C. H., & Hansen, R. D. (1988). Finding the face in the crowd: An anger superiority effect. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 917–924. https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.917

Hanson, R. (2020). *Neurodharma: New Science,* Ancient Wisdom, and Seven Practices of the Highest Happiness, Ebury Digital

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment.* Oxford, UK: Oxford University Press.

Hawkley LC, Cacioppo JT, (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med.* 40:218–227. 10.1007/s12160-010-9210-8

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152–1168. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152

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

Hayes, S.C. (2008). Climbing our hills: a beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5,* 286-295. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York: Guilford.

Henriksen RE, Torsheim T, Thuen F, (2014). Loneliness, social integration and consumption of sugarcontaining beverages: testing the social baseline theory. *PLoS One.* 9:e104421

Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., and Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the five facets mindfulness questionnaire: adaptation and validation in a French-speaking sample. *Eur. Rev. Appl. Psychol*. 61, 147–151. doi: 10.1016/j.erap.2011.02.001

Heeren, A., Maurage, P., Rossignol, M., Vanhaelen, M., Peschard, V., Eeckhout, C., & Philippot, P. (2012). Self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale: Psychometric properties of the French version. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *44*(2), 99-107. https://doi.org/10.1037/a0026249

Heeren A, Reese HE, McNally RJ, Philippot P. (2012). Attention training toward and away from threat in social phobia: effects on subjective, behavioral, and physiological measures of anxiety. *Behav Res Ther.*, 50: 30–9. https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.10.005

Herman, J., L. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror*. Hachette UK

Hertel, P. T., & Mathews, A. (2011). Cognitive Bias Modification: Past Perspectives, Current Findings, and Future Applications. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 521-536. https://doi.org/10.1177/1745691611421205

Hillsdale, NJ: Erlbaum, Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings. *J. Personality* 64, 899–922. doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00948.x

Hillyard, S.A., Anllo-Vento, L. (1998). Event-related brain potentials in the study of visual selective attention. *Proc. Natl. Acad. Sci*. U.S.A. 95 (3), 781–787.

http://dx.doi.org/10.1073/pnas.95.3.781.

Hillyard, S.A., Vogel, E.K., Luck, S.J. (1998). Sensory gain control (amplification) as a mechanism of selective attention: electrophysiological and neuro imaging evidence. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. Ser. B: Biol. Sci*. 353 (1373), 1257–1270, http://dx.doi.org/10.1098/rstb.1998.0281.

Hoffmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review*, 13, 1126–1132. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.003

Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med.* 7:e1000316.

Huttermann, S., Memmert, D. (2015). The influence of motivational and mood states on visual attention: a quantification of systematic differences and casual changes in subjects' focus of attention. *Cognit. Emot.* 29 (3), 471–483, http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2014.920767.

Ioannou, M.C., Mogg, K., Bradley, B.P. (2004). Vigilance for threat: effects of anxiety and defensiveness. *Pers. Indiv. Diff.* 36, 1879–1891. https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.018

Irons, C., Beaumont, E. (2019) *The Compassionate Mind Workbook: A step-by-step guide to developing your compassionate self.* Robinson

Irons, C., Heriot-Maitland, C. (2020) Compassionate Mind Training (CMT): An 8-week Group for the General Public. *Psychology and psychotherapy, theory, research and practice.* https://doi.org/10.1111/papt.12320

Isen, A.M., Daubman, K.A., Nowicki, G.P. (1987). Positive affect facilitates creative problem-solving. *J. Pers. Soc. Psychol.* 52 (6), 1122–1131, http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.6.1122.

Isen, A.M., Rosenzweig, A.S., Young, M.J. (1991). The influence of positive affect on clinical problem-solving. *Med. Decis. Making* 11 (3), 221–227, http://dx.doi.org/10.1177/0272989x9101100313.

Isen, A. M. (1990). The influence of positive and negative affect on cognitive organization: Some implications for development. In N. L. Stein, B. Leventhal, & T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (p. 75–94). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies,* 14, 1113–1126. doi: 10.1007/s10902-012-9373-z.

Jazaieri, H, McGonigal, K., Jinpa, G. T., Doty, J., Gross, J., Goldin, P. (2013) A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motiv Emot* 38:23–35. 10.1007/s11031-013-9368-z

Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment, 21*(4), 506–514. https://doi.org/10.1037/a0017032

Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy* 5, 420–429. https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.420

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33–47. https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3

Kashdan, T. B., Ferssizidis, P., Collins, R. L., & Muraven, M. (2010). Emotion differentiation as resilience against excessive alcohol use: An ecological momentary assessment in underage social drinkers. *Psychological Science*, *21*, 1341–1347. https://doi.org/10.1177/0956797610379863

Kashdan, T. B., & Farmer, A. S. (2014). Differentiating emotions across contexts: Comparing adults with and without social anxiety disorder using random, social interaction, and daily experience sampling. *Emotion, 14,* 629–638. https://doi.org/10.1037/a0035796

Kashdan, T., B., Barrett, L., F., McKnight, P. (2015). Unpacking Emotion Differentiation: Transforming Unpleasant Experience by Perceiving Distinctions in Negativity, *Current directions in psychological sciences,* 24(1) 10–16 doi.org/10.1177/0963721414550708

Keedwell P. (2008) *How Sadness Survived*. Radcliffe, Oxford.

Kelly AC, Zuroff DC, Foa CL, Gilbert P (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 727–755. https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.7.727

Keltner, D., Kogan, A., Piff, P. K., & Saturn, S. R. (2014). The sociocultural appraisals, values, and emotions (SAVE) framework of prosociality: core processes from gene to meme. The Annual Review of Psychology, 65, 425–460. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115054.

Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., Ekman, P. (2012). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion,* 12, 338–350. doi:10.1037/a0026118

Klimecki, O., Leiberg, S., Ricard, M., Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 9(6), 873–879. https://doi.org/10.1093/scan/nst060

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2015). Cultivating compassion: A systematic review and meta-analysis of compassion-based interventions. *PROSPERO: International Prospective Register of Systematic Reviews.* CRD42015024576. Retrieved from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/displayrecord.asp?ID=CRD42015024576

Kirby, J. N. (2016). Compassion interventions: the programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* http://dx.doi.org/10.1111/papt.12104

Kirby, J., Doty, J., Petrocchi, N. & Gilbert P (2017). The Current and Future Role of Heart Rate Variability for Assessing and Training Compassion. *Frontiers Public Health*, 5, 40. doi: 10.3389/fpubh.2017.00040

Kirby.J & Gilbert, P. (2017). The emergence of the compassion focused therapies. In: P. Gilbert (ed). *Compassion: Concepts, Research and Applications.* (p.258-285). London: Routledge

Kirby, J. N., Day, J., & Sagar, V. (2019). The 'flow' of compassion: a meta-analysis of the fears of compassion scales and psychological functioning. *Clinical Psychological Review, 70*, 26–39. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.03.001

Klimecki, O.M., Leiberg, S., Lamm, C & Singer, T. (2012). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex,* Advance publication (June 1st) doi:10.1093/cercor/bhs142

Klumpp, H., & Amir, N. (2010). Preliminary study of attention training to threat and neutral faces on anxious reactivity to a social stressor in social anxiety. *Cognitive Therapy and Research,* 34, 263–271 https://doi.org/10.1007/s10608-009-9251-0

Koelsch, S. (2011). Towards a neural basis of processing musical semantics. *Phys.Life Rev.* 8 (2), 89–105. https://doi.org/10.1016/j.plrev.2011.04.004

Kolts, R. L. (2012). *The compassionate-mind guide to managing your anger.* New York, NY: New Harbinger.

Kolts, R. L. (2016). *CFT Made Simple: A Clinician's Guide to Practicing Compassion-Focused Therapy.* New Harbinger Publications.

Koster, E. H. W., Crombez, G., Verschuere, B., & De Houwer, J. (2004). Selective attention to threat in the dot probe paradigm: Differentiating vigilance and difficulty to disengage. *Behaviour Research and Therapy, 42,* 1183–1192. https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.001

Kotsou I., & Leys, C. (2016) Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE* 11(4): e0152880. DOI: 10.1371/journal.pone.0152880

Krieger, T., Martig, D. S., van den Brink, E., & Berger, T. (2016). Working on self-compassion online: A proof of concept and feasibility study. *Internet Interventions*, 6, 64–70. DOI:10.1016/j.invent.2016.10.001

Kring, A. M. (2010). The future of emotion research in the study of psychopathology. *Emotion Review,* 2(3), 225–228. https://doi.org/10.1177/1754073910361986

Kringelbach, M.L., (2005). The human orbitofrontal cortex: linking reward tohedonic experience. *Nat. Rev. Neurosci*. 6 (9), 691–702, http://dx.doi.org/10.1038/nrn1747.

Kringelbach, M.L. (2010). The hedonic brain: a functional neuroanatomy of humanpleasure. In: Kringelbach, M.L., Berridge, K.C. (Eds.), *Pleasures of the Brain.* Oxford University Press, Oxford, UK, pp. 202–221.

Kupeli, N., Chilcot, J., Schmidt, U. H., Campbell, I. C., & Troop, N. A. (2013). A confirmatory factor analysis and validation of the Forms of Self-Criticism/Reassurance Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 52,* 12-25. DOI: 10.1111/j.2044-8260.2012.02042.x

Lang TJ, Blackwell SE, Harmer CJ, Davison P, Holmes EA (2012) Cognitive bias modification using mental imagery for depression: developing a novel computerized intervention to change negative thinking styles. *Eur J Pers* 26:145–157 https://doi.org/10.1002/per.855

Lang, P.J., Bradley, M.M. (2010). Emotion and the motivational brain. *Biol. Psychol,* 84 (3), 437–450, http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2009.10.007.

Leahy, R.L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice, 9,* 177–171. https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7

Leahy, R.L. (2005). A social–cognitive model of validation. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 195–217). London: Brunner-Routledge.

Leahy, R. L. (2007a). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 14,* 36–45. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.001

Leahy, R. L. (2007b). Schematic mismatch in the therapeutic relationship: a social-cognitive model. In P. Gilbert and R. L. Leahy. (Eds.), *The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioural Psychotherapies* (pp. 229–254). New York: Routledge. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00095.x

Leahy, R. L. (2009). Resistance: an emotional schema therapy approach. In *Cognitive Behavior Therapy: a guide for the practicing clinician (vol. II)*. G. Simos. (Ed.) London: Routledge.

Leahy, R., L., Tirch, D. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy,* Guilford.

Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine,* 45, 927–945. doi:10.1017/S0033291714002141

Leboeuf, I. Rusinek, S. (2016) Enhancing compassion: is joy playing a role? Poster présenté à *la 5ème Compassionate mind compassion's conference,* Manchester, United Kingdom

Leboeuf, I. Rusinek, S. (2016a) Is compassion made of joy? Poster présenté au 5ème Consortium of European Research on Emotions. Juillet 2017. Leiden, Netherlands

Leboeuf, I. Antoine, P. (2017). L'auto-critique d'Aaron Beck, 1963 à Paul Gilbert, 2000. Communication présentée au congrès de l'AFTCC, le 14 décembre 2018, Paris, France

Leboeuf, I., Rusinek, S., Antoine, P. (2018) Utilisation de l'imagerie mentale focalisée sur la compassion et la connexion. Exemple d'une prise en charge brève en addictologie. Communication

présentée au 2ème congrès francophone de pratiques en thérapie comportementale et cognitive Genève en Suisse.

Leboeuf, I., McEwan, K., Antoine, P. (2018). Imagery of compassion and social joy. Communication présentée au congrès de la Compassionate Mind Foundation, le 5 Octobre 2018, Londres, Royaume Uni

Leboeuf, I., Mahanga, J., Rusinek, S., Delamillieure, P., Gheysen, F., Andreotti, E., Antoine, P. (2019) Validation of the French versions of the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS), *Stress and Health*, 1-6. DOI: 10.1002/smi.2909

Leboeuf, I., McEwan, K., Rusinek, S., Andreoti, E., Pascal, A. (2021). Can compassion-focused imagery be used as an attention bias modification treatment? *Current Psycholo*gy. https://doi.org/10.1007/s12144-020-01241-x

Leboeuf, I., Tirch, D., Andreotti, E., Antoine, P. (2020) Can social joy help regulate the effect of self-criticism in Compassion Focused Imagery? Submitted.

Leboeuf, I. (2020) Attention-figshare-Datas.xlsx. figshare. Dataset. https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12912149.v1

Leibenluft, E., Gobbini, M.I., Harrison, T., & Haxby, J.V. (2004). Mothers' neural activation in response to pictures of their children and other children. *Biological Psychiatry,* 56, 225–232. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.05.017

LeDoux JE, Ruggiero DA, Forest R, Stornetta R, Reis DJ. (1987). Topographic organiza- tion of convergent projections to the thala- mus from the inferior colliculus and spinal cord in the rat. *J. Comp. Neurol.* 264:123– 46. https://doi.org/10.1002/cne.902640110

LeDoux, J. (2003). The Emotional Brain, Fear, and the Amygdala. *Cell Mol Neurobiol* 23, 727–738. https://doi.org/10.1023/A:1025048802629

Lee, D. A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (ed.): *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, pp. 326–51. Hove: Routledge.

Lekberg, A. & Wester, S. (2012). *Självkritik eller självuppmuntran? Hur vi beter oss mot oss själva vid motgångar: En utprövning av instrumenten FSCRS och FSCS.* (Master thesis) Lunds University, Lund, Sweden. Retrieved from: https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/publication/2827165

Leleu, V., Douilliez, C., Rusinek, S. (2013) Etude du biais d'attention selective envers les stimuli menaçants et insecurisants dans l'anxiété-trait: considération du décours temporel. *Canadian Journal of Experimental Psychology,12.* DOI: 10.1037/cep0000006

Lepine, J.P., Godchou, M., Brun, P., & Lemperiere, T. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales médico-psychologiques*, 143, II, pp. 175-189.

Lerman, S. F., Shahar, G., & Rudich, Z. (2012). Self-criticism interacts with the affective component of pain to predict depressive symptoms in female patients. *European Journal of Pain, 16,* 115–122. doi:10.1016/j .ejpain.2011.05.007

Lesage, F. X., Berjot, S. & Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the french version of the Perceived Stress Scale. *IJOMEH*. 25: 178. https://doi.org/10.2478/S13382-012-0024-8

Li, S.W., Tan, J.Q., Qian, M.Y., & Liu, X.H. (2008). Continual training of attentional bias in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy,* 46, 905–912.

https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.005

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, *22*, 141-173. https://doi.org/10.1159/000414022

Lin, M., Tai, L.Y, & Fan, S.Y. (2014) Breathing at a rate of 5.5 breaths per minute with equal inhalation-to-exhalation ratio increases heart rate variability. *International Journal of Psychophysiology,* 91, 206-11. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24380741#

Lincoln, T.M., Hohenhaus, F. & Hartmann, M. (2013). Can Paranoid Thoughts be Reduced by Targeting Negative Emotions and Self-Esteem? An Experimental Investigation of a Brief

Compassion-Focused Intervention. *Cogn Ther Res* 37, 390–402. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9470-7

Lindquist, K. A., & Barrett, L. F. (2008). *Emotional complexity.* In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (p. 513–530). The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993a). *Diagnosis and treatment of mental disorders.Skills training manual for treating borderline personality disord*er. Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P. Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2009). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimage*, 49, 1849–1856. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019

Longe, O., Maratos, F.A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliffe, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, *49*, 1849-1856. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2009.09.019

Lucre KM, Corten N (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy* 86, 387–400. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x

MacLeod C, Clarke, PJF., Mathews, A. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *J Abnorm Psychol*, 111(1):107–123. http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.107

MacLeod C, Mathews A (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annu Rev Clin Psychol,* 8:189–217. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143052

MacLeod C., Mathews A., Tata P. (1986) Attentional bias in emotional disorders. *J Abnorm Psychol 95*: 15–20. http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.95.1.15

MacLeod, C., Clarke, PJF. (2013) Cognitive Bias Modification: a next frontier in cognition and emotion research. In *Hanbook of cognition and Emotion.* Edited by Robinson MMD, Watkins, ER., Harmon-Jones, E. New-York: Guilford Press: 540-562. ISBN 978-1-4625-0999-7

Mahoney, C. O., Clark U. (2009). *Transcending the limits of compassion: The influence of joy on reactions to the suffering of distant others.* Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 70(1-B).

Mangun, G.R., Hillyard, S.A. (1988). Spatial gradients of visual attention: behavioral and electrophysiological evidence. Electroencephalograph. *Clinic.Neurophysiol.* 70 (5), 417–428, http://dx.doi.org/10.1016/0013-4694(88)90019-3

Mansell, W. Clark, D., Ehlers, A. & Chen, Y. (1999) Social Anxiety and Attention away from Emotional Faces, *Cognition and Emotion,* 13:6, 673-690, DOI: 10.1080/026999399379032

Marôco, J., & Bispo, R. (2003). Estat_ıstica aplicada _as ci^encias sociais e humanas [Statistics applied to social and human sciences]. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Mathews, A., Mackintosh, B. (1998). Cognitive Model of Selective Processing in Anxiety. *Cognitive Therapy and Research* 22, 539–560. https://doi.org/10.1023/A:1018738019346

Mathews, A., & MacLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition and Emotion,* 16, 331–354. DOI: 10.1080/02699930143000518

Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., & Gilbert, P. (2017). Psychological and Physiological Effects of Compassionate Mind Training: a Pilot Randomised Controlled Study. *Mindfulness*, *8*(6), 1699-1712. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0745-7

McEwan, K. (2012), An exploration of the processing of compassionate and critical faces, These, Universtiy of Derby. ISNI: 0000 0004 2742 4524

McEwan, K., Gilbert, P., Dandeneau, S., Lipka, S., Maratos, F., Paterson, K. B., & Baldwin, M. (2014). Facial expressions depicting compassionate and critical emotions: The development and validation of a new emotional face stimulus set. *PLoS ONE, 9,* e88783. doi:10.1371/journal.pone.0088783

McEwan, K., & Gilbert, P. (2015). A pilot feasibility study exploring the practising of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89, 239–243. doi:10.1111/papt.12078

McEwan, K., & Gilbert, P. (2016). A pilot feasibility study exploring the practicing of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *89*(2), 239-243. https://doi.org/10.1111/papt.12078

McEwan, K.; Dandeneau, S.; Gilbert, P.; Maratos, F.; Andrew, L.; Chotai, S.; Elander, J. (2019). 'Searching compassion in a crowd: Evaluation of a novel compassion visual search task to reduce self-criticism'. *EC Psychology and Psychiatry.*, 8(5), pp. 322-333. http://hdl.handle.net/10545/623708

Michelena, P., Pillot, M. H., Henrion, C., Toulet, S., Boissy, A., & Bon, R. (2012). Group size elicits specific physiological response in herbivores. *Biology Letters, 8,* 537-539. https://doi.org/10.1098/rsbl.2012.0197

Mikolajczak, M., & Desseilles, M. (2012*). Traité de régulation des émotions*. De Boeck Supérieur.

Mikulincer, M., Shaver, P., (2007). Boosting Attachment Security to Promote Mental Health, Prosocial Values, and Inter-Group Tolerance, *Psychological Inquiry*, 18:3, 139-156, DOI: 10.1080/10478400701512646

Miller G. (2011). Social neuroscience. Why loneliness is hazardous to your health. *Science*; 331: 138–40 DOI: 10.1126/science.331.6014.138

Mogg, K., & Bradley, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 36,* 809–848. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00063-1

Mogg, K., & Bradley, B. P. (1999). Selective attention and anxiety: A cognitive-motivational perspective. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 145–170). New York: Wiley.

Mogg, K., & Bradley, B. P. (2002). Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 40,* 1403–1414. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00017-7

Moriya, H., Nittono, H. (2011). Effect of mood states on the breadth of spatial attentional focus: an event-related potential study. *Neuropsychologia* 49 (5),1162–1170, http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.02.036.

Murphy, J. M., Nierenberg, A. A., Monson, R. R., Laird, N. M., Sobol, A. M., Leighton, A.H (2002). Self-disparagement as feature and forerunner of depression: findings from the Stirling County Study. *Comprehensive Psychiatry. 43,* 13–21. DOI: 10.1053/comp.2002.29842

Naismith, I., Kerr, S., Mwale, A., & Feigenbaum, J. (2019). A thematic analysis of compassion-focused imagery for people with personality disorder: inhibitors, facilitators and clinical recommendations. *Clinical Psychologist,* 2, 321. cp.12180. https://doi.org/10.1111/cp.12180

Naismith, I., Zarate Guerrero, S. & Feigenbaum, J. (2019). Abuse, invalidation, and lack of early warmth show distinct relationships with self-criticism, self-compassion, and fear of self-compassion in personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy. A*dvance online publication. doi: 10.1002/cpp.2357.

Narvaez, D. (2014). *Neurobiology and the Development of Human Morality: Evolution, Culture, and Wisdom* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). W. W. Norton & Company

Navon, D. (1977). Forest before trees – precedence of global features in visual-perception. *Cognit. Psychol*. 9 (3), 353–383, http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285(77)90012-3

Neely, M.E., Schallert, D.L. (2009). Mohammed, S.S. *et al.* Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motiv Emot* 33, 88–97. https://doi.org/10.1007/s11031-008-9119-8

Neff, D. K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity, 2,* 223-250. DOI: 10.1080/15298860309027

Neff, K., Kirkpatrick, K., & Rude, S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41,* 139 – 154. DOI:10.1016/j.jrp.2006.03.004

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Pers*, 77(1), 23-50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x

Neff, K., McGehee, P. (2010) Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults, *Self and Identity*, 9:3, 225-240, DOI: 10.1080/15298860902979307

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28–44. doi: 10.1002/jclp.21923.

Nelson, E., Panksepp, J. (1998). Brain Substrates of Infant–Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *22*-3, 437-452. https://doi.org/10.1016/S0149-7634(97)00052-3.

Ohman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolution- ary analyses of emotion. *Psychophysiology*, *23*, 123-145. https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1986.tb00608.x

Öhman, A., Lundqvist, D., & Esteves, F. (2001). The face in the crowd revisited: A threat advantage with schematic stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*(3), 381–396. https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.3.381

Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review, 108*(3), 483–522. https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.483

Ong, A.D., Bergeman, C., Bisconti, T.L., Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience,positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *J. Pers. Soc.Psychol.* 91 (4), 730, http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730

O'Connor, E., Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation, *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 392-401 https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.007

O'Craven, K., & Kanwisher, N. (2000). Mental imagery of faces and places activates corresponding stimulus-specific brain regions. *Journal of Cognitive Neuroscience,* 12, 1013-1023. doi.org/10.1162/08989290051137549

Pace, T. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 87–98. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.08.011

Pankseep, J. (2007). Review Neuroevolutionary sources of laughter and social joy: Modeling primal human laughter in laboratory rats. *Biavioral Brain Research,* 182 (2007) 231–244. doi:10.1016/j.bbr.2007.02.015

Pessoa, L., (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nat. Rev.Neurosci.* 9 (2), 148–158, http://dx.doi.org/10.1038/Nrn2317

Petrocchi, N., & Couyoumdjian, A. (2016). The impact of gratitude on depression and anxiety: the mediating role of criticizing, attacking, and reassuring the self. *Self and Identity*, 15(2), 191–205. DOI: 10.1080/15298868.2015.1095794

Phillips, T., Barnard, C., Ferguson, E., & Reader, T. (2008). Do humans prefer altruistic mates? Testing a link between sexual selection and altruism towards non-relatives. *British Journal of Psychology*, 99, 555–572. doi:10.1348/000712608X298467

Philippe, F.L., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G. (2009). Resilience and positiveemotions: examining the role of emotional memories. *J. Pers.* 77 (1), 139–176, http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00541.x

Pishyar, R., Harris, L. & Menzies, R. (2004) Attentional bias for words and faces in social anxiety,Anxiety, *Stress & Coping*, 17:1, 23-36, DOI: 10.1080/10615800310001601458

Pishyar, R., Harris, L., & Menzies, R. (2008) Responsiveness of measures of attentional bias to clinical change in social phobia, *Cognition and Emotion*, 22:7, 1209-1227, DOI: 10.1080/02699930701686008

Porges S. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior.* 79:503–513. https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00156-2

Posner, M.I. (1980). Orienting of attention. Quart. *J. Exp. Psychol.* 32 (1), 3–25, http://dx.doi.org/10.1080/00335558008248231.

Pourtois, G., Schettino, A., Vuilleumier, P. (2013). Brain mechanisms for emotionalinfluences on perception and attention: what is magic and what is not. *Biol.Psychol.* 92 (3), 492–512, http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2012.02.007

Powers, T., & Zuroff, D. (1988). Interpersonal consequences of overt self- criticism: A comparison with neutral and self-enhancing presentations of self. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1054-1062.

Powers T., Koestner R., Zuroff D., Milyavskaya M., Gorin A. (2011). The Effects of Self-Criticism and Self-Oriented Perfectionism on Goal Pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 37(7):964-975. doi:10.1177/0146167211410246

Preacher KJ, Rucker DD, MacCallum RC, Nicewander WA (2005) Use of the extreme groups approach: A critical reexamination and new recommendations. *Psychol Methods* 10: 178–192. DOI: 10.1037/1082-989X.10.2.178

Proffitt, D., Stefanucci, J., Banton, T., Epstein, W. (2003). The role of effort in perceiving distance. *Psychol Sci.* 14:106–112. https://doi.org/10.1111/1467-9280.t01-1-01427

Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. Dans : Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R. (Eds.), *Introduction à la psychologie de la santé* (pp.43-66). Paris : Presses Universitaires de France.

Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences,* 48(6), 757-761. doi:10.1016/j.paid.2010.01.023

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy,* 18(3), 250–255. https://doi.org/10.1002/cpp.702

Ram Dass (2011). *Be Love Now: The Path of the Heart,* rider, London

Roberts G. (1996). Why individual vigilance declines as group size increases. *Anim Behav.* 51:1077–1086. https://doi.org/10.1006/anbe.1996.0109

Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Journal of Clinical Neuropsychiatry, 5,* 132–139. http://hdl.handle.net/10545/622861

Rockliff, H., Karl, A., McEwan, K., Gilbert, J., Matos, M., & Gilbert, P. (2011). Effects of intranasal oxytocin on « compassion focused imagery ». *Emotion, 11*(6), 1388-1396. https://doi.org/10.1037/a0023861

Roland, D. (2020). *The power of suffering, growing through life crises,* Simon & Schuster Australia

Rolls, E.T., (2000). The orbitofrontal cortex and reward. *Cereb. Cortex* 10 (3),284–294, http://dx.doi.org/10.1093/cercor/10.3.284.

Rowe, G., Hirsh, J.B., Anderson, A.K. (2007). Positive affect increases the breadth ofattentional selection. *Proc. Natl. Acad. Sci.* U. S. A. 104 (1), 383–388, http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0605198104

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719 727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719

Schaefer HS, Larson CL, Davidson RJ, Coan JA. (2014). Brain, body, and cognition: neural, physiological and self-report correlates of phobic and normative fear. *Biol Psychol.* 98:59–69. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.12.011

Schmitz, T.W., De Rosa, E., Anderson, A.K. (2009). Opposing influences of affectivestate valence on visual cortical encoding. *J. Neurosci.* 29 (22), 7199–7207, http://dx.doi.org/10.1523/Jneurosci.5387-08.2009

Schnall S, Harber KD, Stefanucci JK, (2008). Proffitt DR. Social support and the perception of geographical slant. *J Exp Soc Psychol.* 44:1246–1255. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2008.04.011

Schupp, H. T., Öhman, A., Junghöfer, M., Weike, A. I., Stockburger, J., & Hamm, A. O. (2004). The Facilitated Processing of Threatening Faces: An ERP Analysis. *Emotion, 4*(2), 189–200. https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.2.189

Seligman M.E.P., Csikszentmihalyi M. (2014) Positive Psychology: An Introduction. In: *Flow and the Foundations of Positive Psychology.* Springer, Dordrecht. doi.org/10.1007/978-94-017-9088-818

Shahar, G. (2006). An Investigation of the Perfectionism/Self-criticism Domain of the Personal Style Inventory. *Cogn Ther Res* 30, 185–200. https://doi.org/10.1007/s10608-006-9032-y

Shahar, G. (2015). *Erosion: The psychopathology of self-criticism.* In New York: Oxford University Press.

Shahar, B., Doron, G., & Szepsenwol, O. (2015b). Childhood maltreatment, shame-proneness, and self-criticism in social anxiety disorder: A sequential mediational model. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 22, 570–579. DOI: 10.1002/cpp.1918

Shahar, G., Rogers, M. L., Shalev, H., & Joiner, T. E. (2018). Self-criticism, interpersonal conditions, and biosystemic inflammation in suicidal thoughts and behaviors within mood disorders: A bio-cognitive-interpersonal hypothesis. *Journal of Personality*. *88*, 133-145. http://dx.doi.org/10.1111/jopy.12446

Shapira, L., Mongrain, M. (2010) The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression, *The Journal of Positive Psychology*, 5:5, 377-389, DOI: 10.1080/17439760.2010.516763

Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy, 48*(3), 293-303. https://doi.org/10.1037/a0022012

Schmidt, NB. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *J Abnorm Psychol*, 118(1):5–14. http://dx.doi.org/10.1037/a0013643

Shapira LB, Mongrain M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *Journal of Positive Psychology* 5,377–389. doi.org/10.1080/17439760.2010.516763

Sensky T. (2010). Suffering. *International Journal of Integrated Care.* 10(5). DOI: http://doi.org/10.5334/ijic.494

Shahar G, Henrich CC. (2015). Perceived family social support buffers against the effects of exposure to rocket attacks on adolescent depression, aggression, and severe violence. *J Fam Psychol.* (2015) 30:163–8. doi: 10.1037/fam0000179

Shahar, G. (2015). *Erosion: The psychopathology of self-criticism.* In New York: Oxford University Press. https://doi.org/10.1037/a0018472

Siegel, D. J., & Hartzell, M. (2003*). Parenting from the inside out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. New York: Penguin.

Singer, T., & Bolz, M. (2013). *Compassion: Bridging practice and science.* Munich, Germany: Max Planck Society.

Skinner, B. F. (1974). About behaviourism. New York: Random House.

Smith, E. R., Murphy, J., & Coats, S. (1999). Attachment to groups: Theory and management. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*(1), 94–110. https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.94

Sommers-Spijkerman, M. P. J., Trompetter, H. R., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Compassion-Focused Therapy as Guided Self-Help for Enhancing Public Mental Health: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000268

Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Developmental Psychology, 21*(1), 195–200. https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.1.195

Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion, 1*(1), 25–37. https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970*). STAI manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Srivastava, P., Srinivasan, N. (2010). Time course of visual attention with emotional faces. *Attention, Perception, & Psychophysics* 72, 369–377. https://doi.org/10.3758/APP.72.2.369

Stellar, J. E., & Keltner, D. (2014). *Compassion.* In M. M. Tugade, M. N. Shiota, & L. D. Kirby (Eds.), *Handbook of positive emotions* (p. 329–341). The Guilford Press.

Steptoe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of personality*, *77*(6), 1747–1776. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x

Streeter, C.C. Gerbarg, P.L., Saper, R.B., Ciraulo, D.A., & Brown, R.P. (2012). Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. *Medical Hypotheses,* 78, 571–579. doi:10.1016/j.mehy.2012.01.021

Strogatz, S. (2004*). Sync: How Order Emerges from Chaos in the Universe, Nature, and Daily Life.* Hachette Books.

Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics,* (6th ed.). Boston: Pearson.

Thompson, R., & Zuroff, C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences,* 36(2), 419–430. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00106-5

Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion.* New York, NY: New Harbinger.

Tirch, D., Silberstein, L. R. & Kolts, R. L. (2016). *Bouddhist psychology and cognitive behavioral therapy: a clinician guide.* New York, NY: Guilford Press.

Tomasello M, Carpenter M, Call J, Behne T, Moll H, (2005). Understanding and sharing intentions: the origins of cultural cognition. *Behav Brain Sci*. 28:675–691. discussion 691–735. DOI: https://doi.org/10.1017/S0140525X05220125

Torkan, H., Blackwell, S. E., Holmes, E. A., Kalantari, M., Neshat-Doost, H. T., Maroufi, M., & Talebi, H. (2014). Positive Imagery Cognitive Bias Modification in Treatment-Seeking Patients with Major Depression in Iran: A Pilot Study. *Cognitive Therapy and Research*, *38*(2), 132-145. https://doi.org/10.1007/s10608-014-9598-8

Troller-Renfree, S., et al. (2016). The beneficial effects of a positive attention bias amongst children with a history of psychosocial deprivation. *Biol. Psychol*. 122, 110-120. http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.04.008

Troller-Renfree, S., McDermott, J., Nelson, C., Zeanah, C., Fox, N. (2015) The effects of early foster care intervention on attention biases in previously institutionalized children in Romania *Dev. Sci*., 18, 713-722 DOI: 10.1111/desc.12261

Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research.* 27, 247–259, https://doi.org/10.1023/A:1023910315561

Tugade, M.M., Fredrickson, B., Barrett, L.F. (2004). Psychological resilience andpositive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *J. Pers.* 72 (6), 1161–1190, http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x.

Uddenberg, S., Shim, W.M. (2014). Seeing the world through target-tinted glasses: positive mood broadens perceptual tuning. *Emotion* 15 (3), 319–328, http://dx.doi.org/10.1037/emo0000029

Valdesolo, P., DeSteno, D. (2011), Synchrony and the social Tuning of Compassion, *Emotion*, Vol. 11, No. 2, 262-266. http://dx.doi.org/10.1037/emo0000029

Vanlessen, N., Rossi, V., De Raedt, R., Pourtois, G. (2013). Positive emotion broadens attention focus through decreased position-specific spatial encoding in earlyvisual cortex: evidence from ERPs. *Cognit. Affect. Behav. Neurosci.* 13 (1),60–79, http://dx.doi.org/10.3758/s13415-012-0130-x.

Vanlessen, N., Rossi, V., De Raedt, R., Pourtois, G. (2014). Feeling happy enhances early spatial encoding of peripheral information automatically: electrophysiological time-course and neural sources. *Cognit. Affect. Behav.Neurosci.* 1–19, http://dx.doi.org/10.3758/s13415-014-0262-2.

Vanlessen, N., Rossi, V., De Raedt, R., Pourtois, G. (2016), Happy heart, smiling eyes: A systematic review of positive mood effects on broadening of visuospatial attention, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 68, 816–837. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.001

Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders,* 25, 123–130.

https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011

Villate, J., Villate, M. & Hayes, S.C. (2012). A naturalistic approach to transcendence: Deictic framing, spirituality, and prosociality. En: L. McHugh y I. Stewart (Eds.). *The self and perspective ta- king* (pp. 200-215). Oakland, CA: Context Press.

Villieux , A., Sovet , L., Jung, S., Guilbert, L. (2015). Psychological flourishing: Validation of the French version of the Flourishing Scale and exploration of its relationships with personality traits, *Personality and Individual Differences* 88 (2016) 1–5. DOI: 10.1016/j.paid.2015.08.027

Wadlinger, H.A., Isaacowitz, D.M. (2006). Positive mood broadens visual attention to positive stimuli. *Motivation Emot.* 30 (1), 89–101, http://dx.doi.org/10.1007/s11031-006-9021-1

Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. In Gilbert P (Ed) *Compassion: Conceptualisations, research and Use in Psychotherapy.* London, Routledge, pp 371-385.

Waters AM, et al. (2013). Attention training towards positive stimuli in clinically anxious children. *Dev Cognit Neurosci.* 4:77–84. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2012.09.004

Watson, D., Clark, L., Tellegen, (1998). *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales.* Journal of Personality and Social Psychology, Vol 54(6), Jun 1988, 1063-1070. DOI: 0022-3514/88/$00.75

Wells, A. (2009) *Metacognitive therapy for anxiety and depression,* Guilford Press

Whelton, J. W., & Greenberg, L.S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences, 38,* 1583-1595. DOI: 10.1016/j.paid.2004.09.024

Williams, J. M. G., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin, 120*(1), 3–24. https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.1.3

Wolfe, J.M. (1994). Guided Search 2.0 A revised model of visual search. *Psychonomic Bulletin & Review* **1,** 202–238. https://doi.org/10.3758/BF03200774

Xu, Y., Yu, Y., Xie, Y., Peng, L., Liu, B., Xie, J., Li, M. (2015). Positive affect promotes well-being and alleviates depression: the mediating effect of attentional bias. *Psychiatry Res.*, http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.011

Yadavaia, J. E. (2014). Using acceptance and commitment therapy to decrease high-prevalence psychopathology by targeting self-compassion: A randomized controlled trial. Journal of *Contextual Behavioral Science,* 3, 248–257. doi:10.1016/j.jcbs.2014.09.002

Yasien, S., Zia, S., & Yasmin, M. (2017). Adaptation and psychometric properties of the forms of self-criticizing/attacking and self-reassuring scale. *Pakistan Journal of Psychology,* 48 , 1, 51-64.

Yu, F. Y. (2013). *The Relationship among Self-Criticism, Self-Compassion, Rumination Response Style, and Depression.* Chung Yuan Christian University, Taiwan: Unpublished M.A. thesis.

Zhang T, Li F, Beckes L, Coan JA, (2013). A semi-parametric model of the hemodynamic response for multi-subject fMRI data. *Neuroimage.* 75:136–45. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.02.048

Zickfeld, J. H., Schubert, T. W., Seibt, B., Blomster, B., Arriaga, P., Basabe, N. & Fiske, A. P. (2018) Kama muta: Conceptualizing and measuring the experience often labelled being moved across 19 nations and 15 languages. *Emotion. DOI: 10.1037/emo0000450*

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica,* 67(6), 316-370. DOI : 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Zuroff, D. C., Santor, D. A., & Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism, and maladjustment. In J. S. Auerbach, K. J. Levy, & C. E. Schaffer (Eds.), *Relatedness, self-definition and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt* (pp. 75–90). London: Brunner-Routledge.

Zuroff, D. C., Fournier, M. A., Patall, E. A., & Leybman, M. J. (2010). Steps toward an evolutionary personality psychology: Individual differences in the social rank domain. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 51*(1), 58 -66. https://doi.org/10.1037/a0018472

Annexes

1. FSCRS

Forms of self criticising/attacking & self-Reassuring scale

(Gilbert, 2004)

Lorsque les choses vont mal dans nos vies et ne marchent pas de la manière dont on espérait, nous sentons que nous aurions pu faire mieux nous avons parfois des pensées et des sentiments d'autocritique. Ces dernières peuvent prendre la forme que tu te sentes inutile et sans valeur, inférieur. Cependant certaines personnes peuvent essayer de ne pas baisser les bras et d'essayer de faire face.

Ci-dessous voici une suite de pensées et de sentiments que certaines personnes ont. Lisez chaque phrase avec attention et entourer le nombre qui décrit le mieux le degré selon lequel la phrase est vraie pour vous.

	Pas du tout comme moi	Légère-ment comme moi	Moyenne-ment comme moi	Tout à fait comme moi	Extrême m-ent comme moi
1. Je suis facilement déçu(e) de moi-même	☐	☐	☐	☐	☐
2. Il y a une partie de moi qui me rabaisse	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je suis capable de me remémorer de choses positives à mon sujet	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je trouve cela difficile de contrôler ma frustration et ma colère envers moi-même	☐	☐	☐	☐	☐
5. Je trouve cela facile de me pardonner	☐	☐	☐	☐	☐
6. Il y a une partie de moi qui sent que je ne suis pas assez bon(ne)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je me sens abattu(e) par mes propres pensées autocritiques	☐	☐	☐	☐	☐
8. J'aime encore être moi	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je suis devenu(e) tellement en colère contre moi que je veux m'injurier ou me blesser	☐	☐	☐	☐	☐
10. J'ai un sentiment de dégout envers moi-même	☐	☐	☐	☐	☐

11. Je peux encore me sentir digne d'être aimé(e) et accepté(e)	☐	☐	☐	☐	☐
12. J'ai arrêté de prendre soin de moi-même	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je trouve facile de m'aimer	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je me souviens de mes échecs et je les rumine	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je m'insulte	☐	☐	☐	☐	☐
16. Je suis doux et solidaire avec moi-même	☐	☐	☐	☐	☐
17. Je ne peux accepter les échecs et les reculs sans me sentir inadapté(e)	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je pense que je mérite de me critiquer	☐	☐	☐	☐	☐
19. Je suis en mesure de m'occuper et prendre soin de moi	☐	☐	☐	☐	☐
20. Il y a une partie de moi qui veut se débarrasser de parties de moi que je n'aime pas	☐	☐	☐	☐	☐
21. Je m'encourage pour l'avenir	☐	☐	☐	☐	☐
22. Je n'aime pas être moi	☐	☐	☐	☐	☐

Cotations

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**

is = Soi inadéquat, rs = Soi réassurant, hs = soi Haï

Description

Cette échelle a été développée par Gilbert, Clarke, Hempel, Miles et Irons (2004). Il a été développé pour mesurer l'autocritique et la capacité à se rassurer. Il s'agit d'une échelle de 22 éléments, qui mesure les différentes façons dont les gens pensent et se sentent eux-mêmes lorsque les choses tournent mal pour eux. Les éléments composent trois composants, il existe deux formes d'autocritique; moi inadéquat, qui se concentre sur un sentiment d'inadéquation personnelle (`` je suis facilement déçu de moi-même "), et de moi détesté, cela mesure le désir de blesser ou de persécuter le moi (`` je suis devenu tellement en colère contre moi-même que je veux blesser ou me blesser »), et une forme pour se rassurer soi-même, se rassurer (« Je suis capable de me rappeler des choses positives sur moi-même »). Les réponses sont données sur une échelle de Likert en 5 points (allant de 0 = «pas du tout comme moi» à 4 = «extrêmement comme moi»). Les alphas de Cronbach étaient respectivement de 0,90 pour le moi inadéquat et de 0,86 pour le soi détesté et le soi rassuré.

Références

Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 31-50.

Leboeuf, I., Mahanga, J., Rusinek, S., Delamillieure, P., Gheysen, F., Andreotti, E., Antoine, P. (2019) Validation of the French versions of the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS), *Stress and Health*, 2009; 1-6. DOI: 10.1002/smi.2909

2. Texte des guidances audio du programme d'entrainement à la compassion

1. L'imagerie du sourire
2. Le lieu de sérénité
3. L'idéal de compassion
4. L'auto-compassion

Guidance : L'imagerie du sourire

Bonjour !

Ma voix va vous accompagner dans cet exercice en imagination qui s'appelle « l'exercice du sourire ».

Pensant sa réalisation pensez à rester dans la bienveillance et le respect de vous-même.

Vous pouvez modifier l'exercice si la consigne ne vous convient pas parfaitement ou même l'arrêter si nécessaire. Vous pouvez refaire cet exercice plusieurs fois si vous le souhaitez.

« Nous allons commencer par un exercice de respiration. Puis nous allons visualiser mentalement un moment de convivialité pendant lequel vous avez partagé un sourire avec quelqu'un de bienveillant que vous appréciez. Vous n'avez pas à chercher ce souvenir. Votre cerveau va vous proposer une image. Peut-être plusieurs. Un peu comme lorsque sur l'ordinateur, les images apparaissent en diaporama. »

« Est ce que vous êtes confortablement installé ? Est-ce que l'on peut commencer ? »

« Nous allons faire un exercice de respiration ventrale. Une main sur le ventre et l'autre sur la poitrine ou les deux mains sur le ventre. On inspire en gonflant le ventre. Sans forcer l'inspiration, en la laissant naturelle. On expire doucement et profondément. Le mouvement est un peu comme une vague qui se gonfle et qui vient doucement s'étirer sur le sable. Il est important de garder un rythme régulier. Très bien. Je vous laisse faire cet exercice pendant quelques secondes. »

« Vous pouvez maintenant fermer les yeux. Si vous êtes inconfortable, vous pouvez fixer un point devant vous. »

« Laissez venir l'image d'une personne bienveillante. Quelqu'un que vous connaissez ou que vous imaginez. Cette personne peut être proche de vous ou pas, cela n'a pas d'importance. Vous pouvez même imaginer un personnage fictif. Cette personne est chaleureuse. Elle a votre bien-être à cœur. Elle vous accueille.

Vous allez maintenant imaginer que cette personne vous sourit et que vous lui souriez en retour.

Vous observez d'abord les traits de son visage. Vous remarqueZ que sa bouche s'agrandit et que ses yeux se plissent ou se mettent à briller. Peut-être qu'elle bouge ou que vous entendez des bruits, une ambiance sonore. Vous remarquez si vous sentez une odeur, un parfum.

Peut-être remarquez-vous l'endroit où vous vous trouvez.

Vous remarquez comment vous vous sentez, à l'intérieur. Comment sont les traits de votre visage ?

Peut-être ressentez-vous une sensation de chaleur ou d'énergie. Vous pouvez juste observer ce que vous ressentez, simplement ce qui apparait. Très bien.

Puis notez ce que vous observez dans la relation. Est-ce que vous vous sentez connecté à cette personne ? »

Pour finir, vous pouvez partager un geste ou une parole. Je vous laisse profiter quelques instants.

« Pour terminer l'exercice. Revenez à vos sensations corporelles. Observez votre respiration quelques instants. Vous pouvez terminer l'exercice à votre rythme en vous étirant ou en prenant une grande inspiration. »

Guidance : Le lieu de sérénité

Bonjour!

Ma voix va vous accompagner dans cet exercice en imagination qui s'appelle « l'exercice du lieu de sérénité ».

Pensant sa réalisation viellez à rester dans la bienveillance et le respect de vous-même.

Vous pouvez modifier l'exercice si la consigne ne vous convient pas parfaitement

Ou même l'arrêter si nécessaire.

« Nous allons commencer par un exercice de respiration.

Puis nous allons visualiser mentalement un moment de convivialité

Pendant lequel vous avez partagé un sourire avec quelqu'un de bienveillant que vous appréciez.

Vous n'avez pas à chercher ce souvenir.

Votre cerveau va vous proposer une image.

Peut-être plusieurs.

Un peu comme lorsque sur l'ordinateur, les images apparaissent en diaporama. »

« Est ce que vous êtes confortablement installé ? Nous allons commencer »

« Nous allons faire un exercice de respiration ventrale.

Une main sur le ventre et l'autre sur la poitrine ou les deux mains sur le ventre.

On inspire en gonflant le ventre.

Sans forcer l'inspiration, en la laissant naturelle.

Puis on expire doucement et profondément.

Le mouvement est un peu comme une vague

Qui se gonfle

Et qui vient doucement s'étirer sur le sable.

Garder un rythme régulier.

Très bien.

Je vous laisse faire cet exercice pendant quelques secondes. »

« Vous pouvez maintenant fermer les yeux.

Si vous êtes confortable,

Ou vous pouvez fixer un point devant vous. »

« Laissez venir l'image d'un endroit où vous êtes senti vraiment bien

Un endroit où vous êtes senti accueilli, serein, paisible

Ça peut être un endroit lié à la nature, un paysage comme la mer ou la montagne

Ça peut également être une promenade en foret

Ou un endroit plus cosy, un moment au coin du feu

Une cabane dans laquelle vous vous abritiez enfant

Ou encore un endroit imaginaire comme sur un nuage de coton

On peut également entendre une musique apaisante ou retrouver une impression de bien-être

Une simple sensation comme une couleur

Une odeur…

Prenez quelques instants pour observer cet endroit ou cette sensation

Remarquez tous les détails, les couleurs, les nuances de luminosité

Est-ce qu'il y a du mouvement ? Des animaux ? Êtes-vous seul ou y a-t-il quelqu'un avec vous?

S'il y a quelqu'un remarquez si cette personne vous regarde

Est-elle souriante ou chaleureuse ?

Remarquez que cet endroit vous accueille

Portez maintenant votre attention sur l'ambiance sonore

La musique de cet endroit

Le bruit du vent, le tic-tac de l'horloge

Écoutez le bruit du silence

Observez s'il y a une odeur particulière ? Comment vous sentez vous à l'intérieur ?

Sur quoi s'appuient vos pieds ?

Peut-être vous sentez vous légers ? Relaxé ?

Cet endroit est un espace de liberté

Vous pouvez bouger,

Nager,

Voler ou

Explorer de nouveaux espaces

Vous pouvez prendre encore quelques instants pour vous imprégniez de ce lieu

Il est à l'intérieur de vous et vous allez pouvoir le retrouver chaque fois qu'il vous sera utile ou agréable

Dans les jours ou les semaines qui viennent

A votre rythme, lorsque vous le souhaitez,

Vous pouvez vous reconnecter à votre respiration

Vous étirer doucement

Prendre une grande respiration

Et reprendre le cours de votre journée

En gardant de cet exercice

Ce qui est bénéfique pour vous

Guidance: L’être idéal de compassion

Bonjour

Je vous remercie de l’attention que vous portez à cet exercice

Je vous propose d’explorer ensemble un exercice d’abord de respiration puis d’imaginer une personne idéale de compassion

Pour commencer vous pouvez prendre une posture confortable

Assis ou allongé

Avec le dos plutôt droit et les épaules légèrement en arrière

Prenez quelques instants pour laisser votre corps et votre esprit ralentir

se poser

Nous allons pouvoir commencer l’exercice de respiration ventrale

Vous pouvez mettre les mains sur votre ventre

Et nous allons gonfler le ventre sur l’inspiration

Vous pouvez sentir que votre ventre soulève vos mains pendant l’inspiration

Expirez doucement et profondément

Prenez le temps de laisser votre respiration devenir régulières

Sans forcer l’inspiration

Vous pouvez ressentir votre respiration comme une vague qui se gonflent doucement et s’étire sur le sable

Je vous laisse quelques instants faire cette respiration

Gardez bien votre attention au niveau du ventre

Vous pouvez maintenant fermer les yeux où fixer un point devant vous

Vous pouvez laisser venir à votre esprit l'image d'une personne bienveillante emplie de compassion

Une personne est sensible aux souffrances

Elle a une intention bienveillante de libérer les souffrances

Quelqu'un qui à votre bien-être à cœur

Observer si cette personne est humaine

si c'est un homme une femme

Une personne âgée ou plutôt quelqu'un de jeune

Peut-être un moine

Une figure maternelle

Un animal

Un symbole

La mer

Un arbre

Un élément de la nature comme une montagne ou le soleil

Le membre d'un groupe d'amis

Ou même simplement une présence, une impression

Prenez maintenant quelques instants pour ressentir les qualités les plus bénéfique pour vous chez cette personne

Est-ce que vous ressentez de la force?

Du courage ?

De la bienveillance ?

De la sagesse ?

De la chaleur de la gentillesse ?

Remarquez comment ces qualités se manifestent chez cette personne de compassion

Quelle est son ton de voix

Comment sont ces gestes

Est-ce que vous vous sentez accueillis accepté tel que vous êtes sans jugement

Est-ce une attitude d'écoute ?

Ou une présence intense ?

Vous allez pouvoir maintenant prendre quelques instants pour interagir avec cette personne

Peut-être avez-vous envie de lui poser une question ?

Peut-être ressentez-vous le besoin qu'elle vous prenne dans ses bras ? Ou pas ?

Ça n'a pas d'importance

Ou simplement rester à ses côtés et ressentir sa présence

Prenez quelques instants pour entrer en relation avec cette être de compassion

Pour vous connecter

Je vous laisse quelques instants

Observez maintenant comment vous vous sentez

Vous savez que cet être idéal de compassion est en vous et que vous pouvez le retrouver chaque fois que ça vous est bénéfique

Dans les jours qui arrivent ou les semaines

Avant de terminer reconnectez-vous à votre respiration quelques instants

Vous pouvez-vous étirer et reprendre le cours de votre journée

En gardant l'énergie de cet exercice avec vous

Guidance: L’auto-compassion

Bonjour

Je vous remercie de l’attention que vous portez à cet exercice qui va durer quelques minutes

Avant de commencer vérifiez que vous êtes dans une position confortable

Le dos plutôt droit et les épaules légèrement en arrière

Dans cet exercice nous allons activer notre motivation à la compassion

Nous avons tous en nous une sensibilité a la souffrance et un souhait de liberer la souffrance des autres et de nous-mêmes

L’auto-compassion c’est ta dire la compassion que nous avons pour nous-mêmes

Nous permet de libérer notre souffrance et d’améliorer notre bien-être

Tous les êtres humains ont en commun le souhaite être heureux.

Même si nous n’avons pas tous la même définition du bonheur

La compassion est associée a des qualités importantes de courage, de sagesses et d’engagement

Ensemble nous allons commencer par un exercice de respiration ventrale

Puis je vais vous proposer de vous reconnecter à un moment ou vous avez ressenti de la compassion

Et observer comment cette partie de vous s’est exprimée

Puis je vous proposerai d’explorer

D’orienter cette motivation vers vous-même

Afin de libérer vos souffrances ou vous permettre de vous épanouir

Commençons par la respiration

Nous allons descendre notre attention au niveau du ventre

Et gonfler le ventre sur l'inspiration

Vous pouvez mettre vos mains sur votre ventre

Pour bien sentir votre ventre se gonfler

Comme un ballon

Ou comme une vague

Qui se gonfle sur l'inspiration

Et se tire doucement sur le sable pendant l'expiration

Vous pouvez laisser respiration se faire naturellement

En l'accompagnant avec le ventre

Puis expirez doucement et profondément

Vous pouvez refaire cette respiration plusieurs fois

Gardez bien votre attention au niveau du ventre

Le rythme est régulier

Vous pouvez maintenant laisser venir à votre esprit le souvenir d'un moment où vous vous vous êtes engagé pour soulager une souffrance

Peut-être un enfant que vous avez aidé à se relever

Un groupe d'enfants que vous avez guidé, rassuré

Peut-être un ami que vous avez écouté ou aidé face à un problème mécanique ou technique

Où quelqu'un a qui vous avez pu donner un conseil qui lui a permis de réussir quelque chose

Cela peut être un souvenir réel ou une situation que vous imaginez

Prenez le temps d'imaginer ce que vous sentez pendant que cette action

Observez l'endroit où vous êtes

Comment est la personne que vous aidez ?

Y a t-il du bruit ? Une odeur ?

Comment s'exprime en vous le sentiment d'engagements

Est-ce qu'il est facile d'aller vers cette personne ?

Remarquez votre posture

Est-ce que vous ressentez un sentiment de courage ?

Une capacité à dépasser des sensations inconfortables

Une sensation de force ?

Vers quoi se porte votre attention ?

Est-elle tournée vers votre émotion ou vers la situation ?

Est-ce que votre esprit et particulièrement clair et efficace ?

Est-ce que vous expérimentez une forme de lucidité, de sagesse dans cette situation ?

Prenez quelques instants pour observer cette partie de vous

Comme s'exprime en vous c'est partie de compassion ?

Comment vous sentez lorsque vous avez réussi votre action de compassion ?

Imaginez maintenant que cette partie de vous est en face de vous comme dans un miroir

Observez votre visage

Comment êtes-vous habillé ?

Quelle est votre posture?

Ressentez cette présence de compassion

Imaginez maintenant que cette partie de vous exprime le souhait de libérer vos souffrances

Et de vous voir vous épanouir

Prenez quelques instants pour ressentir comment cette partie de vous

Peut comprendre vos émotions

Comprendre que vous faites de votre mieux chaque jour

Et la souffrance d'être face aux difficultés inhérentes à la vie

Cette partie de vous respecte et entend

Vos émotions

Vos angoisses

Vos colères

Vos doutes ou vos déceptions

Elle a le courage d'être présente à ces émotions sans les juger

Pour que vous puissiez en être libéré

Cette partie de vous souhaite également que vous puissiez vous accomplir dans vos désirs et vos projets

Et que vous puissiez vous sentir connecté aux êtres vivants qui vous entourent

Sentir que vous avez votre place

Je vous laisse quelques instants ressentir sa présence et entendre cette partie de vous si vous le souhaitez

Observez comment vous vous sentez

Très bien

Vous pourrez refaire cet exercice dans les jours ou les semaines qui arrivent

Avant de terminer prenez le temps de vous reconnecter à votre respiration

Vous pouvez vous étirer

Prendre une grande inspiration

Avant de reprendre le cours de cette journée

3. Programme d’activation de la compassion tel que présenté aux participants

Site web associé : https://projetcompassion.univ-lille.fr

Mot de passe : Compassion

Programme de développement personnel

La compassion ?

C'est être ouvert à la souffrance autour ou à l'intérieur de soi

L'émergence d'une réponse sage

Le courage de rester présent

Ou d'aller vers

Et la motivation de persévérer

Découvrir les bienfaits de la compassion

Discovering the healing effects of compassion

SCALab, Université de Lille

Isabelle Leboeuf, Eva Andreotti, Pascal Antoine

Bonjour et bienvenue !

Vous allez démarrer un cycle de 4 semaines au cours desquelles vous pourrez découvrir certaines informations sur votre fonctionnement psychologique et les capacités qui y sont associées. Vous allez être invité à observer et expérimenter, à travers les exercices proposés, votre propre fonctionnement afin de mieux vous connaitre. Les exercices proposés devraient vous demander entre 10 et 15 minutes en moyenne par jour.

Nous vous demandons, à chaque étape des exercices proposés de vous respecter et de juger avec sagesse si l'exercice est adapté pour vous. S'il vous semble bénéfique et facile ou un peu difficile, vous pouvez tester l'exercice dans un esprit de curiosité et de découverte. Par contre s'il vous semble trop difficile ou trop douloureux, quel qu'en soit la raison, vous pouvez le passer ou y revenir plus tard.

Nous n'avons pas tous appris à marcher au même rythme. Mais quel que soit les apprentissages que nous réalisons, il est important d'avancer à un rythme qui nous correspond. Il est parfois préférable d'aller doucement, pour construire une confiance plus solide.

Les exercices suivent une logique de progression, nous vous demandons donc de les faire dans l'ordre sans en sauter, autant que possible.

Si un impératif temporel vous empêche de réaliser un exercice, vous pouvez le rattraper le lendemain.

Nous allons, avant de démarrer, vous demander de bien remplir le formulaire de consentement pour que votre participation à l'étude puisse être validée.

Ensuite, vous pouvez remplir la première série de questionnaires. Ils correspondent à une mesure de base qui servira de comparaison dans l'étude de l'effet du programme. Si vous avez des questions ou un sentiment négatif en remplissant les questionnaires, merci de contacter l'étudiant qui vous a proposé l'étude ou les numéros indiqués dans le livret d'information associé au formulaire de consentement.

- Si vous êtes dans le groupe A, vous pouvez débuter immédiatement le programme, après la première série de questionnaires. A la fin des 4 semaines, remplissez la deuxième série de questionnaires. Après 4 semaines supplémentaires, soit 8 semaines après le début de l'expérience, merci de remplir la troisième série de questionnaires.
- Si vous êtes dans le groupe B, vous remplissez la première série de questionnaires, puis vous devez attendre 4 semaines avant de remplir la seconde partie des questionnaires. Puis à nouveau 4 semaines et remplir la troisième partie des questionnaires pour commencer le programme, soit 8 semaines après la première série de questionnaires. Vous pouvez alors commencer le programme.

  Nous vous remercions de votre compréhension et de votre patience. Le respect de cette consigne nous permettra d'avoir des résultats plus fiables d'un point de vue scientifique.

Ce cahier est pour vous, vous pouvez l'annoter, le conserver ou relire vos réponses. Il vous appartient d'en préserver la confidentialité.

L'ensemble des questionnaires que vous nous rendez seront quant à eux conservés de façon anonyme et confidentielle. Un code vous a été attribué. N'indiquez votre nom sur aucun des questionnaires. Vous pouvez vérifier que le code est le même sur l'ensemble des questionnaires.

Votre participation ne sera prise en compte dans les données de la recherche que si vous allez au bout du protocole. Toutefois, vous êtes libre de suspendre votre participation à tout moment.

La création du programme

Le guide pour s'aider soi-même de Chris Irons et d'Elaine Beaumont a inspiré la trame conceptuelle du programme que nous vous présentons. Le programme de « *Compassionate Mind Training* » a été testé et validé scientifiquement précédemment dans d'autres langues.

Ce programme a été écrit par Isabelle Leboeuf, Psychologue, Psychothérapeute.

Isabelle travaille en libéral et s'est formée à l'Université de Derby à la Thérapie Fondée sur la Compassion.

Le programme qui vous est présenté fait partie du travail de recherche de sa Thèse sur la compassion réalisée avec le

Pr. Pascal Antoine et Eva Andreotti, Chercheurs en psychologie pour le Laboratoire SCALab de l'Université de Lille.

Semaine 1 : Comprendre les émotions et la compassion

Objectifs :

- Comprendre la compassion d'un point de vue psychologique et scientifique
- Comprendre et reconnaitre nos différents systèmes émotionnels

Jour 1 : La compassion ?

Pour comprendre ce qu'un mot signifie, nous pouvons toujours ouvrir un dictionnaire. Malheureusement, chaque terme renvoie souvent à plusieurs définitions et il nous faut alors prendre en compte le contexte dans lequel le mot est utilisé pour saisir son sens.

De la même façon, le terme de compassion renvoie pour chacun d'entre nous à quelque chose de différent. Selon notre culture, notre histoire personnelle ou nos valeurs.

A quoi pensez-vous lorsque vous entendez ce terme ?

Lorsque ce terme est utilisé dans les articles scientifiques de psychologie ou de psychothérapie il signifie « une sensibilité à la souffrance et une motivation à soulager ou à prévenir cette souffrance ».

Autrement dit, dans ce contexte, la compassion est un comportement qui apparait lorsque l'on a perçu une souffrance. Une motivation se crée et notre esprit s'organise pour trouver la meilleure façon d'éviter cette souffrance. Le comportement qui va émerger pourra être visible ou invisible s'il s'agit d'une pensée ou d'un dialogue intérieur.

Si c'est notre propre souffrance que nous percevons, nous parlons alors d'auto-compassion.

Cela peut être une souffrance réelle, immédiate. Comme lorsqu'un homme monte plusieurs étages d'une façade pour secourir un enfant qui menace de tomber d'un balcon. Ou une souffrance que l'on imagine et que l'on essaye d'éviter par anticipation. Nous projetons souvent les souffrances que nous avons déjà rencontrées dans notre histoire. Comme par exemple lorsque nous avons eu un accident de voiture, nous allons probablement développer des stratégies pour éviter d'avoir à nouveau un accident. Ces stratégies si elles sont basées sur une compassion efficace nous permettront de nous sentir plus en sécurité ou plus serein.

Malheureusement, si c'est l'angoisse qui prend le dessus plutôt que la compassion nous risquons de vouloir éviter toute situation qui pourrait activer de la peur. Nous pourrions par exemple éviter de reprendre la voiture après un accident, pour ne plus ressentir la peur d'avoir un accident.

On peut constater ici que la compassion nous amène à aborder les situations difficiles avec sagesse et courage, même lorsque nous ressentons des émotions difficiles.

Mais si nous évitons nos émotions nous risquons de moins bien les réguler voire d'être submergé par nos émotions.

Nous pouvons associer le terme de compassion à celui de bienveillance.

Certaines personnes traduisent le terme compassion par « souffrir avec ». Il nous semble plus juste d'évoquer la notion d'être présent à la souffrance. En effet, de nombreuses recherches montrent que la présence d'une autre personne est en soit source d'apaisement. La compassion implique de

comprendre la souffrance et les besoins qui y sont associés afin de permettre à un nouvel équilibre de se créer. Mais il n'est pas nécessaire d'être dans la souffrance pour la libérer.

La compassion est d'ailleurs souvent associée à des émotions positives. Rendre le sourire à quelqu'un peut apporter un sentiment de joie intense, la joie de la compassion.

La compassion est également différente de la pitié au sens où elle s'inscrit dans une relation humaine, une relation égalitaire alors que la pitié est le plus souvent associée à une relation déséquilibrée où celui qui reçoit la pitié est en position basse vis à vis de celui qui l'exprime.

Nous allons donc cette semaine essayer de comprendre la compassion et ce qui lui est associé. Dans la seconde partie de la semaine, nous allons essayer de mieux comprendre nos émotions afin de les aborder avec sagesse et de les utiliser au mieux pour une bonne adaptation à notre environnement et notre histoire.

Nous essayerons enfin de créer des repères pour mettre en lien compassion et émotions.

<u>Exercice de synthèse :</u>

A quoi associez-vous la compassion dans le sens où nous l'avons définie ?

a. Soulager ou prévenir la souffrance

b. La pitié

c. La sensibilité à la souffrance

d. Une motivation

e. Une faiblesse

f. De la bienveillance

Réponse : a, c, d, f

Jour 2 : Observer la Compassion

Essayez de vous rappeler un souvenir dans lequel vous avez pu aider quelqu'un en souffrance, en choisissant plutôt une petite difficulté, comme un enfant qui est tombé ou un animal que vous avez secouru ou toute autre situation où vous avez perçu une souffrance et dans laquelle vous avez réussi à apporter un soulagement partiel ou complet. Si vous ne trouvez pas de souvenir réel, essayez d'imaginer une situation et ce que vous auriez pu ressentir.

Comment vous vous êtes senti(e) dans la situation (confiant, stressé, fort, affaibli…) ?

Comment était votre façon de penser (confuse, claire, rapide, critique…) ?

Comment étaient vos réactions (efficaces, maladroites…) ?

Les qualités souvent évoquées dans la compassion sont :

La sensibilité, la sympathie, la tolérance à la détresse, le non-jugement et la prise en compte du bien-être. On évoque aussi le courage, la force, la gentillesse, la sagesse et l'engagement à aider lorsque l'on parle de compassion.

Lesquelles étaient présentes pour vous, dans la situation évoquée ?

Exercice de synthèse :

Réfléchissez aux qualités associées à la compassion qui vous semblent les plus importantes ou les plus bénéfiques :

Jour 3 : Le flot de la compassion

Il y a trois formes de compassion.

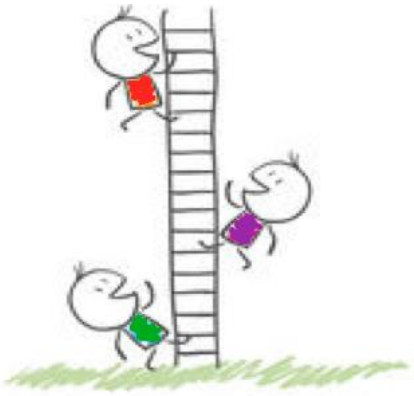
- Lorsqu'un sauveteur intervient dans une situation de crise, on parle de compassion pour les autres.
- Lorsqu'une personne qui souffre reçoit de l'aide on parle de compassion reçue.
- Lorsque l'on a de la compassion pour soi-même, on parle d'auto-compassion.

On dit que la compassion est un flot ou un courant, qui va de soi vers les autres, des autres vers soi et envers soi-même. Nous pouvons parfois avoir peur de la compassion. Pour différentes raisons liées à notre histoire ou nos représentations. Chaque courant de compassion est plus ou moins facile pour chaque personne.

Lequel vous semble le plus facile ?

Lequel vous semble le plus difficile ?

Figure 1 : L'échelle de la compassion : noter à coté de chaque personnage de l'échelle le niveau de difficulté correspondant au type de compassion avec un exemple de situation qui vous correspond.



Jour 4 : Les 3 systèmes émotionnels

« Notre cerveau est plus intelligent que nous ! »

Comment fait-on pour se faire si souvent des nœuds au cerveau ?

Voici la réponse. Notre cerveau est extrêmement bien programmé. Mais il est livré sans mode d'emploi…

Nous sommes souvent surpris par ce que nous percevons, par nos réactions émotionnelles ou nos comportements. Rassurez-vous, si c'est votre cas, vous n'êtes pas seul. Nous sommes tous confrontés à ce problème.

Notre conscience n'est en réalité qu'une toute petite partie de nos capacités intellectuelles. Un peu comme sur un smartphone ou un ordinateur. L'écran ne nous donne qu'une partie des informations réellement présentes dans le disque dur. A moins d'être informaticien, nous n'avons accès qu'à l'écran et aux applications. Notre conscience est limitée à ce qui apparait sur l'écran. C'est la même chose pour nos émotions.

Ce qu'il faut garder à l'esprit, c'est que chaque application ou logiciel a une fonction. Pour les émotions c'est pareil. Chaque émotion a une fonction et on peut les regrouper en 3 fonctions différentes selon un code simple de 3 couleurs (c.f. figure 2).

- Les « émotions rouges » servent à nous protéger. On y trouve par exemple la peur, l'anxiété, la colère, le dégout, la culpabilité ou la honte. Chacune de ces émotions sert à nous protéger de quelque chose de différent.
- Les « émotions bleues » poussent à accomplir quelque chose. C'est grâce à elles que nous sommes capables de développer de l'énergie pour poursuivre un but, qu'il soit concret ou imaginaire.
- Finalement, « les émotions vertes » servent à nous apaiser. Elles vont nous permettre de passer en « mode détente » pour digérer, nous reposer ou consolider nos liens sociaux au sens large.

Si nous ne comprenons pas « nos applis », nous risquons de mal les utiliser, vouloir les supprimer pour ne plus les voir.

Nous pouvons aussi être absorbés par certaines applis qui deviennent envahissantes ou les vivre comme des problèmes, des menaces.

Notre cerveau risque alors de tourner en boucle. Si l'activation des certaines émotions devient un danger, elles vont automatiquement déclencher une « appli » de protection et le système va avoir tendance à bugger. Nous risquons alors de commencer à ruminer ou d'avoir un sentiment d'impasse.

Il est donc important, pour pouvoir développer de la compassion envers nos émotions, de pouvoir bien les comprendre et de rester confiant envers nos capacités à réguler nos souffrances.

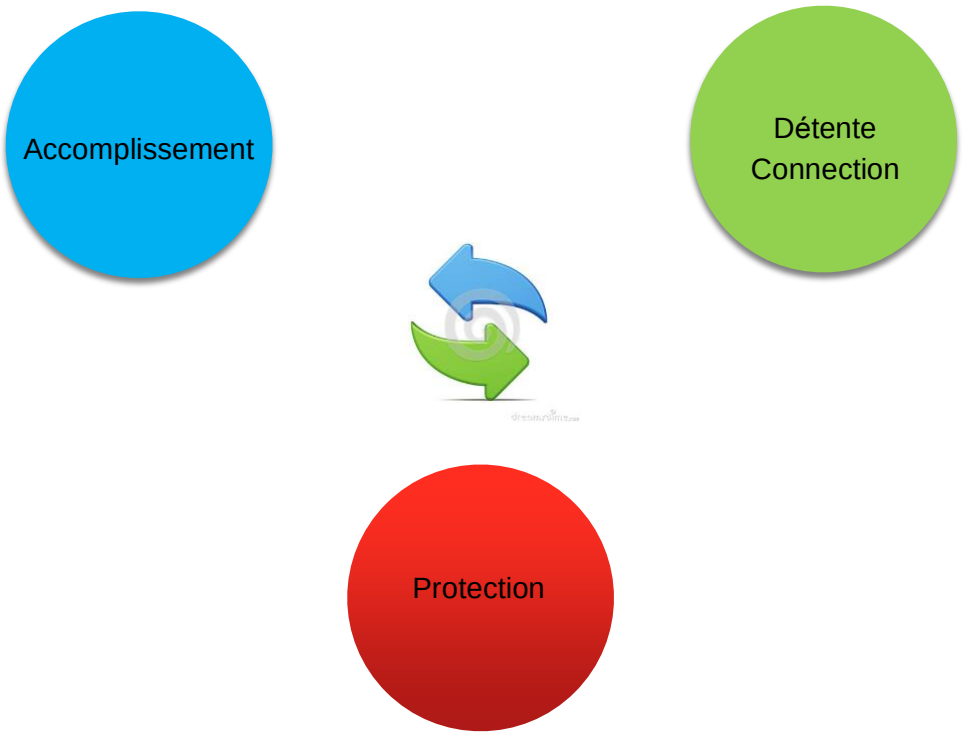


Figure 2 : Modèle des trois systèmes émotionnels, adapté de Gilbert, *The Compassionate Mind* (2009)

Exercice :

Pendant une journée, à la façon d'un scientifique, observez vos émotions.

4. Nommez chaque émotion qui apparait de façon simple : colère, peur, stress, angoisse, surprise, dégout, tristesse, ou joie.
5. Notez ce qui a déclenché l'émotion
6. Quelles pensées avez-vous observées sur le moment ?
7. Comment vous êtes-vous senti physiquement ?
8. A quel fonction (bleue, verte ou rouge) associez-vous cette émotion ?

Émotion	Situation	Pensée	Ressenti physique	Couleur/fonction

Jour 5 : Le système Rouge

Que remarquez-vous quand vous relisez vos observations d'hier ?

Y-a-t-il plus de vert, de bleu ou de rouge ?

Comment décririez-vous cette journée ? Joyeuse, stressante ?

Nous avons souvent tendance à considérer qu'une journée où il y a beaucoup de rouge est une journée difficile.

C'est parce que lorsque les émotions de protection s'activent, elles vont mobiliser beaucoup d'énergie physique afin de nous permettre de réagir au mieux, d'être le plus efficace possible.

Le cœur va s'accélérer, la respiration se faire plus courte afin qu'un maximum d'énergie parte dans les muscles.

Si nous restons statiques, sans mouvement, nous pouvons alors ressentir des tensions dans les muscles. La digestion s'arrête ou s'accélère (constipation ou diarrhée) et le système immunitaire se prépare à une éventuelle attaque.

Notre système biologique de protection fonctionne comme une alarme.

Il va être très sensible à certaines informations en particulier liées à des souvenirs douloureux. Notre attention va se focaliser sur l'objet de « la menace » et notre pensée va devenir très rapide et rigide. Nous perdons alors en flexibilité afin de recentrer notre énergie sur l'action à accomplir.

- La colère va nous indiquer ce qui nous entrave, ce que les autres nous empêchent de faire, les situations d'injustice. Elle nous pousse à agir de façon directe, voir agressive.
- La peur nous indique les dangers immédiats alors que l'angoisse nous indique les dangers futurs que nous projetons à partir de ce que nous avons perçu de la situation actuelle. Nous aurons tendance à éviter, ou à nous figer face aux situations qui activent de la peur ou de l'angoisse.
- Le dégout nous indique les nourritures avariées et nous pousse vivement à les éviter. Le dégout peut aussi nous signifier que quelque chose ou quelqu'un est malade. On peut le ressentir envers soi-même si on a l'impression d'avoir été contaminé ou souillé. Le dégout peut aussi être social et nous indiquer les personnes ou les valeurs morales à éviter.
- La honte nous indique les situations ou les comportements qui peuvent induire un rejet social. Elle nous pousse à cacher nos comportements qui pourrait être perçu comme « hors-norme » ou en dehors des règles sociales.
- La culpabilité nous indique nos comportements qui ont eu une incidence néfaste pour nous-même ou les autres et nous permet d'essayer de les réparer.

Chaque émotion va favoriser un type de réponse approprié et spécifique à la menace. Il y a des tendances générales de réaction mais chaque contexte ou situation peut amener une réaction différente.

Notre cerveau choisira toujours la meilleure réponse, pour nous, en prenant en compte le contexte et nos expériences, notre histoire.

Toutes ces émotions sont très difficiles à supporter et donc à écouter et à comprendre.

Quelles activités ou situations activent votre système rouge ?

Qu'est ce qui désactive votre système rouge ?

Pendant une journée observez la durée au bout de laquelle les émotions disparaissent spontanément si vous ne faites rien, si vous les laissez-passer simplement. Au bout de combien de minutes disparaissent-elles ? Par exemple si vous êtes stressé par un conducteur agressif sur la route et que vous ne faites rien à ce sujet, observez au bout de combien de temps votre agacement disparait.

Jour 6 : Le système Bleu

Le système bleu nous indique les buts à accomplir et nous donne de l'énergie pour réaliser les actions nécessaires. Nous pouvons inclure dans le bleu : la joie, le désir, l'excitation, la persévérance ou l'envie.

Nous pouvons ressentir ces émotions au moment où l'on atteint notre objectif mais le plus souvent nous les ressentons par anticipation.

Nous pouvons par exemple imaginer les plats du restaurant avant même de réserver.

Nous imaginons gagner une victoire ou perdre du poids avant l'entrainement.

Nous pensons souvent que ce système est positif. Et il l'est puisqu'il nous pousse à croitre, à nous nourrir et à anticiper les récoltes.

Mais plus nous anticipons et plus nous risquons d'être frustrés de pas obtenir ce qui nous avions prévu et de perdre notre énergie avant même d'avoir commencé.

Ne vous est-il pas arrivé de faire la liste de toutes les activités que vous vouliez faire dans la journée et une fois la liste terminée allumer la télévision et y rester ?

Nous pouvons vite être accablé si nous anticipons trop. Nous aimons anticiper car le bleu s'active au moment où nous visualisons l'accomplissement et pas au moment où on l'expérimente.

Tout est une question d'équilibre !

Une stratégie pour trouver cet équilibre est de se donner de petits objectifs et de prendre les choses une à la fois.

Quelles activités ou situations activent votre système bleu ?

Parfois, nous utilisons le système bleu pour éviter d'être stressé (diminuer le système rouge). Par exemple, nous pouvons accomplir des tâches pour éviter d'être critiqué et non parce que nous projetons une joie. Dans ce cas-là nos accomplissements sont plus associés à un soulagement qu'à une émotion positive. Il est donc important de différencier les émotions bleues simples des émotions bleues basées sur du rouge. En d'autres termes on peut différencier nos actions visant à un besoin d'accomplissement de celles basées sur un besoin de réassurance.

C'est sur ce dernier mode émotionnel que se base certaines addictions. Nous pouvons par exemple travailler dur pour se rassurer, faire la fête pour oublier le stress du travail, prendre un(e) amant(e) pour se rassurer d'être toujours aussi désirable ou espérer gagner au loto pour oublier quelques instants le stress des factures…

Quelles activités « bleues » accomplissez-vous pour vous rassurer ?

En résumé il est important d'accomplir des choses mais il est aussi important d'être conscient de nos motivations et de prendre le temps de profiter de nos accomplissements.

Pour la journée de demain, essayez de prendre les activités de la journée, une à la fois, un petit pas après l'autre en focalisant votre attention sur ce que vous avez accompli au fur et à mesure.

A la fin de la journée notez ce que vous avez accompli :

Jour 7 : Le système vert

Le système vert nous permet de nous détendre.

C'est celui qu'on active quand on fait de la relaxation, lorsqu'on se repose après un bon repas ou lorsque l'on passe un moment au coin du feu ou auprès d'un animal de compagnie.

Le système vert est souvent associé à de la flexibilité mentale. Notre esprit est plus ouvert. Nous pouvons ressentir une joie calme, une forme de sérénité dans laquelle nous sommes plus ouverts aux nouvelles expériences et aux rencontres.

Notre organisme a un besoin vital de connexions et ce pour différentes raisons. Tout d'abord nous sommes des mammifères et notre maturité est tardive. Nous dépendons de notre famille plusieurs années après notre naissance voire plusieurs dizaines d'années, et même parfois toute notre vie. Le lien social peut être un puissant signal d'apaisement.

Quelles activités ou situations activent votre système vert ?

Le système vert, nous permet également de réduire le système rouge de façon plus ou moins adaptée. Dans la nature, les animaux se regroupent pour se sentir plus en sécurité.

Les enfants se tournent vers leurs parents pour faire face à une situation difficile.

Adultes, nous continuons d'utiliser ce système d'apaisement pour réguler nos « émotions rouges ».

Par exemple nous mangeons quand nous sommes stressés, les aliments gras et sucrés ainsi que la digestion vont avoir un effet d'apaisement. Nous pouvons aussi nous rassurer en restant proche des autres ou en cherchant leur approbation.

Certaines recherches montrent par exemple que le toucher régule la douleur. Le simple fait de serrer la main de quelqu'un va aider notre cerveau à diminuer l'information douleur. A l'inverse, le stress social, le fait de se sentir isolé peut en quelques minutes induire des douleurs physiques même en l'absence de blessure.

Il peut également être difficile de s'arrêter pour se détendre. En effet, il peut également être difficile de « lâcher prise » pour différentes raisons.

Le système vert peut être lié à de la tristesse qui est une émotion parfois difficile à supporter même si elle est également importante.

Notre histoire peut expliquer qu'il soit parfois difficile de se poser ou de se détendre.

En prendre simplement conscience sans jugement nous permet de mieux accueillir ces émotions.

Comme les « émotions rouges » les émotions liées au système vert qui sont moins faciles ne sont que transitoires. Elles partent au bout de quelques minutes si on les comprend et si on les laisse passer.

Exercice audio : L'exercice du sourire

Nous allons vous proposer un exercice à écouter chaque semaine.

Connectez-vous au site internet et écoutez la **bande numéro 1 : « l'exercice du sourire. »**

Quand vous avez fini, notez ce que vous avez observé :

Semaine 2 : Explorer la compassion

Objectif :

- Intégrer les émotions par la compassion
- Utiliser la respiration pour créer une balance émotionnelle
- Développer une base de sérénité
- Explorer les émotions associées à la compassion

Jour 1 : la respiration

Peut-être que vous êtes actuellement détendu(e) ou stressé(e).

Notre niveau de tension physiologique varie d'un moment à l'autre, souvent sans que nous en ayons conscience. Dans tous les cas, aider le corps à se relâcher va nous permettre d'être moins stressé(e). A terme prendre l'habitude de se relaxer est bénéfique pour l'organisme à différents niveaux. Réduire notre stress a un effet de protection global. Notre organisme fonctionne mieux un peu comme lorsque l'on fait du sport ou que l'on mange de façon équilibrée.

C'est pourquoi, même si vous ne vous sentez pas particulièrement stressé(e), vous pouvez essayer de prendre l'habitude de respirer profondément. Notre façon de respirer est directement liée au stress. Le stress est basé sur une réaction de combustion énergétique et l'air en est le carburant. Réguler notre respiration, c'est aider le corps à ralentir. Un peu comme si on diminuait l'arrivée d'air dans le barbecue pour ralentir la cuisson…

Exercice audio : respiration ventrale

Refaites la première partie de l'exercice du sourire. Soit avec la bande audio 1, soit de mémoire.

Durant l'exercice observez vos ressentis corporels

Quand vous avez fini, notez ce que vous avez ressenti :

Jour 2 : Créer une routine

Refaites l'exercice de respiration plusieurs fois dans la journée. On peut choisir une routine à laquelle on associe la respiration comme le moment ou l'on monte en voiture si on la prend plusieurs fois par jour, ou bien quand on se lave les mains.
Une autre façon de faire est de s'arrêter quand on sent notre niveau de stress monter. Pour cette stratégie il va falloir écouter nos émotions au cours de la journée.

Laquelle vous semble plus facile ou plus bénéfique ?

Jour 3 : Accompagner la respiration

On peut parfois faire la respiration en étant un peu critique avec nous-même.

Ce que nous pensons intérieurement active nos émotions de la même façon que ce qui nous entoure. Si vous avez peur des chiens, vous savez que penser à un chien peut créer une réaction émotionnelle. Ou si vous êtes gourmand, le simple fait de visualiser votre dessert préféré peut vous faire saliver.

De la même manière, penser à quelque chose d'apaisant va aider notre cerveau à activer le système émotionnel vert, le système de l'apaisement.

Nous allons réfléchir ensemble, si vous le voulez bien à une parole, une image, un son ou un parfum qui pourrait accompagner le travail de la respiration. Par exemple, on peut trouver une parole bienveillante comme « ça va, tout va bien » ou « courage, ça va bientôt passer » ou encore entendre la voix douce, familière ou rassurante d'une personne qui nous a parfois soutenu. Si vous ne trouvez pas, vous pouvez également penser à une image, un paysage, un animal que vous trouvez apaisant, ou simplement une couleur qui vous évoque le calme, la sérénité. D'autres personnes sont plus sensibles aux sons ou aux odeurs. Laissez venir une sensation qui crée chez vous un sentiment de relâchement.

Vous pouvez noter ce que vous avez trouvé :

Exercice :

Vous pouvez maintenant refaire l'exercice de respiration en associant les mots ou sensations que vous avez trouvés.

Qu'avez-vous ressenti ?

Jour 4 : Une image mentale de sérénité

Nous allons maintenant approfondir l'image ou les sensations de sérénité afin de faciliter leur activation lorsque cela vous semblera utile ou agréable.

Exercice audio : l'image de sérénité

Connectez-vous au site internet et écoutez la **bande numéro 2 : « L'image de sérénité. »**

Quand vous avez fini, notez ce que vous avez observé :

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

Jour 5 : La joie sociale

Aujourd'hui, nous vous proposons d'explorer la joie sociale associée à la compassion en allant vers les autres. Nous vous proposons d'essayer, dans la mesure de ce qui est possible pour vous, de regarder les gens que vous allez croiser dans les yeux.

Dans un deuxième temps, si les gens vous regardent également, essayez de leur sourire. Lorsque quelqu'un nous sourit, que nous ayons le temps de répondre ou non, nos muscles zygomatiques (les muscles du sourire) vont avoir tendance à se contracter et une émotion positive va s'activer. Un simple sourire va créer pour la personne que vous allez croiser une empreinte émotionnelle positive.

Tous ne pourront pas vous sourire en retour, parce qu'ils seront surpris par exemple. Essayez de ne pas interpréter les « non-sourires » et notez si quelqu'un vous sourit en retour.
Notez à la fin de la journée comment vous avez vécu cet exercice.

Jour 6 : Actions de compassion

Nous avons évoqué la semaine dernière le « système émotionnel bleu ». Ce système nous indique nos objectifs et nous permet de nous réjouir de nos accomplissements.
Aujourd'hui nous vous proposons de repérer et d'activer votre « joie bleue » associée à une motivation de compassion. En effet, nous associons souvent l'accomplissement à une forme de productivité ou de compétitivité. Mais nous pouvons également accomplir des actions visant à soulager ou prévenir notre souffrance ou celle des autres ou visant au bien-être.

Avoir de la compassion pour les autres est une source de bien-être et de joie de par l'action elle-même mais également parce qu'être entouré de gens plus heureux est en retour une source de

mieux être. Les recherches montrent qu'aider les autres améliore l'humeur, régule le stress et donne un sens à la vie.

Nous vous proposons de choisir pour les jours 6 et 7 un ou plusieurs actes de compassion qui vous semble(nt) réalisable(s).

Voici une liste incomplète pour vous donner des idées :

- Dire bonjour et/ou sourire à quelqu'un
- Donner de l'attention à un être humain, un animal ou une plante
- Demander des nouvelles à quelqu'un et écouter la réponse
- Demander à quelqu'un comment s'est passé sa journée
- Partager ou offrir un café ou un verre à quelqu'un
- Rendre visite à quelqu'un
- Écrire un message à quelqu'un qui vit un moment difficile
- Envoyer un message à quelqu'un que vous n'avez pas vu récemment
- Complimenter sincèrement quelqu'un
- Apporter votre soutien par une petite action à un groupe de personnes qui partage vos valeurs ou vos projets
- Aider matériellement quelqu'un ou aider quelqu'un à accomplir quelque chose
- Partager de la joie avec d'autres personnes, partager un moment, un plaisir, une activité ou des émotions (leurs difficultés ou leurs joies)
- Répondre aux besoins d'un être humain, d'un animal ou d'une plante
- …….
- …….

Quel objectif réalisable avez-vous choisi pour aujourd'hui ?

Comment pensez-vous vous sentir avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

Quel objectif réalisable avez-vous choisi pour demain ?

Comment pensez-vous vous sentir avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

Jour 7 : La joie de la compassion

Concernant votre objectif de compassion d'hier :

Comment vous êtes-vous senti avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

Au cours de la journée d'hier avez-vous ressenti un moment de joie associée à de la compassion (la joie de la compassion) ?

Quel objectif réalisable avez-vous choisi pour aujourd'hui ?

Comment pensez-vous vous sentir avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

Vous pouvez refaire l'exercice audio proposé en jour 4, soit en reprenant la bande audio ou en refaisant l'exercice de mémoire. Si vous avez, au cours du premier exercice, visualisé plusieurs images, vous pouvez laisser passer les images. Souvent elles se stabilisent toutes seules. Parfois on peut être plus à l'aise avec d'autres sensations, auditives, kinesthésiques, olfactives… L'important est de créer une impression, plus qu'une image.

Si les systèmes émotionnels bleu ou rouge s'activent, essayez de les nommer intérieurement, ne les repoussez pas. Essayez simplement de les écouter quelques instants avant de vous recentrer sur votre image de sérénité. Les systèmes bleu et vert s'associent souvent. Par exemple dans le jeu, dans un échange entre ami, lorsque l'on écoute de la musique…et c'est très bien ainsi !

Quand vous avez fini, notez ce que vous avez ressenti :

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

Semaine 3 : Construire la compassion

Objectifs :

- Comprendre et reconnaitre les qualités de la compassion
- Construire votre image de la compassion
- Utiliser la compassion pour intégrer nos émotions

Vous l'avez maintenant compris, la compassion est une motivation qui peut être associée aux 3 systèmes émotionnels, bleu, vert et rouge.

Les émotions du « système rouge » nous protègent des menaces et sont donc un pilier de la compassion. Elles permettent de prévenir les souffrances.

Les émotions du « système vert » nous permettent de nous détendre, de nous apaiser. Elles sont essentielles pour pouvoir récupérer des phases actives.

Les émotions du « système bleu » quant à elles nous permettent de nous nourrir, et de répondre à nos besoins qui sont nombreux en persévérant devant les difficultés.

La santé émotionnelle est une question d'équilibre. Chaque émotion a un rôle à jouer pour trouver cet équilibre. La compassion nous permet de développer les qualités nécessaires pour comprendre et intégrer nos émotions.

Nous allons revenir cette semaine sur ces qualités et essayer de comprendre ce qui peut bloquer la compassion et diminuer la régulation émotionnelle.

Au deuxième jour de la première semaine vous aviez évoqué les qualités qui vous semblaient importantes dans la compassion. Nous allons revenir sur 3 d'entre elles afin de mieux définir ce que serait pour vous les qualités nécessaires de compassion pour mieux intégrer vos émotions.

Nous allons, à travers ces qualités, tenter de construire une image idéalisée de compassion qui pourra nous permettre, comme nous l'avons fait avec l'image de sérénité, d'activer quand nous en avons besoin ou quand cela nous est bénéfique une motivation de compassion.
Nous allons commencer par la sagesse.

Jour1 : Les qualités de la Compassion, la Sagesse

Une image souvent évoquée pour souligner l'importance du rôle de la sagesse dans la compassion est celle d'un sauvetage en mer. Il ne suffira pas de se jeter à l'eau sans savoir nager pour sauver quelqu'un. Et même un bon nageur devra considérer les courants marins, et les différentes possibilités de retour au bord.
La sagesse, nous permettra principalement de différencier les situations qui nécessitent d'écouter nos émotions de celles qui nécessitent de les soulager.
Par exemple, lorsque nous ressentons une douleur, il est important de discerner si elle nécessite d'aller aux urgences, de consulter un médecin rapidement, ou simplement de faire quelque chose pour soulager la douleur et d'observer si elle disparait ou non dans les 48h.

La sagesse signifie à la fois une lecture juste de la situation et une mise en perspective des ressources pour faire face.

Exercice :
Pensez à une personne ou un symbole de sagesse. Prenez quelques instants pour visualiser. Comment cette sagesse s'exprime-t-elle envers vous ?

Lorsque vous pensez à vos émotions, comment cette sagesse peut-elle être bénéfique à vos émotions ?

Jour 2 : Les qualités de la Compassion, la Gentillesse

Maintenant explorons la gentillesse, l'aide et le soutien qui s'associent à la compassion. La compassion d'un sauveteur peut être brutale lorsque cela est nécessaire. Mais bien souvent, lorsque l'on souhaite aider un être en souffrance apparait une forme de douceur, de chaleur. On peut alors parler de gentillesse.

Souvent loin d'être flatteuse, la gentillesse liée à la compassion implique de regarder en face des situations peu avantageuses. Prendre soin d'un enfant, c'est rire avec lui et éveiller son attention. Mais c'est aussi de longues nuits sans sommeils et des couches pas toujours agréables à changer.

Exercice :

Pensez à une personne ou un symbole de soutien ou d'aide. Prenez quelques instants pour visualiser. Comment cette aide s'exprime-t-elle envers vous ?

Lorsque vous pensez à vos émotions, comment cette gentillesse peut-elle être bénéfique à vos émotions ?

Jour 3 : Les qualités de la Compassion, le courage

Maintenant nous allons mettre en lumière la force et le courage associés à la compassion. Peut-être avez-vous des peurs, petites ou grandes. Lorsque nous avons peur, nous avons envie de fuir, d'éviter la situation. Lorsque quelqu'un qui nous est proche fait face à un danger, même si la situation nous effraye, nous allons souvent pouvoir dépasser nos peurs pour lui venir en aide. Le courage est la capacité à affronter nos peurs. On voit dans cet exemple que la compassion augmente le courage. Nos peurs deviennent plus faciles à dépasser et une grande force apparait. Certaines personnes décrivent un sentiment de confiance, de solidité. Elles se sentent comme enracinées face à l'épreuve qu'elles traversent.

Un autre exemple est la prise de parole en public. La plupart d'entre nous avons peur de parler devant un groupe de personnes que l'on estime. Mais bien souvent, cette peur va devenir plus surmontable, voire complètement disparaître s'il s'agit d'aider un collègue ou ami en difficulté.

Exercice :

Pensez à une personne ou un symbole de force et de courage. Prenez quelques instants pour visualiser. Comment ce courage s'exprime-t-il envers vous ?

Lorsque vous pensez à vos émotions, comment cette force et ce courage peuvent-ils être bénéfiques à vos émotions ?

Jour 4 : Recevoir de la compassion

Recevoir de la compassion est souvent très difficile. Nous pouvons ressentir un sentiment de vulnérabilité ou une peur d'être jugé ou rejeté lorsque nous demandons de l'aide.

Mais c'est aussi ce qui nous permet de nous sentir compris, soutenu ou encore porté par un groupe social. Nous savons aujourd'hui que le sentiment d'isolement à un impact très néfaste sur la santé. A l'inverse pouvoir parler de soi, de notre vie, de nos impressions ou ressentis permet de se sentir soutenu ou compris. Ça nous permet de faire face aux souffrances normales de la vie avec plus de force.

Nous ne sommes pas à l'aise de la même façon dans chacun de nos groupes sociaux. Certaines personnes se sentent à l'aise dans leur famille mais pas avec des amis. Parfois c'est l'inverse. Certaines personnes trouvent dans le travail le soutien qu'ils ne trouvent pas ailleurs ou encore auprès d'un animal.

De nombreuses personnes ont le sentiment de n'avoir personne vers qui se tourner pour être soutenu. Ce n'est pas de notre faute. Différents facteurs liés à notre style de vie sont à l'origine de cette difficulté. Mais nous pouvons inverser ce processus en allant plus vers les autres.

Nous vous proposons de choisir pour les jours 4 à 6 une ou plusieurs actions qui pourraient vous permettre de recevoir de la compassion. Choisissez quelque chose qui vous semble réalisable. Choisissez progressivement du plus facile au moins facile ou en commençant par le moins stressant.

Voici une liste incomplète pour vous donner des idées :

- Dire bonjour et/ou sourire à quelqu'un jusqu'à recevoir un sourire en retour
- Demander ou recevoir de l'attention de la part d'un être humain ou d'un animal
- Donner de mes nouvelles à quelqu'un
- Expliquer à quelqu'un comment s'est passé ma journée
- Accepter une invitation pour un café ou un verre
- Accueillir la visite de quelqu'un
- Écrire un message à quelqu'un en parlant d'un moment difficile
- Demander un retour à quelqu'un sur un « look », un objet ou un travail : « Qu'est-ce que tu penses de… »
- Demander le soutien ou accepter l'invitation d'un groupe de personnes qui partage mes valeurs ou mes projets
- Demander l'aide matérielle de quelqu'un
- Accueillir la joie d'autres personnes, proposer de partager un moment ou une activité agréable pour soi
- Demander à quelqu'un de répondre à mes besoins (nutritifs, soin, émotionnels). Cela peut inclure une aide professionnelle : médecin, soins paramédicaux, d'esthétique, coach sportif…
- …….
- …….

Quel <u>objectif</u> réalisable avez-vous choisi pour aujourd'hui ?

Comment pensez-vous vous sentir avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

Jour 5 : Définir les qualités importantes

Concernant votre objectif de compassion d'hier :

Comment vous êtes-vous senti avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

Quel objectif réalisable aviez-vous choisi pour aujourd'hui ?

Comment pensez-vous vous sentir avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

Nous allons maintenant revenir sur l'ensemble des qualités associées à la compassion pour faire émerger une image idéale de compassion, qui vous serait personnellement bénéfique. Cette image vous permettra de trouver plus facilement, lorsque vous en avez besoin, les ressources nécessaires pour bien gérer les difficultés.

Exercice :

En reprenant l'ensemble des exercices de ces quatre derniers jours et en repensant aux qualités de sensibilité, de sympathie, de tolérance à la détresse, de non-jugement et de prise en compte du bien-être ; pensez à une personne ou à un symbole qui représente pour vous la compassion.
Prenez quelques instants pour visualiser. Décrivez le plus précisément possible cette personne dans son apparence, ses traits, son ton de voix ou même son odeur…

Jour 6 : Ressentir la compassion

Concernant votre objectif de compassion d'hier :

Comment vous êtes-vous senti avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

Quel objectif réalisable aviez-vous choisi pour aujourd'hui ?

Comment pensez-vous vous sentir avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

Exercice : ressentir la compassion

Nous allons aujourd'hui reprendre les exercices précédents sous la forme d'un exercice audio guidé au cours duquel nous allons vous proposer de visualiser votre image de compassion.
Connectez-vous au site internet et écoutez la **bande numéro 3 ; « Ressentir la compassion. »**

Comment vous sentez-vous après cet exercice ?

Jour 7 : Regarder nos émotions avec compassion

Concernant votre objectif de compassion d'hier :

Comment vous êtes-vous senti avant, pendant et après l'avoir réalisé ?

En revenant sur l'exercice de recevoir de la compassion, prenez un temps pour noter ce que cet exercice vous a appris.

Quel regard les gens autour de vous ont sur vos émotions ? Sont-ils capables de sagesse ? Peuvent-ils comprendre vos émotions ? Sont-ils capables de les comprendre sans les juger ? De les accueillir avec gentillesse force et courage ?

Si oui, comment avez-vous vécu vos émotions après avoir expérimenté de recevoir de la compassion ?

Certaines personnes ne sont pas capables de donner de l'attention ou la compassion. Est-ce que certaines personnes ont pu vous étonner par leurs réactions ? Comment l'avez-vous vécu ?

Notez vos observations :

Semaine 4 : L'auto-compassion

Objectifs :

- Reconnecter la compassion et les émotions difficiles
- Développer un dialogue intérieur de compassion

Lorsque l'on se parle à soi-même avec compassion, les qualités de gentillesse, de lucidité et de courage apparaissent. Certaines personnes sont étonnées que l'on puisse se parler avec gentillesse. Mais c'est un droit. On a le droit d'être gentil avec soi-même.

Enfant nous avons souvent appris que la punition était une source d'apprentissage et nous avons progressivement anticipé les brimades en les intériorisant.
Lorsque notre « smartphone » ou notre « smart-cerveau » s'allument non pas pour nous indiquer que nous avons reçu un message mais pour nous dire que nous sommes émus, nous passons vite notre réaction émotionnelle au crible de l'auto-jugement. Est-ce bien de réagir ainsi ?
Est-ce normal ? Les autres ressentent-ils la même chose ?
Nous nous agaçons de stresser et pouvons même parfois nous insulter nous même pour essayer d'arrêter un débordement émotionnel. Notre colère ne fait malheureusement qu'activer davantage le « système d'émotions rouges » et nous nous sentons de plus en plus mal.

L'auto-compassion nous permets de regarder nos trois systèmes d'émotions, rouge, bleu et vert avec du recul, comme s'il s'agissait de celui d'un ami. Nous allons pouvoir plus facilement trouver les mots pour y répondre et les comportements adaptés pour faire face à la situation.
Lorsqu'un ami est ému, nous savons que sa réaction est humaine. Qu'elle est en réaction à la situation mais aussi parfois à son histoire. Ce n'est pas toujours facile de l'écouter, mais le plus

souvent nous avons l'intention de le faire. Parfois même nous allons jusqu'à valider notre ami et lui dire que c'est ok de traverser des moments difficiles. Nous essayons aussi de comprendre ses réactions positives et de nous réjouir de ses réussites. On appelle cette réaction la joie empathique.

Et si nous arrivions à faire la même chose avec nous même ?

Jour 1 : Construire des phrases de compassion

La semaine dernière nous avons construit des phrase accompagnant l'image de sérénité. Aujourd'hui, nous allons faire la même chose mais pour l'auto-compassion.

Prenez une émotion qui vous a un peu dérangée ces derniers jours. Imaginez ce que vous auriez dit s'il s'agissait de l'émotion d'un ami. Trouvez 3 phrases de compassions pour y répondre. Pour vous aider vous pouvez suivre 3 types de phrases de compassion et vous les réapproprier en tenant compte du contexte :
La première phrase va permettre de valider l'émotion avec sagesse. De comprendre quel système (bleu, vert, rouge) s'est activé et pourquoi.
La deuxième phrase permet de ramener une présence humaine sans jugement ni mépris pour l'émotion.
La dernière phrase permet de trouver le courage d'affronter la situation ou simplement le courage de laisser passer la souffrance, car quel que soit l'intensité d'une souffrance, elle est toujours transitoire. Elle finit toujours par passer.

« C'est normal de ressentir _____ dans ce contexte et avec mon histoire. »

« Ça arrive à tout le monde de ressentir _____, nous sommes des humains, nous souffrons parfois. »

« Courage, ce sentiment de _____ va bientôt passer. »

Vous pouvez les réécrire à votre façon :

_____

_____

_____

_____

Vous pouvez si vous le souhaitez enregistrer ces phrases sur votre téléphone pour les réécouter plus tard.

Jour 2 : Repérer les pensées critiques

Peut-être avez-vous remarqué, au cours de ces exercices qu'une petite voix critique apparait. C'est notre cerveau qui veut nous éviter certaines émotions. Il les juge, les méprise ou se met en colère.

Prenez quelques instants pour écrire ce que cette voix peut dire :

Elle a parfois beaucoup de choses à dire. C'est le système des émotions rouges qui s'active car il perçoit la souffrance / les émotions comme un danger, un problème qui menace. Notre voix critique cherche à répondre à un sentiment difficile comme un ressenti d'isolement ou de perte de contrôle. Elle peut aussi chercher à supprimer quelque chose en nous que nous trouvons mauvais.

Lorsque vous l'entendez prenez simplement le temps de la remercier de vouloir vous protéger et adressez vos pensées de compassion à l'émotion ou à la vraie souffrance qui s'exprime derrière la pensée critique.

Jour 3 : Les pensées d'auto-compassion

Selon notre motivation, nous nous exprimons différemment, notre ton de voix change, le rythme de nos phrases, nos intonations et toute notre posture corporelle et notre positionnement par rapport à l'autre se modifient selon que l'on vende quelque chose, que l'on aborde un rendez-vous amoureux ou que l'on demande une augmentation à notre patron.

A l'intérieur, il se passe la même chose. Selon notre motivation et l'émotion que nous ressentons, nous allons penser différemment et ressentir les choses différemment.

Par exemple, lorsque mon chien fait une bêtise, je repense à toutes les bêtises qu'il a faites, j'ai tendance à le déprécier et à ruminer. Mes pensées sont rapides et rigides et ma respiration s'accélère. J'aurais plutôt envie de crier ou de le punir.

A d'autres moments comme lorsqu'il est joyeux de me voir, j'oublie complètement ses bêtises. Si quelqu'un me demandait, je dirais surement qu'il en fait rarement. Mes pensées sont chaleureuses et mon attention est focalisée sur le moment présent. Je peux penser ou passer à autre chose assez facilement sans rester coincée dans mes pensées. J'ai plutôt envie de le récompenser, d'être gentille avec lui ou de lui parler chaleureusement.

Est-ce que vous vous reconnaissez ?

Nous vous proposons aujourd'hui d'observer vos émotions, les pensées qui s'activent et d'essayer de développer une pensée de compassion. Vous pouvez les noter ci-dessous.

Situation	Émotions	Pensées automatiques	Perspective de compassion
Qu'est-il arrivé ?	Quelle est l'émotion principale ?	Quelles sont mes pensées vis à vis des autres et de moi-même ?	Que diriez-vous à un ami ? Quelles sont les perspectives dans cette situation ?

Jour 4 : L'auto-compassion

Exercice audio : L'auto-compassion

Nous allons aujourd'hui reprendre les exercices précédents sous la forme d'un exercice audio guidé au cours duquel nous allons vous proposer de visualiser votre image d'auto-compassion.

Connectez-vous au site internet et écoutez la bande **numéro 4 : « L'auto-compassion »**

Comment vous sentez vous après cet exercice ?

Jour 5 : Le miroir

Devant un miroir prenez quelques secondes pour vous observer. Observez votre esprit et essayez au début de l'exercice de garder des pensées neutres. Si des pensées critiques apparaissent, laissez-les passer et revenez à l'exercice. Il peut être plus simple de réaliser cet exercice seul, sans observateur si vous êtes plus à l'aise.

Pour commencer, vous pouvez simplement vous sourire.
Dites ensuite ces phrases, en vous regardant dans les yeux :

« Je suis là,

Je serai toujours là

Je souhaite que tu puisses trouver la force et le courage

de tolérer les difficultés qui traversent ta vie

Que tu puisses te sentir au mieux physiquement

Que tu puisses être en sécurité et heureux/heureuse »

Vous pouvez également réaliser cet exercice en vous filmant avec votre téléphone si vous n'avez pas de miroir.

Qu'avez-vous observé pendant cet exercice ?

Comment vous sentez vous après cet exercice ?

Jour 6 : Lettre d'auto-compassion

Nous vous proposons aujourd'hui d'essayer de vous écrire une lettre écrite à partir d'une motivation de compassion. En imaginant que vous vous parlez à vous-même, nous vous proposons de prendre quelques instants pour regarder vos souffrances sans jugement ; d'essayer d'exprimer de l'intérêt et de la compréhension envers les difficultés et les sentiments que vous pouvez rencontrer.

Dans cette lettre essayez d'être dans la compréhension et la tolérance.

Avant de l'écrire vous pouvez faire une respiration ventrale et vérifier si vous êtes plutôt dans le système vert. Si vous observez que c'est votre système rouge qui est activé, continuez quelques instants la respiration ou reportez l'écriture a un moment plus calme.

Vous pouvez écrire au verso afin d'avoir autant de place que nécessaire.

Qu'est-ce que vous observez concernant cet exercice ?

Vous pourrez relire cette lettre après l'avoir écrite ou à un moment où cela peut vous être bénéfique.

Jour 7 : Résumé et conclusion

Nous vous remercions d'être arrivé jusqu'ici. Le chemin que nous vous avons proposé n'est pas facile. Nous pouvons donc vous féliciter de l'avoir parcouru.

Nous vous proposons aujourd'hui de prendre un instant pour réfléchir à ce qui a pu vous être bénéfique.

Vous pouvez noter ce qui vous a semblé bénéfique :

Comment pourriez-vous dans les jours et semaines à venir continuer à travailler ce qui est bon pour vous ou simplement agréable ?

Qu'est ce qui pourrait vous faire repenser aux ressources que vous avez travaillées quand vous en avez le plus besoin ?

Est ce qu'il est bénéfique pour vous de prendre une petite routine comme de faire la respiration tous les matins avant de commencer votre travail ?

Ou de vous donner un rendez-vous avec vous même lorsque vous en ressentirez le besoin pour vous reconnecter avec vous-même et votre auto-compassion ?

Nous vous souhaitons de continuer à découvrir toutes les merveilles de votre humanité…

N’oubliez pas de remplir la deuxième partie des questionnaires et dans 4 semaines la troisième partie.

Nous vous remercions pour le soutien que vous apportez à notre recherche et pour les personnes qui pourront bientôt bénéficier de ce programme !