

Université de Montréal

**Traitement de troisième vague pour les personnes atteintes d'un trouble  
psychotique et d'anxiété sociale : influence de la pratique quotidienne de la pleine  
conscience.**

Par  
Stéphanie Simard

Projet d'essai  
présenté en vue de l'obtention du doctorat (D.Psy.)  
sous la direction de Tania Lecomte

Département de psychologie, Faculté des Arts et des Sciences

Lu et approuvé par la directrice de l'essai.

© Stéphanie Simard, 2017

## Résumé

De plus en plus d'études soutiennent la faisabilité et l'efficacité des traitements basés sur la pleine conscience auprès des personnes ayant des troubles psychotiques, mais peu est connu sur l'intégration de ces stratégies au quotidien. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre, l'impact de la pratique quotidienne de la pleine conscience auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble psychotique et d'anxiété sociale. Plus particulièrement, six personnes ayant participé à une thérapie individuelle de pleine conscience de huit semaines ont fourni des données relatives au nombre de minutes de pratique quotidienne ainsi que des mesures hebdomadaires de régulation émotionnelle, d'évitement expérientiel et de pleine conscience. De plus, des données qualitatives ont été collectées grâce à des journaux de bord et des entrevues semi-dirigées. Les résultats suggèrent la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention et une certaine influence du niveau de pratique quotidien sur la régulation émotionnelle et l'évitement expérientiel des participants. En effet, même s'il n'est pas possible de le démontrer statistiquement, nous observons des changements dans le sens attendu au niveau clinique pour les variables de régulation émotionnelle et d'évitement expérientiel. Par ailleurs, il semblerait que les enjeux et les besoins inhérents à la pratique quotidienne soient spécifiques à chaque participant. Les données mettent en lumière l'importance pour le thérapeute de faire preuve de flexibilité dans le transfert des habiletés de pleine conscience ainsi que la nécessité d'adapter les protocoles de traitement aux particularités de chaque personne.

**Mots clés :** pleine conscience, compassion, acceptation, régulation émotionnelle, évitement expérientiel, pratique quotidienne, troubles psychotiques, schizophrénie, anxiété sociale



## **Abstract**

There is evidence suggesting the acceptability and feasibility of mindfulness-based intervention for people with psychosis but little is known regarding the daily integration and use of these strategies. This study aims to explore participants' experience of daily mindfulness practice and to investigate the influence of practice level on the intervention's efficacy. More particularly, quantitative and qualitative data were collected from six participants who completed an eight weeks compassion, acceptance and mindfulness individual therapy. The participants provided daily practice diaries, and, on a weekly basis, filled-out emotional regulation, experiential avoidance and mindfulness questionnaires. They also attended a semi-structured interview at the end of the therapy. The results suggest the acceptability and feasibility of the intervention and a certain influence of practice level on the outcomes. Even if not statistically significant, the association between practice level and emotional regulation and experiential avoidance are clinically significant. Also, data suggest that the issues and needs inherent to the daily practice of mindfulness were specific to each participant. It brings light the importance for the therapist to be flexible in the delivery of mindfulness abilities and the necessity to adapt treatment protocols to each participant.

**Keywords:** mindfulness, compassion, acceptance, emotional regulation, avoidance, practice, psychosis, schizophrenia, social anxiety

## Tables des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iv
Tables des matières.....	v
Remerciements.....	vii
Contexte théorique.....	1
Objectifs et hypothèses.....	18
Méthode.....	19
Thérapie.....	21
Mesures.....	23
Discussion.....	34
Conclusion.....	43
Références.....	44
Annexe 1 : Modèle intégratif de régulation émotionnelle de la schizophrénie.....	lxi
Annexe 2 : Modèle sur les effets de la pleine conscience sur la régulation des affects.....	lxii
Annexe 3 : Formulaire de consentement.....	lxiii
Annexe 4 : Contenu des séances.....	lxxi
Annexe 5 : Journal de pratique quotidienne de pleine conscience.....	lxxii

*"The doors to the world of the wild Self are few but precious. If you have a deep scar, that is a door, if you have an old, old story, that is a door. If you love the sky and the water so much you almost cannot bear it, that is a door. If you yearn for a deeper life, a full life, a sane life, that is a door."*

*Clarissa Pinkola Estés (1992)*

## Remerciements

Cet essai est le fruit de quatre années de remises en question et d'acceptation face à mes propres limites et aux limites du processus de recherche en lui-même. Une compréhension s'est hissée à l'issue de la rédaction de cette recherche : ce que je pense savoir aujourd'hui sera probablement différent demain et l'essentiel réside dans le cœur. Les rencontres que j'ai faites durant cette aventure ont renforcé en moi la croyance qu'il n'y a rien de plus insaisissable et complexe que l'être humain et qu'il faut beaucoup d'humilité et un soupçon de magie pour s'approcher un tant soit peu de la vérité, aussi insaisissable soit-elle. À l'ère des données probantes, je pense qu'il est essentiel de se le rappeler. C'est avec beaucoup de nostalgie que je vois donc cette aventure se terminer et j'aimerais remercier les personnes qui ont significativement marqué ce pèlerinage.

Je voudrais remercier en premier lieu les participants de ce projet. Merci d'avoir eu la générosité de me dévoiler une partie de vous-mêmes et de m'avoir fait confiance. Vous m'avez beaucoup touché, entre autres par votre courage, votre authenticité et votre désir profond d'aller mieux. Vous êtes sur le chemin du retour à la maison.

Ce travail n'aurait pu être mené à bien sans l'aide de ma directrice, Tania Lecomte. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir laissé l'autonomie nécessaire pour teinter ce projet de ma propre couleur. Je tiens aussi à remercier ma famille. Martin, Nicole et Guy, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir appuyé dans mes nombreux projets académiques et professionnels. Je souhaiterais également exprimer ma gratitude à deux de mes superviseurs qui ont précieusement marqué mon parcours. Marie, Nicolas, merci de m'avoir aidé à retrouver mes racines et à renouer avec le jeu et le mystère.

Ces années n'auraient pas été les mêmes sans vous collègues du doctorat, amis et amoureux de psychologie. Un merci particulier à Daphnée (qui est là depuis les balbutiements), Virginie et Fannie qui m'ont inspiré dans ma pratique et qui j'espère continueront de le faire dans les années à venir. Merci à tous ceux qui sont ou ont été des comètes, des planètes ou des étoiles filantes dans mon univers : Laurence, Manu, Amélie, Mijo, mes louves et tous les autres. Tous, vous avez contribué à attiser la flamme pour mon travail clinique ce qui m'a permis de garder la motivation pour écrire cette thèse.

Enfin, St-Laurent, merci d'exister. Tu m'as permis de trouver en moi l'essentiel et l'inspiration nécessaire pour faire les derniers miles. Ceci est la fin d'un cycle.

## Contexte théorique

La schizophrénie a longtemps été conceptualisée comme un trouble de la pensée caractérisé par des symptômes psychotiques, dits positifs, tels que les délires et les hallucinations. Toutefois, il est maintenant reconnu que des symptômes affectifs, comme la dépression ou l'anxiété, ajoutent à la complexité du trouble. En effet, plusieurs études suggèrent que des composantes émotionnelles interagissent dans le développement et le maintien des symptômes (Watson, Garety, Weinman, Dunn, Bebbington, Fowler et al., 2006; Freeman et Garety, 2003; Flack, Laird et Cavallaro, 1999). À ce jour, un nombre grandissant d'études mettent en lumière l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience parmi les interventions ciblant la régulation émotionnelle dans le traitement des troubles psychotiques (Chadwick et al., 2016; Bach, Gaudiano, Hayes et Herbert, 2013; Khoury et Lecomte, 2012; Davis et Kurzban, 2012; Chadwick, 2006). Considérant le nombre important de recherches soutenant la faisabilité et l'efficacité de ces traitements auprès des personnes avec des troubles psychotiques, il est d'autant plus crucial d'investiguer les mécanismes d'action par lesquels ils engendrent des effets bénéfiques (Dimidjian et Linehan, 2003; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney, 2006; Hayes et al., 2006; Shapiro et al., 2006). La présente étude vise à explorer, dans le cadre d'une intervention basée sur la pleine conscience (CAP : compassion, acceptation et pleine conscience) auprès d'individus atteints d'un trouble psychotique et d'anxiété sociale, quel rôle joue la pratique quotidienne dans l'expérience des participants et si le niveau de pratique a un impact sur le niveau de pleine conscience de la personne ainsi que sur sa régulation émotionnelle et ses symptômes.

Récemment, des études se sont penchées davantage sur la composante émotionnelle des troubles psychotiques et il apparaît de plus en plus clair que les individus atteints de schizophrénie présentent des déficits autant au niveau de l'expressivité émotionnelle (Kring et Moran, 2008), de la perception des émotions (Rheenen, Joshua, Castle et Rossell, 2017; Philips et Seidman, 2008) que de l'expérience émotionnelle (Livingstone, Harper et Gillanders, 2009) et ce, même avant l'apparition de la maladie. Une revue de littérature de Trémeau (2006) suggère que les personnes atteintes de schizophrénie rapportent davantage d'anhédonie et d'émotions négatives que les groupes contrôles. Selon cette même étude, la reconnaissance des émotions des sujets serait affectée dans toutes ses composantes (verbale, faciale et auditive), et cela contribuerait à exacerber la détresse et les expériences sociales dysfonctionnelles de ces derniers. Par ailleurs, Freeman et Garety (2003) soutiennent que les émotions influencent le contenu, la forme et le maintien des hallucinations et que les délires peuvent constituer des représentations directes des préoccupations émotionnelles de la personne.

Des auteurs rapportent que plusieurs de ces déficits sont présents avant même l'apparition de la maladie (Phillips et Seidman, 2008) et que le développement des troubles psychotiques prend racine dans les expériences traumatiques vécus à l'enfance (Read, Van Os, Morrison et Ross, 2005; Janssen et al., 2004). En effet, Myin-Germeys et Van Os (2007) suggèrent l'existence d'un « chemin affectif » vers la psychose, c'est-à-dire qu'une grande réactivité émotionnelle en lien avec la présence d'un historique de trauma constituerait un terrain fertile au développement des troubles psychotiques. Cette haute réactivité émotionnelle et la difficulté à réguler les émotions lorsque la personne est confrontée à des situations stressantes constituent des facteurs influençant les risques de

rechute et l'évolution du trouble. En effet, selon Lecomte, Khoury et Lalonde (2012), l'utilisation de stratégies non efficaces pour réguler les émotions contribuent à augmenter la détresse chez les personnes atteintes de schizophrénie et peut mener à un nouvel épisode de psychose.

D'autre part, des études proposent que les personnes atteintes de schizophrénie auraient tendance à utiliser davantage de stratégies de régulation émotionnelle inefficaces, qui seraient associées à une augmentation de la sévérité des hallucinations et des perturbations de la vie quotidienne (Badcock, Paulik et Maybery, 2011 ; Van der Meer, Van't Wout et Aleman, 2009). Une étude de Livingstone, Harper et Gillanders (2009) suggère que les personnes ayant vécu un épisode psychotique ont des réactions similaires aux individus souffrant de troubles de l'humeur ou d'anxiété en ce qui concerne l'expérience émotionnelle et à la régulation des émotions. Dans cette même étude, les groupes cliniques ont expérimenté plus d'émotions négatives que les sujets contrôles, et ont utilisé davantage de stratégies inefficaces de régulation émotionnelle, telle que la rumination. De même, une étude de Van der Meer, Van't Wout et Aleman (2009) soutient que les individus atteints de schizophrénie utilisent davantage de stratégies de suppression, notamment la suppression expressive, qui a été démontrée inefficace dans la régulation des émotions négatives (Ehring, Tuschen-Caffier, Schnülle, Fischer et Gross, 2010). En effet, Pankey et Hayes (2003) proposent que les tentatives pour essayer de supprimer une pensée indésirable augmentent le temps passé à ruminer et peuvent même mener à des réactions émotionnelles plus aiguës. Enfin, il a été démontré que les individus atteints de schizophrénie ont tendance à moins utiliser de stratégies de réévaluation, qui ont été

associées à des affects positifs et à un meilleur fonctionnement interpersonnel (Van der Meer, Van't Wout et Aleman, 2009)

Un modèle intégratif proposé par Khoury, Lecomte et Lalonde (2012) (voir annexe 1) suggère que l'expérience d'émotions intenses est un facteur de risque pour la schizophrénie et que les stratégies émotionnelles pourraient influencer les aspects symptomatiques et fonctionnels du trouble. Selon ce modèle inspiré de la littérature (Lalonde, 2009; Bak et al., 2008; Pankey et Hayes, 2003), l'utilisation de stratégies non apaisantes (inquiétude, rumination, suppression, expression émotionnelle limitée, évitement, isolement social) pourrait augmenter les symptômes, alors que l'utilisation de stratégies apaisantes (réévaluation, acceptation, détachement, espoir/optimisme, compréhension, interactions sociales, pleine conscience, compassion) pourrait améliorer la modulation des émotions et diminuer les symptômes. Toujours selon les auteurs de ce modèle, la relation entre les émotions et les symptômes psychotiques serait influencée par les stratégies de régulation émotionnelles que la personne utilise. De plus, tel que suggéré par Bak, Krabbendam, Delespaul, Huistra, Walraven et Van Os (2008), la quantité et la qualité des stratégies d'adaptation (coping), ainsi que le contrôle perçu des individus atteints de schizophrénie, seraient influencés par la régulation émotionnelle, et ce, indépendamment des fonctions cognitives de ceux-ci. Des études longitudinales ont d'ailleurs démontré que de bonnes habiletés de régulation émotionnelle prédisent une meilleure santé mentale à long terme (Kraaij, Pruyboom, et Garnefski, 2002; Seiffge-Krenke, 2000). Beck et al. (2009) ont souligné quant à eux l'importance d'explorer les émotions pénibles tôt dans le traitement, dans le but de valider l'expérience émotionnelle des personnes atteintes de schizophrénie. De leur côté, Varese et al. (2016) suggèrent que

les interventions auprès des personnes psychotiques devraient s'intéresser à l'évitement expérientiel et les croyances négatives associées aux voix, car ces variables seraient prédictives de la détresse vécue par les personnes. Ainsi, ces résultats mettent en lumière l'importance de cibler la composante affective en intégrant des stratégies de régulation émotionnelle efficaces dans les traitements pour les individus souffrant de schizophrénie.

Par ailleurs, de récentes études ont démontré que l'anxiété sociale, lorsqu'elle est évaluée, serait diagnostiquée en comorbidité avec entre 23% et 25% des cas de schizophrénie (Michail et Birchwood, 2013; Achim et al., 2011; Birchwood et al., 2007). La littérature démontre que les personnes souffrant d'anxiété sociale, avec ou sans trouble concomitant de schizophrénie, utilisent davantage l'évitement et la résignation plutôt que d'autres stratégies de régulation émotionnelles plus efficaces (Ventura et al., 2004; Lysaker et al., 2011). D'autres auteurs soutiennent que l'anxiété sociale chez les personnes psychotiques est fortement associée à l'évitement et à une basse estime de soi (Romm et al., 2011). Ainsi, l'anxiété sociale vient non seulement assombrir le pronostic de la schizophrénie et interférer avec le rétablissement de la personne (Lysaker et al., 2010; Kingsep, Nathan et Castle, 2003), mais rend les individus aussi particulièrement vulnérables à l'isolement et aux difficultés sociales. Jusqu'à ce jour, l'anxiété sociale en comorbidité avec la schizophrénie a reçu peu d'attention du milieu de la recherche et de la clinique, principalement parce que les intervenants ont confondu les manifestations d'anxiété avec des symptômes de paranoïa (Kingsep, Nathan et Castle, 2003; Pallanti, Quercioli et Hollander, 2004; Halperin et al, 2001). Une étude démontre que les symptômes psychotiques tels que les délires paranoïdes ont tendance à s'améliorer avec le temps, tandis que les manifestations d'anxiété sociale, qui sont souvent présentes avant le premier

épisode psychotique, se détériorent au fil du temps pour les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie (Kumazaki et al., 2012). Ces résultats soulèvent l'importance de prendre en considération les particularités inhérentes à un diagnostic d'anxiété sociale dans le traitement de la schizophrénie en ciblant des stratégies de régulation émotionnelles plus efficaces.

Parmi les interventions ciblant la régulation émotionnelle pour le traitement des troubles psychotiques, de plus en plus d'études soutiennent l'acceptabilité et la faisabilité des interventions basées sur la pleine conscience (Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rossell et Thomas, 2017; Randal, Bucci, Morera, Barrett et Pratt, 2016; Strauss, Thomas et Hayward, 2015; Khoury, Lecomte, Comtois et Nicole, 2013; Khoury, Lecomte, Gaudiano et Paquin, 2013; Chadwick, Hughes, Russell et Dagnan, 2009). Ces interventions, dites « de troisième vague », s'inscrivent dans l'évolution de la thérapie cognitive comportementale (TCC) et mettent davantage l'accent sur l'acceptation des symptômes que sur le changement de ceux-ci. Initialement, la TCC pour la psychose (TCCp) ciblait principalement la restructuration de cognitions considérées comme les facteurs causaux des émotions et visait davantage le traitement des symptômes comme les hallucinations et les délires (Khoury, Lecomte et Lalonde, 2012). Toutefois, certains auteurs (Birchwood et Trower, 2006) ont critiqué les approches en TCCp centrées uniquement sur la réduction des symptômes et négligeant la réduction de la détresse et des dysfonctions émotionnelles du trouble. Selon Birchwood et Trower (2006), très peu d'études se sont intéressées à la régulation émotionnelle dans la TCCp, alors que la détresse associée à la schizophrénie pourrait être influencée par l'appréhension des symptômes plutôt que par les symptômes eux-mêmes. Des chercheurs ont donc insisté sur l'importance de prendre en considération la complexité

du trouble et de s'intéresser à d'autres facteurs que la fréquence et le contenu des cognitions dans l'apparition et le maintien des symptômes psychotiques, notamment en ciblant l'acceptation et la compassion (Tai et Turkington, 2009). Avec la montée en popularité des thérapies de troisième vague, les interventions pour les personnes atteintes de schizophrénie ciblent de plus en plus la diminution de la détresse associée aux symptômes plutôt que l'élimination des symptômes eux-mêmes. Il s'agit d'approches dites contextuelles, axées sur la transformation de la relation que la personne entretient avec ses expériences internes (cognitions, émotions) plutôt que sur le changement de la forme ou de la fréquence de ces expériences (Chadwick, 2006; Morris, Johns et Oliver, 2013). On s'intéresse donc de plus en plus à la réduction de la détresse associée aux troubles en intégrant des stratégies de régulation des émotions telles que l'acceptation, la compassion l'imagerie et la pratique de la pleine conscience dans la TCC. L'amélioration du fonctionnement global de la personne ainsi que la réduction des symptômes affectifs deviennent donc des objectifs centraux primant sur la réduction des symptômes positifs. Les auteurs d'une revue systématique narrative de six interventions basées sur la pleine conscience dans le traitement de la psychose suggèrent que de telles interventions devraient viser à aider les personnes à mieux composer avec leurs symptômes plutôt que de vouloir les éliminer (DiGiacomo, Moll, MacDermid et Law; 2016). Abba, Chadwick et Stevenson (2008) abondent dans le même sens et soutiennent que les interventions basées sur la pleine conscience ne devraient pas être considérées comme une cure des symptômes psychotiques, mais plutôt comme une façon d'aider les personnes à réagir différemment à ces symptômes.

Parmi les interventions de troisième vague basées sur des techniques de pleine conscience, de nombreuses études ont démontré le potentiel et la faisabilité de diverses approches : Mindfulness intervention for psychosis (Aust et Bradshaw , 2016), Compassion, Acceptance and Mindfulness (Khoury, Lecomte, Comtois et Nicole, 2013), Acceptance and Compassion Therapy (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999), Acceptance-Based Cognitive Behavior Therapy (Shawyer et al., 2012), Acceptance and commitment therapy for psychosis, (Bach, Gaudiano, Hayes et Herbert, 2013), Mindfulness-based Cognitive Therapy (Segal, Williams et Teasdale, 2002) et Person-Based Cognitive Therapy (Chadwick, 2006). Ces modules de traitement intègrent des stratégies de pleine conscience définies comme la « contemplation du moment présent dans un esprit d'attention et de discernement » (Kabat-Zinn, 1990) et proposent également l'acceptation et la compassion comme stratégies pour surmonter l'évitement expérientiel. Ces interventions permettent aux personnes de développer des stratégies de régulation émotionnelle plus efficaces en vue d'apaiser et de moduler leurs émotions négatives et d'améliorer leur fonctionnement global. Par exemple, l'acceptation permet à la personne de « ...s'approcher des pensées et émotions qui surviennent dans le moment présent, sans jugement, et sans essayer d'en changer la fréquence ni la forme » (Khoury, Lecomte et Lalonde, 2012).

Il y a quelques années, la popularité grandissante des approches de troisième vague dans le domaine de la psychologie clinique a suscité une controverse quant à l'utilisation de la pleine conscience auprès des personnes avec un trouble psychotique. En effet, des questionnements quant à une possible exacerbation des symptômes psychotiques lors de la méditation ont été soulevés. Toutefois, il semble que les personnes ayant rapportés une augmentation des symptômes psychotiques lors de la pratique de la méditation soient des

cas isolés (Chadwick et al., 2009; Chadwick, Taylor et Abba, 2005) et que la plupart des études retrouvées dans la littérature soutiennent l'acceptabilité et la faisabilité de ces approches. De plus, bien que les études mesurant l'efficacité des interventions de pleine conscience auprès de la population constituent encore un domaine en émergence, plusieurs auteurs observent de nombreux bénéfices sur le bien-être global des participants à de telles interventions. Selon certains auteurs (Khoury, Lecomte, Gaudio et Paquin, 2013), il semblerait que ces interventions soient plus efficaces pour la réduction des symptômes négatifs et affectifs que pour la réduction des symptômes positifs, tels que les délires et les hallucinations. Une étude de Chadwick et al. (2016) abonde dans le même sens et suggère une diminution significative de la détresse associée aux voix en post-intervention lorsque l'intervention de pleine conscience est comparée avec un autre traitement n'incluant pas la pleine conscience. De plus, dans une revue de littérature, les techniques de pleine conscience ont été démontrées efficaces dans la réduction de la détresse, la diminution du taux d'hospitalisation et l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité (Davis et Kurzban, 2012). Une autre étude s'intéressant à l'impact d'une thérapie d'acceptation et de pleine conscience sur une population souffrant de dépression et de trouble psychotique a observé une diminution de l'évitement expérientiel, c'est-à-dire la réticence à vivre des émotions et des pensées inconfortables (Gaudio et al., 2016). D'autres études observent un impact significatif sur la diminution des symptômes affectifs, plus particulièrement la dépression (Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rossell et Thomas, 2017; Chadwick, 2016; Tong et al., 2016) et l'anxiété (Khoury, Lecomte, Comtois et Nicole, 2013; Khoury, Lecomte, Gaudio et Paquin, 2013; Khoury, Lecomte et Lalonde, 2012). En contrepartie, des études se penchant sur l'impact des interventions de pleine conscience sur les symptômes positifs tels que les

hallucinations ou les idées délirantes suggèrent des résultats non significatifs (Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rossell et Thomas, 2017) ou des résultats de petites tailles (Khoury, Lecomte, Gaudiano et Paquin, 2013). Ces résultats semblent cohérents avec les visées des interventions de pleine conscience qui s'intéressent davantage à la relation que la personne entretient avec ses expériences internes plutôt que sur le changement de la forme ou de la fréquence des symptômes positifs. De plus, il apparaît que la pleine conscience est non seulement acceptable auprès de personnes souffrant de psychose, mais peut également contribuer à l'amélioration du fonctionnement global de ces personnes (Langer, Carmona-Torres, Van Gordon et Shonin, 2016). Ces résultats fournissent un support préliminaire pour l'intégration des stratégies de régulation émotionnelle dans la TCC pour les individus souffrant de schizophrénie.

Jimenez, Niles et Park (2010) proposent un modèle (voir annexe 2) pour expliquer les effets de la pleine conscience sur la régulation des affects. Selon ce modèle, la pleine conscience favoriserait la régulation des émotions par l'attention portée sur celles-ci lorsqu'elles émergent, par une meilleure identification émotionnelle et par l'élaboration de réponses plus flexibles à ces émotions. Toujours selon cette étude, un haut niveau de pleine conscience serait associé à une augmentation des émotions positives, à de meilleures habiletés perçues des personnes à gérer leur humeur et à une plus grande acceptation de soi, qui sont à leur tour liés à une diminution des symptômes dépressifs. Ce modèle vient soutenir ce qui est fréquemment retrouvé dans la littérature. En effet, un plus grand niveau de pleine conscience est associé à une moindre utilisation de stratégies de régulation émotionnelle inadaptées telles que la suppression des pensées, la rumination et la généralisation (Baer et al., 2004; Brown et Ryan, 2003; Feldman et al., 2002; Hayes et

Feldman, 2004). Dans une étude récente de Perona-Garcelán, Rodríguez-Testal, Senín-Calderón, Ruiz-Veguilla et Hayward (2017), les auteurs suggèrent que la pleine conscience est négativement liée à un style relationnel dysfonctionnel que les personnes entretiennent avec leurs voix. En d'autres mots, la pleine conscience aurait un effet médiateur sur la relation que les personnes entretiennent avec leurs symptômes positifs en les aidant à se désengager de leurs voix et les percevant comme étant moins intrusives. D'autres auteurs (Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rossell et Thomas, 2017) d'une méta-analyse de dix interventions basées sur la pleine conscience pour les personnes avec un trouble psychotique observent quant à eux un effet modéré sur le niveau de pleine conscience des participants.

Par ailleurs, certains protocoles basés sur la pleine conscience ont été adaptés aux particularités et aux besoins des personnes atteintes de psychose (Dyga et Stupak, 2015; Chadwick, 2006). Pour ce faire, les sessions ont été écourtées et les exercices de méditation durent moins de 15 minutes dans le but de diminuer le risque pour les participants de vivre des états de dissociation ou d'expérimenter des symptômes psychotiques intenses. Ces protocoles intègrent aussi des stratégies de régulation émotionnelle concrètes, telles que l'acceptation des pensées et des émotions et le développement de la compassion. De plus, les thérapeutes évitent autant que possible l'utilisation de stratégies plus abstraites, telles que les métaphores (Khoury, Lecomte, Comtois et Nicole, 2013). De plus, ces interventions visent l'intégration des pratiques et la généralisation des acquis de la pratique formelle à la vie quotidienne (Kabat-Zinn, 1990). Pour ce faire, en plus des pratiques plus formelles telles que des exercices de méditation à faire à la maison, les participants sont encouragés à s'engager dans une pratique informelle de la pleine conscience dans leurs activités

quotidiennes (par exemple, manger, prendre une douche, conduire ou parler en pleine conscience) en portant une attention particulière aux mouvements, aux sensations, aux cognitions et aux émotions éprouvées (Kabat-Zinn, 1990,1994). Ils apprennent aussi à se positionner comme observateurs externes de leurs propres pensées et émotions, développant ainsi la capacité à les observer et à les décrire sans jugement, et à participer aux activités du moment présent dans un état de fluidité (Khoury, Lecomte et Lalonde, 2012). L'enseignement de ces techniques permet d'aider la personne à se distancier de ses pensées et de ses émotions intenses et d'ainsi mieux réagir quand elles se présentent dans des situations réelles. Ainsi, le transfert des techniques acquises dans le cadre de l'intervention à la vie quotidienne de la personne est essentiel afin qu'elle puisse bénéficier pleinement de ces bienfaits.

Actuellement, les études explorant la question du transfert à la vie quotidienne des techniques de pleine conscience acquises lors de la participation à un traitement sont limitées dans la population clinique et inexistantes auprès de la population aux prises avec un trouble psychotique. Dans deux méta-analyses évaluant l'efficacité de traitements basés sur la pleine conscience pour une population dite psychotique, aucune mesure de la pratique quotidienne réelle des participants n'a été recensée (Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rossell et Thomas, 2017; Khoury, Lecomte, Gaudiano et Paquin, 2013). Les seules mesures relevées concernent la durée de la pratique quotidienne telle que décrite dans le protocole et une description des exercices assignés en devoir aux participants durant la semaine, mais sans investigation de l'application concrète de ces stratégies (Chadwick, Taylor et Abba, 2005; Gaudiano et Herbert, 2006; Chadwick, Hughes, Russell, Russell et Dagnan, 2009; Johnson et al., 2011; Langer, Cangas, Salcedo et Fuentes, 2012; Shower et

al., 2012; Chien et Lee, 2013; Gaudiano, Nowlan, Brown, Epstein-Lubow et Miller, 2013). Par exemple, dans l'une des études recensées (Chadwick, 2009), bien que tous les participants aient rapporté pratiquer la pleine conscience au quotidien sur une période de cinq semaines suivant la fin de l'intervention, aucune mesure systématique de la pratique quotidienne et de ces effets n'a été récoltée. Des auteurs ont d'ailleurs pointé l'absence de données concernant l'observance à la pratique comme un facteur limitant la généralisation des résultats des études portant sur la pleine conscience à la population avec un trouble psychotique (Langer, Carmona-Torres, Van Gordon et Shonin, 2016).

Dans une étude pilote sur la faisabilité d'une thérapie de troisième vague auprès de personnes ayant vécu un premier épisode psychotique, les participants n'ont montré aucune amélioration significative au niveau des mesures de pleine conscience en pré-post intervention, et ce, malgré des améliorations significatives au niveau de la régulation émotionnelle et des symptômes d'anxiété et de dépression (Khoury, Lecomte, Comtois et Nicole, 2013). L'absence d'amélioration à ce niveau pourrait être due à la mesure de la pleine conscience elle-même. En effet, l'étude ne mesurait pas l'adhésion et le niveau de pratique quotidienne de la pleine conscience des participants, des composantes essentielles du traitement. Certains participants ont tout de même rapporté des anecdotes au sujet de leur pratique de la méditation durant la semaine, tandis que d'autres semblaient avoir plus de difficultés à comprendre le concept de pleine conscience, qualifiant plutôt les exercices en termes de « manger plus lentement et relaxer ». Les auteurs recommandent que les études ultérieures mesurent la pratique quotidienne des participants et utilisent des mesures plus faciles à comprendre et fréquentes de la pleine conscience (Carmody et Baer, 2009; Toneatto et Nguyen, 2007). En effet, la pratique réelle des stratégies au quotidien pourrait

constituer un meilleur prédicateur de l'efficacité des traitements, puisqu'il s'agit d'un indicateur de la motivation et de l'appréciation des participants concernant l'utilité des interventions.

À ce jour, bien qu'il n'existe pas de données concernant le rôle de la pratique quotidienne dans les interventions de pleine conscience auprès de la population psychotique, quelques études se sont penchées sur son impact auprès d'autres populations cliniques ainsi qu'auprès de la population générale. Malgré que certains résultats soient contradictoires, il semble exister une certaine tendance soutenant une association entre la pratique quotidienne et l'efficacité des interventions ainsi que d'autres variables de bien-être. Par exemple, Carmody et Baer (2008) ont investigué spécifiquement la pratique quotidienne de la pleine conscience en relation avec le niveau de pleine conscience, ainsi que les symptômes médicaux et psychologiques auprès d'une population clinique. Dans cette étude, les participants enregistraient le nombre de minutes de pratique formelle ou informelle de pleine conscience qu'ils appliquaient chaque jour. Les résultats suggèrent que le niveau auto-rapporté de pleine conscience augmente avec la fréquence de la pratique quotidienne et que l'augmentation de la pleine conscience constitue une variable médiatrice du bien-être. Crane et al., 2014 ont observé quant à eux une association entre la pratique formelle quotidienne et les effets à long terme de l'intervention suggérant que les gens qui pratiquaient davantage (c'est-à-dire au moins 3 fois par semaine) avaient moins de risque de rechutes de dépression 12 mois après la fin du traitement. Une autre étude (Perich, Manicavasagar, Mitchell et Ball, 2013) abonde dans le même sens et suggère une corrélation négative entre un plus grand niveau de pratique et les symptômes de dépression 12 mois après la fin du traitement. Les auteurs ont également observé que les personnes

ayant pratiqué 3 jours et plus par semaine présentaient moins de symptômes dépressifs et anxieux que les participants ayant moins pratiqué. D'autre part, Hawley et al. (2014) ont observé que la pratique formelle quotidienne était associée à une diminution de la rumination qui était à son tour associée à des symptômes dépressifs. Les auteurs concluent que la pratique régulière de méditation lors d'une intervention de pleine conscience peut aider les personnes à être davantage dans le moment présent et à se désengager de leurs ruminations. Par ailleurs, une récente méta-analyse (Parsons, Crane, Parsons., Fjorback et Kuyken, 2017) suggère une association de petite taille entre la pratique quotidienne auto-rapportée et les effets cliniques en post traitement. En regard de ces résultats, les auteurs soulignent l'importance pour les cliniciens d'encourager les participants à intégrer une pratique formelle des exercices à la maison. De même, une étude de Epstein (2016) suggère que la pratique formelle est prédictive du bien-être psychologique en post-traitement. Ces résultats vont dans le même sens que d'autres études qui observent que la pratique quotidienne de la pleine conscience est liée à une meilleure efficacité du traitement ainsi qu'à une amélioration de l'humeur et du sentiment de bien-être (Speca, Carlson, Goodey et Angen, 2000; Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen et Speca, 2001; Sephton, Salmon, Weissbecker et al., 2007).

En contrepartie, d'autres études ne relèvent aucune association ou des résultats contradictoires entre le temps de pratique quotidien et les changements dans les variables cliniques (Nyklicek et Kuijpers, 2008; Carlson, Speca, Patel et Goodey, 2003, Astin, 1997; Davidson et al., 2003; Carmody et Baer, 2009; Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink et Walach, 2011). Par exemple, contrairement à leurs hypothèses, des auteurs (Berghoff, Wheelless, Ritzert, Wooley et Forsyth, 2017) n'ont trouvé aucune association entre la longueur des

exercices de méditation et les symptômes ainsi que le niveau de pleine conscience auprès de la population générale. Ils ont toutefois observé une plus grande amélioration de l'auto-compassion pour les gens qui pratiquaient 20 minutes quotidiennement comparativement à ceux qui pratiquaient 10 minutes. Aussi, dans une autre revue de littérature explorant l'impact de la durée des séances de pleine conscience sur la diminution du stress auprès d'une population clinique (Carmody et Baer, 2009), il n'y avait pas de corrélation significative entre le nombre de minutes de devoir assignées et les effets post-traitement. Ces résultats contradictoires pourraient être dus à la diversité des mesures; dans certaines études, les participants devaient remplir des questionnaires auto-rapportés quotidiens (Carmody et Baer, 2008; Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen et Speca, 2001), alors que dans d'autres, les participants devaient rapporter leur pratique à chaque rencontre de façon rétroactive pour la semaine précédente ou de façon ponctuelle durant le traitement (Nyklíček et Kuijpers, 2008; Sephton, Salmon, Weissbecker et al., 2007).

Par ailleurs, la difficulté d'observance aux traitements est un problème fréquent auquel les cliniciens œuvrant auprès de la population psychotique sont régulièrement confrontés. Ces difficultés concernent non seulement les interruptions dans la prise de médication, mais, également, dans le cas de modules d'intervention de groupe, l'absence aux rencontres et l'omission d'appliquer les stratégies ou les changements proposés dans la vie quotidienne. En effet, la littérature suggère que les personnes atteintes de troubles psychotiques ont plus de difficultés à s'engager dans un traitement et que le taux de rétention est moindre que la population générale (Kreyenbuhl et al., 2009). Selon une revue de littérature, une personne sur quatre présentant un trouble psychotique n'est pas observante au programme thérapeutique proposé (Nosé, Barbui et Tansella, 2003).

Plusieurs facteurs peuvent faire obstacle à la capacité d'observance de la population psychotique aux traitements, notamment les symptômes négatifs (ex. : avolition, anhédonie, alogie, etc.) ainsi que les effets secondaires des antipsychotiques, régulièrement prescrits et qui causent parfois de la fatigue, des troubles cognitifs et une baisse de la motivation (Artaloytia et al., 2006; Ho et al., 2011). De plus, tel que discuté précédemment, près du quart des personnes souffrant de schizophrénie vont aussi être atteint d'un trouble concomitant d'anxiété sociale. Par conséquent, plusieurs personnes ne bénéficieront pas de la TCC pour la psychose, car elles craindront de s'engager dans des traitements sous format de groupe, percevant l'expérience comme très anxiogène (Haglund, et al., 2003; Velligan, et al., 2009).

Ainsi, vu les difficultés d'adhésion au traitement fréquemment rencontrées au sein de la population psychotique, les études qui se sont penchées sur le niveau de pratique quotidien de pleine conscience auprès de la population clinique en général pourraient ne pas être généralisables aux personnes atteintes de schizophrénie, plus particulièrement à celles présentant un diagnostic concomitant d'anxiété sociale. De plus, l'implication quotidienne requise ainsi que la durée des exercices de méditation à faire à la maison dans le cas d'interventions basées sur la pleine conscience pourraient faire obstacles à l'adhésion au traitement. Pour ces raisons, et afin de mieux comprendre les mécanismes d'action sous-jacents à l'efficacité des traitements basés sur la pleine conscience, il est essentiel de confirmer le rôle du niveau de pratique quotidien de la pleine conscience chez les personnes avec un trouble psychotique. Plus précisément, l'exploration de cette question nécessite une meilleure compréhension de l'impact du niveau de pratique quotidienne sur la régulation émotionnelle et sur le niveau de pleine conscience des personnes atteintes d'un

trouble psychotique et d'anxiété sociale (Dimidjian et Linehan, 2003; Baer et al., 2006; Hayes et al., 2006; Shapiro et al., 2006).

## **Objectifs et hypothèses**

La présente étude vise à explorer, dans le cadre d'une thérapie individuelle basée sur la pleine conscience auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble psychotique et d'anxiété sociale, comment le niveau de pratique quotidienne influence l'efficacité du traitement. Plus précisément, l'exploration de cette question nécessite de mieux comprendre si le niveau de pratique quotidienne a un impact réel sur le niveau de pleine conscience et comment cette variable influence les stratégies de régulation émotionnelle que la personne utilise (notamment, sur la capacité de la personne d'être dans l'acceptation de ses expériences internes) ainsi que les effets en post-traitement. Plus particulièrement, les hypothèses sont les suivantes : i) Il existe un lien entre le niveau de pratique hebdomadaire en nombre de minutes et le niveau de pleine conscience; c'est-à-dire que les semaines où les participants pratiquent davantage la méditation, ils obtiennent un score plus haut sur l'échelle de pleine conscience. ii) Il existe un lien entre le niveau de pratique hebdomadaire en nombre de minutes et l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle adaptées; c'est-à-dire que les semaines où les participants pratiquent davantage la méditation, ils utilisent des stratégies de régulation émotionnelle plus adaptées iii) Il existe un lien entre le niveau de pratique quotidienne en nombre de minutes et l'évitement expérientiel : c'est-à-dire que les semaines où les participants pratiquent davantage la méditation, ils obtiennent un score plus bas sur l'échelle de l'évitement expérientiel iv) Le niveau de pratique quotidienne améliore l'efficacité du traitement : c'est-à-dire que ceux qui ont

pratiqué le plus durant toute la durée de l'intervention sont aussi ceux chez qui on observera un plus grand changement (la dépression, l'anxiété, l'anxiété sociale et le niveau de détresse) entre le T0 et T1.

## Méthode

La présente étude a été réalisée selon un devis de recherche mixte dans lequel des données quantitatives (questionnaires auto-rapportées) et qualitatives (entrevues semi-dirigées) ont été collectées. Les participants (n=6) ont été considérés comme des cas individuels multiples pour les analyses descriptives et en tant que groupe pour les analyses corrélationnelles et de régression. L'objectif était d'observer l'expérience des participants en tant qu'individu et en tant que groupe durant un traitement de pleine conscience de huit sessions. Le protocole s'est déroulé sur une durée totale de 10 semaines, durant lesquelles des mesures quotidiennes (pratique de la pleine conscience), des mesures hebdomadaires (niveau de pleine conscience, évitement expérientiel et régulation émotionnelle) et des mesures pré-post traitement (symptômes) ont été récoltées pour chacun des participants (voir le tableau 1).

Tableau 1. Déroulement du protocole sur 10 semaines

	<b>Semaine 1</b>	<b>Semaines 2 à 9</b>	<b>Semaine 10</b>
	Entrevue pré-traitement	8 sessions de CAP	Entrevue post-traitement
Mesures quotidiennes:		X	
Mesures hebdomadaires:	X	X	X
Mesures pré-post:	X		X

Tout d'abord, un total de six participants présentant un trouble psychotique et de l'anxiété sociale ont été recrutés à la clinique des premiers épisodes psychotiques (PEP) de

l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, à la clinique des jeunes adultes psychotiques du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et au programme des troubles psychotiques de l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas. Cette étude s'inscrit d'ailleurs dans la lignée d'une plus large étude pilote visant à évaluer les effets potentiels du protocole CAP (Compassion, Acceptation et Pleine conscience) sur l'anxiété sociale dans la schizophrénie débutante. Les participants ont été référés par les cliniciens des cliniques de premiers épisodes psychotiques. Ils ont été évalués par des assistants de recherche (doctorants en psychologie clinique) du *Laboratoire d'étude sur la schizophrénie et les psychoses orienté vers l'intervention et le rétablissement* (LESPOIR). Les critères d'inclusion étaient les suivants: 1) répond aux critères du trouble psychotique (non-organique et non lié à une substance) et du trouble d'anxiété sociale selon le DSM-5; 2) présente des symptômes positifs (voix et/ou idées délirantes) stabilisés; 3) est suivi par une clinique pour premiers épisodes; et, 4) est capable de donner un consentement libre et éclairé. Les critères d'exclusion sont les suivants : 1) retard mental; 2) non fluide en français; 3) incapacité à participer à la thérapie en raison d'une condition médicale ou de symptômes psychotiques aigus; 4) est sous l'effet de drogues ou de l'alcool durant la durée du traitement; 5) a déjà reçu une intervention basée sur la pleine conscience durant la dernière année.

Lors de l'entrevue pré-thérapie, chacun des participants a été rencontré pour une séance d'information au cours de laquelle l'objectif de l'intervention et le format du programme lui ont été expliqués. Lors de cette première rencontre, chaque personne a signé le formulaire de consentement (voir annexe 3) et a rempli les questionnaires pré-thérapie suivants: le *Questionnaire sociodémographique (QS)*, le *Brief Psychiatric Rating Scale-*

*expanded (BPRS-E)*, le *Brief Social Phobia Scale (BSPS)*, le *Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)*, le *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)* et le *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)* (les instruments de mesure sont décrits plus loin). Ensuite, durant les semaines deux à neuf du protocole, les participants ont été conviés à huit sessions hebdomadaires de thérapie individuelle de 50 minutes. Pendant ces huit semaines de traitement, ils ont rempli un *Journal de pratique quotidienne de la pleine conscience*, à l'intérieur duquel ils rapportaient le nombre de minutes de pratique de pleine conscience pratiquées chaque jour et discutaient de leur expérience personnelle. De plus, durant ces 8 semaines de traitement, les participants ont rempli les questionnaires auto-administrés suivants de façon hebdomadaire : le *MAAS*, le *AAQ-II* et le *CERQ*. Au fil des semaines, lors des sessions de thérapie individuelle, les participants ont remis les questionnaires à leur thérapeute dans une enveloppe cachetée. Afin de ne pas interférer avec la relation thérapeutique, il a été expliqué aux participants que l'information contenue dans ces questionnaires serait uniquement consultée par les assistants de recherche. Finalement, après la dernière session de thérapie, c'est-à-dire à la dixième semaine du protocole, les participants ont été conviés à une rencontre finale où ils ont été invités à discuter de leur expérience sous forme d'entrevue semi-dirigée. Durant cette rencontre, les questionnaires post-thérapie suivants ont été administrés de nouveau : *BPRS*, *BSPS*, *AAQ-II*, *MAAS*, et *CERQ*.

### ***Thérapie***

Le module CAP (Compassion, Acceptation et Pleine conscience) est une thérapie basée sur la pleine conscience s'adressant aux individus atteints d'un trouble psychotique

et d'anxiété sociale. Il a été développé par le laboratoire d'étude sur la schizophrénie et les psychoses orienté vers l'intervention et le rétablissement (L'ESPOIR) de l'Université de Montréal. L'efficacité et la faisabilité du module ont été observées dans une étude réalisée auprès de 12 personnes atteintes de schizophrénie (Khoury, Lecomte, Comtois et Nicole, 2013). Le module CAP est inspiré de la thérapie dialectique comportementale de Marscha Linehan, du manuel de traitement à la compassion (CMT) de Paul Gilbert, du manuel de la Thérapie Cognitive Comportementale pour la psychose (TCC) de Tania Lecomte, Claude Leclerc et Til Wykes, et de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) de Steven Hayes. Il s'agit de huit sessions d'environ 60 minutes initialement conçues pour être offertes en groupe et qui ont été adaptées pour une intervention individuelle. L'intervention vise à favoriser la présence complète des participants dans le moment présent, à les aider à définir leurs valeurs et à leur proposer de nouvelles façons de réguler leurs émotions (par ex., par la compassion, l'acceptation et la pleine conscience).

Ce module a été adapté aux particularités et aux besoins des personnes atteintes de psychose. Pour ce faire, les sessions ont été écourtées et les exercices de méditation durent moins de 15 minutes dans le but de diminuer les risques de symptômes psychotiques intenses. De plus, les thérapeutes évitent autant que possible l'utilisation de stratégies plus abstraites, telles que les métaphores (Khoury, Lecomte, Comtois et Nicole, 2013). Les intervenants sont à l'écoute des besoins de chaque participant et adaptent au besoin les exercices de méditation. À chaque séance, ils invitent les personnes à être à l'écoute de leurs limites et à cesser l'exercice s'ils se sentent inconfortables.

Par ailleurs, les exercices de ce module visent l'intégration des pratiques et la généralisation des acquis de la pratique formelle à la vie quotidienne (Kabat-Zinn, 1990).

Pour ce faire, les participants sont invités à pratiquer quotidiennement, à raison d'environ 10-15 minutes par jour, les exercices de méditation formels appris durant le cours. Pour ce faire, des fichiers audios et des CD leur sont offerts afin de le guider dans leur pratique à la maison. Il s'agit des mêmes exercices que ceux présentés dans le module et qui ont été présentés durant la thérapie. Le thérapeute demeure disponible en dehors des séances si les participants ont besoin de soutien durant leur pratique quotidienne.

Le module d'intervention contient certains thèmes qui doivent être couverts par l'intervenant à chaque séance (voir annexe 4). Bien que l'intervenant soit encouragé à suivre le plus fidèlement possible le plan des séances, il demeure flexible au contenu amené chaque semaine par le participant et adapte les thèmes et les exercices aux besoins de chacun. Aussi, les participants ont à leur disposition *le cahier du participant* qui contient les thèmes principaux qui sont abordés lors des séances, des exercices à faire à la maison ainsi qu'une description écrite de chaque exercice de pleine conscience.

Le traitement a été offert par trois candidates au D.Psy., sous la supervision de Bassam El-Khoury et Tania Lecomte, les co-auteurs du module CAP.

### ***Mesures***

*Le Questionnaire sociodémographique* a été développé à partir de la version canadienne du PSR Toolkit (Arns, 1998). Il vise à recueillir des informations pour mieux décrire le statut sociodémographique et l'histoire des difficultés chez les participants. Il inclut des questions sur le niveau d'éducation, l'occupation et le travail, l'histoire des consultations, le nombre d'hospitalisations, la médication et la consommation.

Le questionnaire *Brief Psychiatric Rating Scale -expanded (BPRS-E)* consiste en une entrevue semi-structurée qui évalue la présence et la sévérité des symptômes

psychiatriques sur une échelle Likert de 7 points (Lukoff, Nuechterlein, et Ventura, 1986). Il inclut 24 items qui peuvent être divisés selon les facteurs suivants : symptômes positifs, symptômes négatifs, anxiété et dépression (Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Gutkind, et Gilbert, 2000). Plusieurs études rapportent une bonne validité concurrente, un bon accord interjuge et une bonne structure factorielle (Hedlund et Vidweg, 1980; Newcomer et al., 1990; Rhoades et Overall, 1988; Thiemann et al., 1987; Long et Brekke, 1999).

Le *Brief Phobia Social Scale* (BSPS : Davidson et al., 1991) est une entrevue semi-structurée qui mesure les symptômes d'anxiété sociale. Plus précisément, le questionnaire est constitué de trois sous-échelles mesurant la peur, l'évitement et l'activation physiologique dans des situations sociales. Il comprend 18 items avec une échelle Likert de 5 points pour mesurer l'intensité des symptômes. Une étude de validation de l'instrument rapporte une bonne cohérence interne ( $\alpha$ : 0,86), une bonne fidélité test-retest et une bonne validité concurrente (Davidson et al., 1991).

Le *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS: Brown et Ryan, 2003; Jermann et al., 2009) mesure la tendance à être attentif et conscient à ce qui se passe dans le moment présent. Il s'agit d'un questionnaire à un facteur composé de 15 items et qui a été validé en français (Jermann et al., 2009). Les répondants doivent indiquer sur une échelle Likert de 6 points (de "presque toujours" à "presque jamais") la fréquence avec laquelle ils ont vécu chacune des expériences de la vie quotidienne. Un plus haut score total indique un plus haut niveau d'attention et de conscience dans le moment présent. L'outil présente une bonne cohérence interne ( $\alpha$ : 0,84 pour la version française) ainsi qu'une corrélation négative avec des mesures de symptômes anxieux et dépressifs et un lien significatif avec le type de stratégie de régulation émotionnelle utilisées (Brown et Ryan, 2003; Jermann et

al., 2009; Black, Sussman, Johnson et Milam; 2012). La cohérence interne a également été mesurée dans le cadre de la présente étude au T0 avec un alpha de Cronbach de 0,51. L'outil a été utilisé préalablement dans le cadre d'un traitement MBSR de 8 semaines et les résultats suggèrent une association entre un haut score au MAAS et de meilleures améliorations des symptômes et du bien-être en post-traitement (Brown et Ryan, 2003).

Le *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II) mesure l'évitement expérientiel, c'est-à-dire la réticence à vivre ses émotions et pensées inconfortables, le désir de contrôler ou d'altérer ses expériences internes et l'incapacité à y faire face (Bond et al., 2011; Kashdan, Barrios, Forsyth et Steger, 2006). Il s'agit d'un questionnaire à un facteur composé de 7 items avec une échelle de Likert de 7 points (de "jamais vrai" à "toujours vrai"). Un score total élevé indique un plus haut niveau d'inflexibilité psychologique. Selon Bond et al., 2011, l'outil présente une bonne consistance interne (entre  $\alpha$ : 0,78 et  $\alpha$ : 0,88) ainsi qu'une corrélation positive avec des mesures de symptômes anxieux et dépressifs, de stress et de détresse psychologique. L'étude de validation française du questionnaire rapporte une bonne consistance interne avec une moyenne des alphas de Cronbach de 0,82 ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (0,80 ( $p < 0,01$ )) (Monestès et al., 2009). La validité interne de l'instrument a également été mesurée dans le cadre de la présente étude au T0 avec un alpha de Cronbach de 0,60.

*The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (Garnefski et Kraaij, 2007) est un questionnaire auto-rapporté qui consiste en neuf sous-échelles distinctes (avec quatre items pour chaque sous-échelle). Il couvre les dimensions cognitives et émotionnelles de la régulation des émotions en évaluant cinq stratégies de régulation adaptées (la réévaluation, l'acceptation, la mise en perspective, la centration sur l'action, la centration

positive) et quatre stratégies de régulation moins adaptées (la rumination, la catastrophisation, l'auto-dépréciation, la dépréciation des autres). Dans la présente étude, les 9 sous-échelles ont été utilisées. On observe une bonne cohérence interne de l'instrument qui a été mesurée dans le cadre de la présente étude au T0 avec un alpha de Cronbach de 0,889 ce qui correspond à ce qui a été rapporté par Garnefski et Kraaij (2007) ( $\alpha$  entre .75 et .86.). Le questionnaire a été validé en français auprès d'une population de 224 jeunes adultes avec une consistance interne de 0,68 à 0,87 pour chacune des stratégies. Il a également été utilisé auprès de la population clinique et auprès de personnes avec un trouble psychotique (Khoury, Lecomte, Comtois et Nicole, 2013).

*Le Journal de pratique quotidienne de la pleine conscience* (voir annexe 5) créé par notre équipe est inspiré de celui utilisé dans une étude de mesure de la pratique quotidienne de pleine conscience de Carmody et Baer (2008). Ces grilles d'auto-observation quotidienne sont remises aux participants sous forme de journal de bord. Le participant y rapporte le nombre de minutes de pratique quotidienne enseignée par les thérapeutes. Il y rapporte également ses impressions et ses commentaires qui seront discutés durant l'entrevue individuelle de fin de traitement.

*L'entrevue finale* (voir annexe 6) est une entrevue semi-dirigée qui a lieu à la fin de la 10<sup>e</sup> semaine du protocole. Les entrevues sont réalisées par un étudiant au doctorat en psychologie clinique, sont enregistrées sur support audio et retranscrites. Les participants sont invités à répondre aux questions ouvertes au sujet de ce qu'ils ont le plus ou moins aimé de la thérapie, des obstacles qu'ils ont rencontrés lors de leur pratique quotidienne de la pleine conscience, des habiletés qu'ils ont développées, de ce qu'ils ont jugé moins utile ou plus difficile parmi les techniques enseignées, des habiletés qu'ils envisagent intégrer à

long terme dans leur vie quotidienne et les sphères de vie dans lesquelles ils ont constaté des améliorations. Les impressions et les commentaires qui ont été rapportés dans le *Journal de pratique de la pleine conscience* sont également discutés avec eux.

## **Résultats**

Un total de 6 personnes (2 hommes, 4 femmes) qui répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion cités précédemment ont été incluses dans l'étude. Ils ont un âge moyen de 28 ans ( $ET= 3,873$ ). Ils sont d'origine occidentale (2), africaine (1), latino-américaine (1), européenne (1) et asiatique (1). Au moment de la rédaction de cet essai, seulement quatre participants ont pu être rencontrés pour l'entrevue post-traitement. En raison du nombre restreint de participants, nous avons tout de même choisi de conserver les données des deux personnes manquantes dans l'étude. Par ailleurs, trois autres participants ont abandonné l'intervention avant la fin du protocole et n'ont donc pas été inclus dans les analyses. L'âge moyen des personnes ayant abandonné l'intervention est de 28 ans ( $ET= 3,78$ ). Il s'agit de deux hommes et d'une femme qui sont tous d'origine occidentale. Une personne n'a pas pu poursuivre en raison de problèmes de consommation, l'autre en raison d'un déménagement et la dernière pour des raisons indéterminées.

Concernant les statistiques descriptives, les tableaux 2, 3, 4 et 5 permettent d'observer l'évolution de chacun des participants dans le temps pour les variables de pratique hebdomadaire en nombre de minutes, de la régulation émotionnelle (CERQ), de la pleine conscience (MAAS) et de l'évitement expérientiel (AAQ-II). Les participants ont pratiqué en moyenne 3,21 jours ( $ÉT=2,09$ ) par semaine et les durées moyennes des méditations étaient de 12,18 minutes ( $ÉT=1,89$ ). Il est possible d'observer en ordre

décroissant que les participants ont pratiqué en moyenne par semaine : 81 minutes (participant 6), 67 minutes (participant 1), 52 minutes (participant 2), 23 minutes (participant 5), 19 minutes (participant 3) et 0 minute (participant 4) pour une moyenne de 40 minutes (ÉT=28,53) par semaine pour tous les participants. Pour ce qui est de la pratique pour toute la durée du protocole, les participants ont pratiqué en ordre décroissant: 644 minutes (participant 6), 539 minutes (participant 1), 414 minutes (participant 2), 180 minutes (participant 5), 150 minutes (participant 3), 0 minute (participant 4) pour une moyenne de la pratique totale de 321 minutes (ÉT=186,9144).

Tableau 2. Statistiques descriptives- minutes de pratique hebdomadaire

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	
Participant 1	46	84	36	72	61	72	84	84	
Participant 2	28	70	41	27	65	62	74	47	
Participant 3	2	37	50	40	0	15	6	0	
Participant 4	0	0	0	0	0	0	0	0	
Participant 5	70	30	10	0	30	40	0	0	
Participant 6	98	98	91	91	77	84	0	105	
Total	N	6	6	6	6	6	6	6	
	Écart type	38,69	37,06	32,23	37,36	33,84	33,13	40,21	46,92
	Moyenne	40,67	53,17	38,00	38,33	38,83	45,50	27,33	39,33

Tableau 3. Statistiques descriptives- régulation émotionnelle (CERQ)

	T0	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	T1	
Participant 1	76	99	95	.	100	101	102	100	.	104	
Participant 2	85	113	128	.	133	129	124	137	133	125	
Participant 3	122	115	102	132	97	97	117	108	.	142	
Participant 4	125	.	92	99	103	108	106	110	102	104	
Participant 5	85	110	100	111	.	97	106	80	.	.	
Participant 6	87	92	118	113	104	104	101	101	99	.	
Total	N	6	5	6	4	5	6	6	6	3	4
	Moyenne	96,67	105,80	105,83	113,75	107,40	106,00	109,33	106,00	111,33	118,75
	Écart type	21,15	9,88	14,120	13,65	14,57	12,033	9,16	18,54	18,82	18,39

Tableau 4. Statistiques descriptives- pleine conscience (MAAS)

	T0	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	T1	
Participant 1	56	39	44	.	39	44	50	52	.	55	
Participant 2	53	43	39	.	48	60	65	58	50	64	
Participant 3	53	52	35	42	29	54	55	46	.	50	
Participant 4	49	.	53	58	62	55	62	60	59	44	
Participant 5	67	67	74	129	.	74	74	74	.	.	
Participant 6	57	72	59	66	68	69	66	66	66	.	
Total	N	6	5	6	4	5	6	6	6	3	4
	Moyenne	55,83	54,60	50,67	73,75	49,20	59,33	62,00	59,33	58,33	53,25
	Écart type	6,15	14,50	14,46	38,16	16,05	10,87	8,51	9,93	8,02	8,46

Tableau 5. Statistiques descriptives- Évitement expérientiel (AAQ-II)

	T0	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	T1	
Participant 1	34	37	37	.	34	32	32	34	.	37	
Participant 2	23	14	18	.	19	14	15	13	12	12	
Participant 3	31	44	36	42	48	27	31	39	.	27	
Participant 4	34	.	33	36	22	35	35	36	32	32	
Participant 5	34	28	28	29	.	26	25	28	.	.	
Participant 6	33	34	26	35	26	25	27	27	28	.	
Total	N	6	5	6	4	5	6	6	6	3	4
	Moyenne	31,50	31,40	29,67	35,50	29,80	26,50	27,50	29,50	24,00	27,00
	Écart type	4,32	11,31	7,17	5,32	11,63	7,23	7,09	9,31	10,58	10,80

Par ailleurs, afin de déterminer s'il y a eu un changement significatif entre le début et la fin de l'intervention au niveau des différentes variables (CERQ, AAQ-II et MAAS) nous avons réalisé des tests t pour données appariées ainsi que des calculs de tailles d'effet selon les balises de Cohen (1992). Pour ce faire, nous avons utilisé les données pour les quatre participants qui avaient été évalués au T1. Pour le CERQ, on observe une augmentation moyenne de 16,750 entre le T0 et le T1 (I.C. à 95% : -58,88 et 25,38) non significative avec un  $p=0,295$  et une taille d'effet de  $d=0,6328$  (effet moyen selon Cohen, 1992). Pour le AAQ-II, on observe une diminution moyenne 3,5 entre le T0 et le T1 (I.C. à 95% : -5,733 et 12,733) non significative avec un  $p=0,314$  et une taille d'effet de  $d=0,6032$  (effet moyen selon Cohen, 1992). Pour le MAAS, on observe une augmentation moyenne 0,5 entre le T0 et le T1 (I.C. à 95% : -11,938 et 10,938) non significative avec un  $p=0,898$  et une taille d'effet de  $d=0,06956$  (effet faible selon Cohen, 1992).

D'autre part, pour vérifier si les variables (régulation émotionnelle, pleine conscience et évitement expérientiel) variaient en fonction du nombre de minutes de pratique hebdomadaire, des scores de changements ont été calculés entre le T0 et le T1 afin de contrôler pour la variabilité inter-sujet initiale. Plus précisément, pour chaque participant, nous avons calculé la différence entre les scores hebdomadaires (scores obtenus au MAAS, AAQ-II et CERQ de la semaine 2 à 8) et le score obtenu pour ces mêmes questionnaires à la semaine 1 du protocole (niveau de base). Nous avons ensuite corrélé ces scores de changement avec le nombre de minutes de pratique hebdomadaire pour vérifier si le fait de pratiquer davantage est lié à une augmentation ou à une diminution des variables de pleine conscience, de régulation émotionnelle et d'évitement expérientiel (voir tableau 6). Nous avons inclus uniquement les semaines pour lesquelles cinq

participants et plus avaient fourni des données. Même si les corrélations ne sont pas significatives (excepté pour la régulation émotionnelle à la semaine 5), on observe des corrélations dans le sens attendu de moyennes à fortes pour quatre semaines pour la mesure de régulation émotionnelle ( $r=0,6, 0,638, 0,771$  et  $0,812$ ), pour deux semaines pour la mesure de pleine conscience ( $r =0,588$  et  $0,6$ ), et pour quatre semaines pour la mesure d'évitement expérientiel ( $r =-0,3, -0,257, -0,647$  et  $-0,486$ ).

Tableau 6. Corrélations entre la pratique quotidienne hebdomadaire et les différentes variables

		AAQ-II	CERQ	MAAS
	n	r	r	R
Semaine 1	5	-0,3	0,1	0,6
Semaine 2	6	-0,257	0,771	-0,371
Semaine 3	4	-	-	-
Semaine 4	5	0,3	0,1	-0,3
Semaine 5	6	-0,647	0,812*	0,588
Semaine 6	6	-0,486	0,6	-0,314
Semaine 7	6	-0,031	0,638	-0,759
Semaine 8	3	-	-	-

CERQ = régulation émotionnelle MAAS= pleine conscience AAQ-II= évitement expérientiel  
\* $p < .05$

Nous souhaitons déterminer si les participants qui avaient le plus pratiqué étaient également ceux qui s'étaient le plus améliorés par rapport à leur niveau de base en T0 (score de changement). Toutefois, il n'a pas été possible de faire de tests corrélationnels en raison du manque de puissance statistique ( $n=4$ ). Nous avons donc calculé des scores de changement pour chacun des participants en faisant la différence entre les scores qu'ils ont obtenus au T0 et au T1 pour chacune des variables, c'est-à-dire les scores obtenus au BPRS, au BSPS, au MAAS, au AAQ-II et au CERQ (voir tableau 7 \*les participants sont placés en ordre décroissant : de celui qui a le plus pratiqué en nombre de minutes de pratique

totale à celui qui a le moins pratiqué). Une inspection visuelle des données nous permet de constater que le Participant 1 est celui qui se serait globalement le plus amélioré : il se place au premier rang pour l'amélioration au niveau des symptômes totaux et des symptômes d'anxiété sociale et au second rang pour l'amélioration de la régulation émotionnelle. Le Participant 2 est celui qui se serait le plus amélioré sur les variables de régulation émotionnelle, de pleine conscience et d'évitement expérientiel. Le Participant 4 serait quant à lui celui qui s'est le moins amélioré sur les variables de régulation émotionnelle et de pleine conscience.

Tableau 7. Scores de changement entre T0 et T1 pour chaque participant

	Sx totaux	Anxiété	Anxiété sociale	Dépression	Régulation	Évitement expérientiel	Pleine conscience
Participant 1*	-14,00	-1,00	-10	,00	28,00	3,00	-1,00
Participant 2*	13,00	,00	-1	4,00	40,00	-11,00	11,00
Participant 3*	-6,00	-1,00	0	-1,00	20,00	-4,00	-3,00
Participant 4*	,00	-1,00	8	1,00	-21,00	-2,00	-5,00
Total N	4	4	4	4	4	4	4
Moyenne	-1,75	-,75	-0,75	1,00	16,75	-3,50	,50
Écart- type	11,38	,50	7,37	2,16	26,47	5,80	7,19

*\*les participants sont placés en ordre décroissant : de celui qui a le plus pratiqué à celui qui a le moins pratiqué (en nombre de minutes de pratique totale).*

Par ailleurs, des données qualitatives ont été collectées lors des entrevues post-traitement pour quatre participants ainsi que dans les journaux de bord hebdomadaires pour six participants. Ces informations ont été mises en commun et ont été triées en différentes catégories sémantiques. Le nombre de participants ayant mentionné chacun des éléments est inscrit entre parenthèses.

Tout d'abord, au niveau des obstacles rencontrés lors de la pratique des exercices de pleine conscience, les participants ont rapporté l'ennui (n=2), l'envie de bouger ou

l'agitation (n=3), l'irritabilité ou la frustration (n=3), les pensées incontrôlables (n=5), les émotions envahissantes (n=1) et la présence de symptômes psychotiques (n=2). Par ailleurs, les participants ont identifié certains obstacles concernant plus spécifiquement l'observance des exercices à faire à la maison, c'est-à-dire le manque de temps (n=4), la crainte d'être dérangé (n=2), la difficulté à « ne rien faire » (n=1), la crainte d'expérimenter des symptômes psychotiques (n=1), la difficulté à faire les exercices seul (n=3), le manque d'intérêt (n=1), l'impression que les exercices sont contre-intuitifs (n=1) ou non-aidants (n=1) et la redondance des exercices (n=2). Pour ce qui est des bienfaits observés par les participants en lien avec les exercices de pleine conscience, les participants ont mentionné l'effet relaxant (n=5), la diminution des symptômes d'anxiété (n=3), une plus grande curiosité envers soi (n=2), une tendance à être moins dans l'évitement (n=1), une augmentation de l'énergie (n=1) et de la concentration (n=2), une plus grande conscience de son corps (n=1), une reprise de pouvoir sur ses difficultés (n=3), une plus grande compassion envers soi (n=4) et une tendance à être davantage dans l'acceptation que dans la lutte (n=3).

D'autre part, en ce qui concerne le contenu, la structure ou la forme des exercices, les participants ont mentionné avoir apprécié lorsqu'il y avait place à la créativité et à l'imagination (n=3), lorsque les exercices étaient moins directifs c'est-à-dire quand les images n'étaient pas imposées par le thérapeute (n=1), lorsque les exercices faisaient appel à des images ou à des métaphores (n=2), lorsque les exercices faisaient appel à des valeurs et à un contenu spirituel (n=3), lorsque les instructions étaient plus précises et que le thérapeute guidait davantage le participant avec sa voix (n=4), lorsque la durée des silences était plus courte (n=4). De plus, les participants ont également mentionné avoir apprécié,

le respect du rythme par la thérapeute (n=3), le non-jugement et l'acceptation de la thérapeute (n=4). Certains ont aussi mentionné qu'il était plus facile de faire les exercices avec le thérapeute qu'à la maison (n=4) et que la possibilité de parler à quelqu'un était très aidante (n=4). Finalement, les exercices les plus appréciés étaient ceux portant sur la compassion envers soi (n=2), la compassion envers les autres (n=3) et la visualisation d'un espace sécuritaire (n=4).

De plus, les participants ont mentionné d'autres commentaires en lien avec à la thérapie de façon plus globale. Une a mentionné que la thérapie a facilité l'arrêt de ses médicaments. Un autre participant a mentionné utiliser la pleine conscience pour calmer ses crises d'anxiété alors qu'un autre disait l'utiliser pour être plus calme dans les transports en commun. Une autre personne a mentionné que les voix étaient davantage présentes durant les méditations, mais qu'elles finissaient par disparaître d'elles-mêmes. Finalement, une autre participante a nommé faire l'expérience de symptômes psychotiques plus intenses lors d'une séance (les exercices ont été écourtés et repris la semaine suivante lorsque la participante se sentait prête).

## **Discussion**

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre, dans le cadre d'une thérapie individuelle basée sur la pleine conscience auprès d'une clientèle atteinte d'un trouble psychotique et d'anxiété sociale, quel rôle joue la pratique quotidienne dans l'expérience des participants et dans l'efficacité du traitement. Concernant les analyses préliminaires, c'est-à-dire l'évolution des variables entre le début (T0) et la fin de la thérapie (T1), bien que les résultats n'atteignent pas des seuils significatifs au niveau statistique, ces derniers

vont dans le sens désiré d'un point de vue clinique. En effet, tel qu'attendu, nous avons observé une diminution globale des symptômes, une amélioration des stratégies de régulation émotionnelle, une augmentation du niveau de pleine conscience et une diminution de l'évitement expérientiel entre le début et la fin du traitement.

Par ailleurs, le niveau de pratique variait énormément d'un participant à l'autre passant d'une pratique quotidienne régulière, à quelques fois par semaine à une absence totale de pratique. Tel qu'attendu, puisque ce qui était suggéré aux participants était de moins longue durée que ce qui est traditionnellement recommandé dans les thérapies de pleine conscience, la durée moyenne des pratiques (12,18 minutes) est inférieure à ce qui est généralement retrouvé dans d'autres études. Toutefois la fréquence hebdomadaire (3,21 jours) semble similaire à ce qui est retrouvé auprès d'autres populations cliniques. En effet, dans une intervention de huit semaines auprès de personnes ayant un trouble bipolaire, les gens se sont engagés en moyenne dans 3,3 jours de méditation par semaine (Perich, Manicavasagar, Mitchell et Ball, 2013) alors quand dans une thérapie de sept semaines auprès de personnes souffrant de dépression, les participants ont pratiqué en moyenne 3,36 jours par semaine et la durée moyenne des pratiques étaient de 21,31 minutes (Crane et al., 2014). Finalement, la durée et la fréquence de pratique des participants semblent inférieures à ce qu'on retrouve dans la population en général. En effet, une méta-analyse de 43 études réalisée auprès de populations cliniques et non cliniques et s'intéressant à la pratique dans des interventions de MBSR et de MBCT observe une moyenne de six jours de pratique par semaine ainsi qu'une durée moyenne de 30 minutes par jour.

Relativement à l'évolution des variables en fonction du niveau de pratique hebdomadaire, même s'il n'est pas possible de démontrer statistiquement qu'il existe un

lien entre la pratique hebdomadaire et la régulation émotionnelle, on observe un changement dans le sens attendu au niveau clinique, c'est-à-dire une association importante (larges effets pour les semaines 2, 5, 6 et 7 ainsi qu'un résultat significatif ( $p < 0,05$ ) à la semaine 5 selon Cohen, 1992), ce qui concorde avec les hypothèses ii et iii formulées précédemment. Ceci suggère que les semaines où les participants pratiquaient davantage la méditation, ils obtenaient un score plus haut sur l'échelle de la régulation émotionnelle et utilisaient donc possiblement des stratégies de régulation émotionnelles plus efficaces. De plus, nous observons des résultats similaires en ce qui concerne le niveau d'acceptation : même s'il n'est pas possible de démontrer qu'il existe un lien statistiquement significatif entre la pratique hebdomadaire et l'évitement expérientiel, nous avons pu observer un changement dans le sens attendu au niveau clinique, c'est-à-dire une association importante (large effet à la semaine 5 et 6, effet moyen à la semaine 1 et 2 selon Cohen, 1992). Ces résultats suggèrent que les semaines où les participants pratiquaient davantage la méditation, ils obtenaient un score plus bas sur l'échelle de l'évitement expérientiel et donc étaient possiblement plus prompts à accepter leurs émotions et pensées inconfortables et avaient moins le désir de contrôler ou d'altérer leurs expériences internes.

Contrairement à l'hypothèse i, aucun lien n'a été trouvé entre la pratique hebdomadaire et le niveau de pleine conscience. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Perich, Manicavasagar, Mitchell et Ball (2013) qui n'ont pas trouvé d'association entre le niveau de pratique et le niveau de pleine conscience. Cette dernière étude utilisait également le *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) pour mesurer la pleine conscience. Le MAAS est un questionnaire mesurant une seule facette de la pleine conscience, c'est-à-dire la tendance à être attentif et conscient à ce qui se passe dans le

moment présent. Ainsi, il est possible que d'autres facettes de la pleine conscience (ex. : le non-jugement ou la non-réaction (Giovannini et al, 2014)) n'aient pas été mesurées et que d'autres échelles de la pleine conscience plus exhaustives aient permis de trouver des résultats significatifs. Par ailleurs, tel que soulevé dans un autre article obtenant des résultats similaires (Van der Valk, Van de Waerdt, Meijer, Van den Hout et de Haan, 2013), il est également possible que cette diminution soit due à un changement au niveau de la façon dont les participants font l'expérience de leurs pensées et leurs émotions. En effet, étant plus conscients de leurs expériences internes, les participants ont pu réaliser au fil des semaines qu'ils n'étaient pas aussi en pleine conscience que ce qu'ils croyaient au début de l'intervention. Ainsi, les mesures récoltées en fin de traitement seraient plus représentatives du niveau réel de pleine conscience.

En raison du manque de puissance statistique, il n'a pas été possible de réaliser les analyses nécessaires pour déterminer si le niveau de pratique quotidienne améliore l'efficacité du traitement (hypothèse iv), c'est-à-dire la présence de symptômes et plus particulièrement l'anxiété, la dépression. De plus, l'inspection visuelle des données n'a pas permis de dégager de tendance particulière : au niveau des symptômes globaux, deux participants ont rapporté une amélioration, un participant a rapporté une augmentation et le dernier n'a rapporté aucun changement. Ces résultats sont notamment dus à la petite taille de l'échantillon ( $n=4$ ) qui n'a pas permis d'obtenir des résultats représentatifs de la population qui nous intéresse. Par ailleurs, tel qu'il a été mentionné précédemment, les thérapies basées sur la pleine conscience visent d'abord à diminuer la détresse associée aux symptômes plutôt que les symptômes eux-mêmes. Il aurait donc été plus probable d'observer des tendances cliniquement significatives en ajoutant des mesures de détresse

ou de bien-être psychologique, des variables possiblement plus représentatives des bénéfices de la thérapie. De plus, puisque la thérapie CAP constitue une intervention brève (huit semaines), il est possible que cela ait pu limiter l'ampleur des bénéfices engendrés. À ce propos, le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* suggère d'offrir un minimum de 16 séances de thérapie auprès de personnes avec un trouble psychotique.

Par ailleurs, les données qualitatives suggèrent que pour la plupart des participants, les défis rencontrés lors de la pratique de la pleine conscience sont similaires aux obstacles communément rencontrés chez les personnes qui commencent à pratiquer la méditation (Kabat-Zinn, 2014). En effet, le manque de temps, l'envie de bouger ou l'agitation, l'irritabilité ou la frustration et les pensées incontrôlables ont été les défis les plus fréquemment soulevés par les participants. Une seule personne ne s'est pas engagée dans une pratique à la maison, considérant que la méditation ne lui convenait pas. Cette dernière a expliqué qu'elle n'aimait pas faire les exercices de méditation, qu'elle avait l'impression que cela ne l'aidait pas et qu'elle préférait discuter avec la thérapeute. Par ailleurs, deux personnes ont fait l'expérience de symptômes psychotiques durant leur pratique et une seule de ces deux personnes a rapporté une détresse associée. Cette dernière est également celle ayant identifié la crainte de faire l'expérience de symptômes positifs comme étant un obstacle à sa pratique quotidienne. Cette participante avait déjà fait l'expérience de symptômes psychotiques lors d'expériences de méditations prolongées avant la présente thérapie et se disait plus craintive de faire des expériences similaires. Ceci va dans le même sens que ce qui a été évoqué par plusieurs auteurs, c'est-à-dire que les pratiques méditatives de longue durée peuvent augmenter le risque pour les personnes avec un trouble psychotique de faire l'expérience de symptômes positifs et qu'il est préférable de maintenir

la pratique entre 10 et 15 minutes (Langer, Carmona-Torres, Van Gordon et Shonin, 2016; Taylor et Abba, 2015). Mentionnons toutefois que certains participants ont manifesté le désir d'avoir des enregistrements audios de méditation de plus longue durée, car ils ressentaient le besoin de pratiquer davantage. Pour ce qui est de la deuxième personne ayant fait l'expérience de symptômes psychotiques, cette dernière a mentionné ne pas accorder d'importance à ses voix et que ces dernières s'atténaient avec la pratique.

Par ailleurs, tel que recommandé par les auteurs du module (Khoury et Lecomte, 2010), il semble que la plupart des participants aient préféré les exercices lors desquels le thérapeute intervenait davantage et lorsqu'il n'y avait pas de silences trop prolongés. Bien que deux participants aient mentionné avoir besoin que les exercices soient moins structurés, tous les autres ont dit apprécier lorsque les instructions étaient plus précises et que la thérapeute guidait davantage le participant avec sa voix. Aussi, bien que du contenu plus abstrait n'ait pas été utilisé dans une précédente étude pilote du module CAP, les métaphores semblent s'être avérées utiles et appréciées par certains participants de cette étude. En effet, pour trois participants, des explications imagées (exemple : métaphore d'un train duquel on voit défiler le paysage) leur ont permis de mieux saisir le concept de pleine conscience en se percevant comme des observateurs de leurs pensées. Ainsi, bien que le matériel plus abstrait puisse constituer un défi pour certaines personnes ayant des symptômes cognitifs importants, les métaphores semblent être bénéfiques pour d'autres. Plusieurs participants ont d'ailleurs mentionné apprécier lorsque les exercices faisaient davantage appel à leur créativité notamment lors d'un exercice de visualisation d'un espace sécuritaire. Ces résultats vont dans le même sens qu'une étude de Taylor, Jones, Huntley et Saddon (2017) qui soulève l'importance d'utiliser les métaphores, l'imagerie et les

activités créatives lors du travail thérapeutique auprès des personnes avec un trouble psychotique.

Par ailleurs, certains participants ont mentionné apprécier lorsqu'ils pouvaient faire des liens entre la pratique de la pleine conscience et la spiritualité. Tel que mentionné dans un ouvrage de Kabat-Zinn (2014), la pratique doit être exempte de toute dimension religieuse, mais peut-être pas spirituelle: une « spiritualité sans Dieu » est possible. Certains auteurs suggèrent même de se questionner sur le clivage actuel entre la religion et la science (Dimindjian et al., 2003) alors que d'autres qui ont comparé la méditation séculaire et la méditation spirituelle ont observé des bénéfices plus élevés pour la deuxième intervention (Wachholtz et Pargament, 2005). Ceci nous amène à penser qu'il peut être aidant pour certains participants de faire du sens de leur pratique en l'inscrivant dans une approche plus spirituelle. Certains participants ont d'ailleurs évoqué le besoin de mieux comprendre le rationnel et l'historique derrière les exercices de méditation.

Aussi, les participants ont mentionné des éléments relatifs à l'alliance thérapeutique dans leur appréciation de la thérapie. Il semble que pour plusieurs, l'attitude d'acceptation du thérapeute, l'accompagnement lors des exercices et l'impression que leur rythme d'apprentissage était respecté soient des éléments qui aient facilité l'apprentissage de la pleine conscience. Lors de l'entrevue finale semi-dirigée, tous les participants ont identifié des éléments de l'alliance thérapeutique comme ayant facilité le déroulement de la thérapie (acceptation, non-jugement, douceur de la thérapeute, ouverture, parler de n'importe quel sujet). À ce propos, plusieurs auteurs suggèrent qu'une petite proportion de la variance du changement thérapeutique s'expliquerait par l'utilisation de techniques spécifiques, alors que 92 % de cette variance serait plutôt liée à des facteurs communs à toutes les

psychothérapies, c'est-à-dire à des éléments relatifs au thérapeute lui-même ainsi qu'à l'alliance thérapeutique (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon, 2004). De plus, les auteurs de ce module (Lecomte et al., 2008) suggèrent que dans certains cas, il peut même être pertinent d'utiliser davantage le dévoilement du thérapeute afin de renforcer l'alliance et établir un climat de confiance lors du travail auprès des personnes avec un trouble psychotique. Ainsi, tel que mentionné par La Langer, Carmona-Torres, Van Gordon et Shonin (2016), on ne pourra jamais assez insister sur l'importance de l'alliance thérapeutique dans le travail avec les personnes ayant un trouble psychotique.

Il semblerait que la pleine conscience ait constitué un concept difficile à comprendre pour certains participants. Certains d'entre eux décrivaient la méditation comme étant de la relaxation alors que d'autres la conceptualisaient comme un moyen de « contrôler ou arrêter les pensées ». D'ailleurs, beaucoup ont rapporté l'effet relaxant comme étant le bénéfice principal des exercices de pleine conscience. Bien que la compréhension du concept de pleine conscience ait évolué au fil de la thérapie pour la plupart des participants, il semble que l'acquisition de l'habileté d'être en pleine conscience soit complexe pour plusieurs. Tel que mentionné par Gunaratana (2002), la pleine conscience ne peut pas être complètement comprise par les mots, car il s'agit d'une expérience non-verbale. Aussi, tel que suggéré par Shonin, Van Gordon et Griffiths (2014) aussi bien pour une population clinique que pour des personnes ne souffrant pas de troubles de santé mentale, la pleine conscience est un processus très subtil et difficile à comprendre pouvant générer de la confusion pour plusieurs personnes. Ceci suggère qu'aussi bien pour les personnes avec un trouble psychotique que pour la population en général, la pleine conscience nécessite une méta-réflexion dont l'apprentissage passe par une compréhension

expérientielle qui nécessite beaucoup de pratique. Ainsi, toute la complexité du processus d'apprentissage de la pleine conscience nous amène à nous questionner sur la qualité de la méditation lors de la pratique des exercices. En effet, dans des études ultérieures il serait pertinent de se demander si ce n'est pas plutôt la qualité de la méditation et non la quantité de la méditation qui aurait un plus grand impact sur l'efficacité des thérapies basées sur la pleine conscience (Del Re, Flückiger, Goldberg et Hoyt, 2013).

La présente étude comportait plusieurs limites, notamment la courte durée de l'intervention ainsi que l'échantillon de petite taille qui ne permettait pas de réaliser des analyses substantielles. L'une des thérapeutes était également l'auteure de cette recherche, ce qui a pu induire un biais dans la rédaction et l'analyse des résultats. De plus, même si les questionnaires étaient placés dans des enveloppes cachetées, il est possible que la présence du thérapeute ait influencé les réponses des participants. Par ailleurs, à lumière des commentaires rapportés par les participants et considérant l'influence probable des facteurs communs dans le déroulement de l'intervention (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon, 2004), il aurait été pertinent d'inclure des mesures de l'alliance thérapeutique dans l'étude. Finalement, nous pensons que les pistes de recherches futures sont nombreuses. En effet, d'autres études qualitatives sont nécessaires afin de mieux comprendre les mécanismes d'action influençant l'efficacité des approches basées sur la pleine conscience auprès d'une population avec un trouble psychotique. Il pourrait être pertinent de s'intéresser davantage au rôle que joue la spiritualité dans l'enseignement de la pleine conscience, à la qualité de la pratique plutôt qu'à la quantité, au rôle que joue la compassion dans ce type d'intervention ainsi qu'à la nature de la relation que la personne développe avec ses voix

## **Conclusion**

L'ensemble des données suggèrent la faisabilité et l'acceptabilité du module CAP pour les personnes souffrant d'un trouble psychotique et d'anxiété sociale. On peut penser que le niveau de pratique quotidien a une certaine influence sur la régulation émotionnelle et l'évitement expérientiel des participants, mais que d'autres études de plus grande ampleur sont nécessaires pour le démontrer statistiquement. Par ailleurs, il semble y avoir eu autant d'expériences différentes de pratique pleine conscience que de participants et il est difficile de dégager des tendances claires et des considérations cliniques qui peuvent être appliquées à tous. En effet, bien qu'il soit primordial de prendre en considération les vulnérabilités particulières des personnes ayant un trouble psychotique et de l'anxiété sociale, il semblerait que les enjeux et les besoins inhérents à la pratique quotidienne de la pleine conscience soient spécifiques à chaque participant. Ceci soulève donc l'importance pour le thérapeute de faire preuve de flexibilité et de créativité dans le transfert des habiletés de pleine conscience ainsi que la nécessité d'adapter les protocoles de traitement aux particularités de chaque personne, la méditation étant d'abord et avant tout outil au service de la relation thérapeutique.

## Références

- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Psychotherapy research, 18*(1), 77-87.
- Achim A.M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., et Roy, M.A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin, 37*(4), 811-821.
- Arns P. Canadian Version of the PSR Toolkit. Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs; 1998.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation meditation: Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and Psychosomatics, 66*, 97–106.
- Artaloytia, J.F., Arango, C., Lahti, A., Sanz, J., Pascual, A., Cubero, P. et al. (2006). Negative signs and symptoms secondary to antipsychotics: a double-blind, randomized trial of a single dose of placebo, haloperidol, and risperidone in healthy volunteers. *American Journal of Psychiatry, 163*, 488-493.
- Aust, J., & Bradshaw, T. (2016). Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing.*
- Bach, P., Hayes, S., et Gallop, R. (2012). Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification, 36*(2), 165-181.
- Bach , P., Gaudio, G.A., Hayes, S. C. et Herbert, J.D. (2013). Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 5* (2).

- Badcock, J., Paulik, G., et Maybery, M. (2011). The role of emotion regulation in auditory hallucinations. *Psychiatry Research, 185*(3), 303-308.
- Bak, M., Krabbendam, L., Delespaul, P., Huistra, K., Walraven, W. et Van Os, J. (2008). Executive function does not predict coping symptoms in stable patients with a diagnosis schizophrenia. *BMC Psychiatry, 8* (39).
- Baer, R. A., Smith, G. T., et Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., et Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.
- Black, D. S., Sussman, S., Johnson, C. A., & Milam, J. (2012). Psychometric assessment of the mindful attention awareness scale (MAAS) among Chinese adolescents. *Assessment, 19*(1), 42-52.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., et Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford.
- Berghoff, C. R., Wheelless, L. E., Ritzert, T. R., Wooley, C. M., & Forsyth, J. P. (2017). Mindfulness Meditation Adherence in a College Sample: Comparison of a 10-Min Versus 20-Min 2-Week Daily Practice. *Mindfulness, 1-9*.
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2015). Meditation practice and self-reported mindfulness: a cross-sectional investigation of meditators and non-meditators using the comprehensive inventory of mindfulness experiences (CHIME). *Mindfulness, 6*(6), 1411-1421.

- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., et Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research and Therapy*, *46*, 1230–1237.
- Birchwood, M., et Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: Not a quasi-neuroleptic. *The British Journal of Psychiatry*, *188*, 107–108.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour research and therapy*, *45*(5), 1025-1037.
- Bond, Frank W., et al. "Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance." *Behavior therapy* *42.4* (2011): 676-688.
- Brown, K. W., et Ryan, M.R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being *Journal of Personality and Social Psychology* *84*(4), 822 à 848.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., et Specia, M. (2001) The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer*, *9*, 112-123.
- Carlson, L. E., Specia, M., Patel, K. D., et Goodey, E. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction in Relation to Quality of Life, Mood, Symptoms of Stress, and Immune Parameters in Breast and Prostate Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 571-581.
- Carmody, J., et Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(1), 23-33.

- Carmody, J., et Baer, R. A. (2009). How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. *Journal of Clinical Psychology, 65*(6), 627-638.
- Chadwick, P., Strauss, C., Jones, A. M., Kingdon, D., Ellett, L., Dannahy, L., & Hayward, M. (2016). Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia research, 175*(1), 168-173.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for psychosis*. Chichester: John Wiley et Sons Ltd.
- Chadwick, P., Taylor, K. N., et Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*, 351–359.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., et Dagnan, D. (2009). Mindfulness Groups for Distressing Voices and Paranoia: A Replication and Randomized Feasibility Trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*(4), 403-412.
- Chien, W. T., et Lee, I. Y. M. (2013). The Mindfulness-Based Psychoeducation Program for Chinese Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services, 64*(4), 376-379.
- Crane, C., Crane, R. S., Eames, C., Fennell, M. J., Silverton, S., Williams, J. M. G., & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behaviour research and therapy, 63*, 17-24.
- Dannahy, L., Hayward, M., Strauss, C., Turton, W., Harding, E., et Chadwick, P. (2011). Group person-based cognitive therapy for distressing voices: Pilot data from nine groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(1), 111-116.

- Davidson, J. R., Potts, N. L., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, K. R., Smith, R. D., & Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., et Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564–570.
- Davis, L., Strasburger, A., et Brown, L. (2007). Mindfulness: An intervention for anxiety in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(11), 23–29.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Goldberg, S. B., & Hoyt, W. T. (2013). Monitoring mindfulness practice quality: an important consideration in mindfulness practice. *Psychotherapy Research*, 23(1), 54-66.
- De Vibe, M., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrøm, K. T., et Kowalski, K. (2012). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults. *Campbell Systematic Reviews*, 2012, 3.
- DiGiacomo, A., Moll, S., MacDermid, J., & Law, M. (2016). Mindfulness-Based Interventions in the Treatment of Psychosis: A Narrative Systematic Review. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 50(1).
- Dimidjian, S., et Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical applications of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 166–171.
- Dyga, K., & Stupak, R. (2015). Meditation and psychosis: trigger or cure?. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 17(3).

- Epstein, D. E. (2016). *The Role of Home Practice Engagement in a Mindfulness-Based Intervention* (Doctoral dissertation, Duke University).
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnlle, J., Fischer, S., et Gross, J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion, 10*, 563–572.
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., et Greeson, J. M. (2004). *Development, factor structure, and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale*. Unpublished manuscript.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., et Walach, H. (2011). Mindfulness based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(2), 102-119.
- Flack, W. F., Laird, J. D., et Cavallaro, L. A. (1999). Emotional expression and feeling in schizophrenia: Effects of specific expressive behaviors on emotional experiences. *Journal of clinical psychology, 55* (1), 1-20.
- Freeman, D., et Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 923–947.
- Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *Eur J Psychol Assess, 23*, 141–9.
- Gaudiano, B. A., Busch, A. M., Wenze, S. J., Nowlan, K., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2015). Acceptance-based behavior therapy for depression with psychosis: Results from a pilot feasibility randomized controlled trial. *Journal of psychiatric practice, 21*(5), 320.

- Gaudiano, B. A., et Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415–437.
- Gaudiano, B. A., Nowlan, K., Brown, L., Epstein-Lubow, G., et Miller, I. (2013). An Open Trial of a New Acceptance-Based Behavioral Treatment for Major Depression With Psychotic Features. *Behavior Modification*. 37(3), 324-355.
- Giovannini, C., Giromini, L., Bonalume, L., Tagini, A., Lang, M., & Amadei, G. (2014). The Italian five facet mindfulness questionnaire: a contribution to its validity and reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 415-423.
- Gunaratana, B. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.
- Haglund, M., Cabaniss, D., Kimhy, D. et Corcoran, C. (2014). A case report of cognitive behavioural therapy for social anxiety in an ultra-high risk patient. *Early Intervention in Psychiatry*. 8, 176–180
- Halperin, S., et al., (2000) A cognitive-behavioral, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry*. 34(5), 809-813.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., et Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., et Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, A. M., et Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.

- Ho, B.C., Andreasen, N.C., Ziebell, S., Pierson, R. et Magnotta, V. (2011). Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 68, 128-137.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., & van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38-45.
- 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.
- Jimenez, S.S., Niles, B., et Park, C. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and individual differences*, 49, 645-650.
- Johnson, D. P., Penn, D. L., Fredrickson, B. L., Kring, A. M., Meyer, P. S., Catalino, L., et Brantley, M. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2-3), 137-140.
- Kabat-Zinn, J. (2014). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience: MBSR, la réduction du stress, basée sur la mindfulness: programme complet en 8 semaines*. J'ai lu.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Où tu vas, tu es*. New York: Hyperion. 315 p.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Dell Publishing.

- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., et Peterson, L. G. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Khoury, B., et Lecomte, T. (2012). Emotional regulation and schizophrenia. *Int J Cogn Ther.* 5, 67–76.
- Khoury, B., Lecomte T., Comtois, G., et Nicole, L. (2013). Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early intervention in psychiatry.* 9, 76-83.
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B.A., et Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research.* 150 (1), 176–184.
- Khoury, B., et Lecomte, T. (2012). Emotion regulation and schizophrenia. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 67–76.
- Kingsep, P., Nathan, P., et Castle, D. (2003). Cognitive behavioral group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 63(1-2): p. 121-129.
- Kraaij, V., Pruyboom, E., et Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 6, 275–281.
- Kreyenbuhl, J., Nossel, I.R., et Dixon, L.B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connection to care: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (4), 696-703.

- Kring, A. M., et Moran, E. K. (2008). Emotional Response Deficits in Schizophrenia: Insights From Affective Science. *Schizophr Bull*, 34(5), 819-834.
- Kumazaki, H., et al. (2012). Lower subjective quality of life and the development of social anxiety symptoms after the discharge of elderly patients with remitted schizophrenia: a 5-year longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 946-951.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S., et Gumley, A. (2009). Recovery After Psychosis (RAP): a compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 511-526.
- Langer, Á. I., Cangas, A. J., Salcedo, E., et Fuentes, B. (2012). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 105-109.
- Langer, Á. I., Carmona-Torres, J. A., Van Gordon, W., & Shonin, E. (2016). Mindfulness for the treatment of psychosis: State of the art and future developments. In *Mindfulness and Buddhist-Derived Approaches in Mental Health and Addiction* (pp. 211-223). Springer International Publishing.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbiere, M., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008). Group Cognitive Behavior Therapy or Social Skills Training for Individuals With a Recent Onset of Psychosis ?: Results of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(12), 866-875.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.

- Livingstone, K., Harper, S., et Gillanders, D. (2009). An exploration of emotion regulation in psychosis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(5), 418-430.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2017). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K., et Ventura, J. (1986). Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophrenia Bulletin*. 12, 578-602.
- Lysaker, P.H., et al. (2010). Association of stigma, self esteem, negative symptoms and emotional discomfort with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia spectrum disorders. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 4, 41-48.
- Lysaker, P.H., et al. (2011). Metacognition in schizophrenia: the relationship of mastery to coping, insight, selfesteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 412-424.
- Michail, M., & Birchwood, M. (2013). Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis. *Psychological Medicine*, 43(1), 133-142.
- Mino, Y., Inoue, S., Shimodera, S., Tanaka, S., Tsuda, T., et Yamamoto, E. (1998). Expressed emotion of families and negative/depressive symptoms in schizophrenia: A cohort study in Japan. *Schizophrenia Research*, 34, 159–168.
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59(4), 301-308.
- Morris, E. M., Johns, L. C., et Oliver, J. E. (2013). *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis*. John Wiley et Sons.

- Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 409-424.
- Nosé, M., Barbui, C, Tansella M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological medicine*, 7, 1149-1160.
- Nyklíček, I., et Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340.
- Pallanti, S., Quercioli, L., et Hollander, E. (2004). Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 53-58.
- Pankey, J., et Hayes, S. C. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311–328.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41.
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., & Ball, J. R. (2013). The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for bipolar disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(7), 338-343.
- Perona-Garcelán, S., Rodríguez-Testal, J. F., Senín-Calderón, C., Ruiz-Veguilla, M., & Hayward, M. (2017). Mindfulness as a Mediator Between the Relational Style with Voices and Negative Affect. *Mindfulness*, 8(2), 454-459.

- Phillips, L.K., et Seidman, L.J. (2008). Emotion processing in persons at risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (5), 888-903.
- Randal, C., Bucci, S., Morera, T., Barrett, M., & Pratt, D. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychosis: Measuring Psychological Change Using Repertory Grids. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(6), 496-508.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
- Ribeiro, L., Atchley, R. M., & Oken, B. S. (2017). Adherence to Practice of Mindfulness in Novice Meditators: Practices Chosen, Amount of Time Practiced, and Long-Term Effects Following a Mindfulness-Based Intervention. *Mindfulness*, 1-11.
- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Berg, A. O., Hansen, C. F., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Assessment of social anxiety in first episode psychosis using the Liebowitz Social Anxiety scale as a self-report measure. *European Psychiatry*, 26(2), 115-121.
- Segal, Z. V., Williams, J.M.G., et Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., et Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., et Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., Sims, E., Lerner, C., Thomas, N., Castle, D., Mullen, P., et Copolov, D. (2012) A randomised controlled trial

of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour research and therapy*, 50, 110-121.

Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2014). Do mindfulness-based therapies have a role in the treatment of psychosis?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 124-127.

Phillips, L. K., & Seidman, L. J. (2008). Emotion processing in persons at risk for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(5), 888-903.

Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675–691.

Sephton, S., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., et Studts, J. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57(1), 77-85.

Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., et Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 613-622.

Strauss, C., Thomas, N., & Hayward, M. (2015). Can we respond mindfully to distressing voices? A systematic review of evidence for engagement, acceptability, effectiveness and mechanisms of change for mindfulness-based interventions for people distressed by hearing voices. *Frontiers in psychology*, 6.

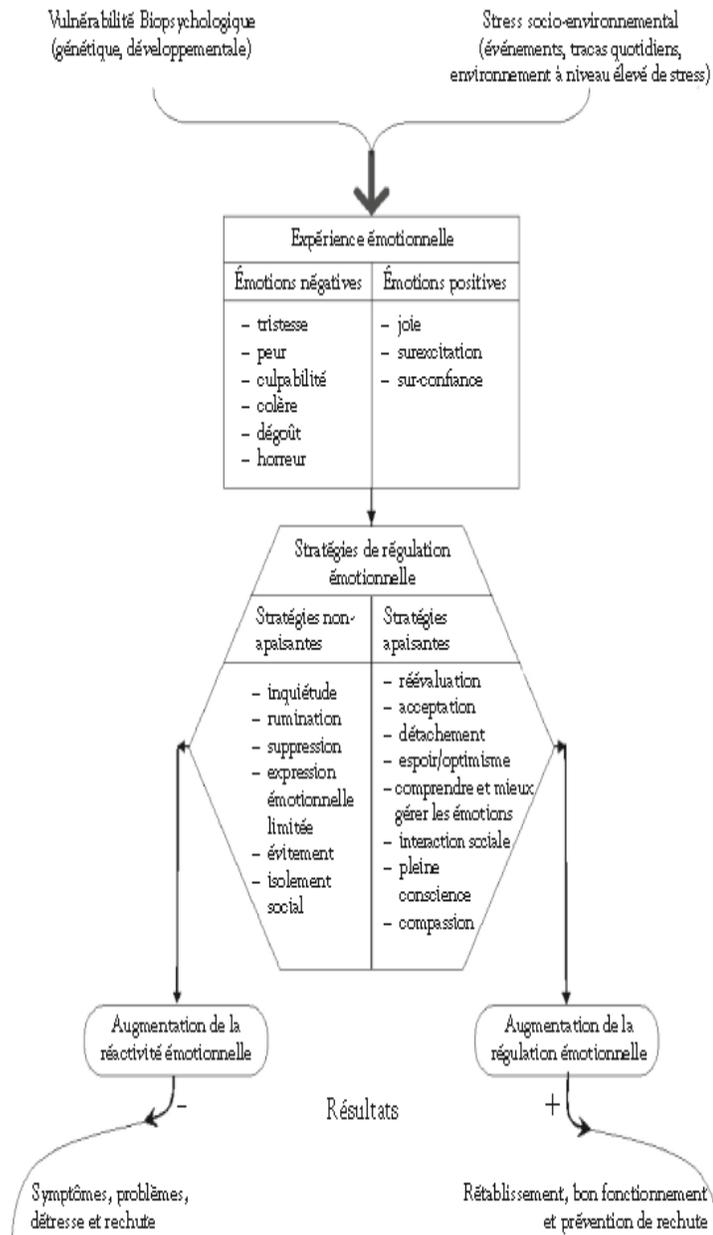
Sullivan, S. K., & Strauss, G. P. (2017). Electrophysiological evidence for detrimental impact of a reappraisal emotion regulation strategy on subsequent cognitive control in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(5), 679.

- Tai, S., et Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 865–873.
- Taylor, K. N., & Abba, N. (2015). Mindfulness Meditation in Cognitive-Behavioral Therapy for Psychosis. *Incorporating Acceptance and Mindfulness into the Treatment of Psychosis: Current Trends and Future Directions*, 170.
- Toneatto, T., et Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 260-266.
- Trémeau, F. (2006). A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8, 59–70.
- Watson, P., Garety, P., Weinman, J., Dunn, G., Bebbington, P., Fowler, D., Freeman, D., et Kuipers, E. (2006). Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: The role of illness perceptions. *Psychological Medicine*, 36, 761–770.
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., et Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 901-907.
- Van der Meer, L., Van't Wout, M., et Aleman, A. (2009). Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 170, 108–113.
- Van der Valk, R., van de Waerdt, S., Meijer, C. J., van den Hout, I., & de Haan, L. (2013). Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: a pilot study. *Early intervention in psychiatry*, 7(1), 64-70.

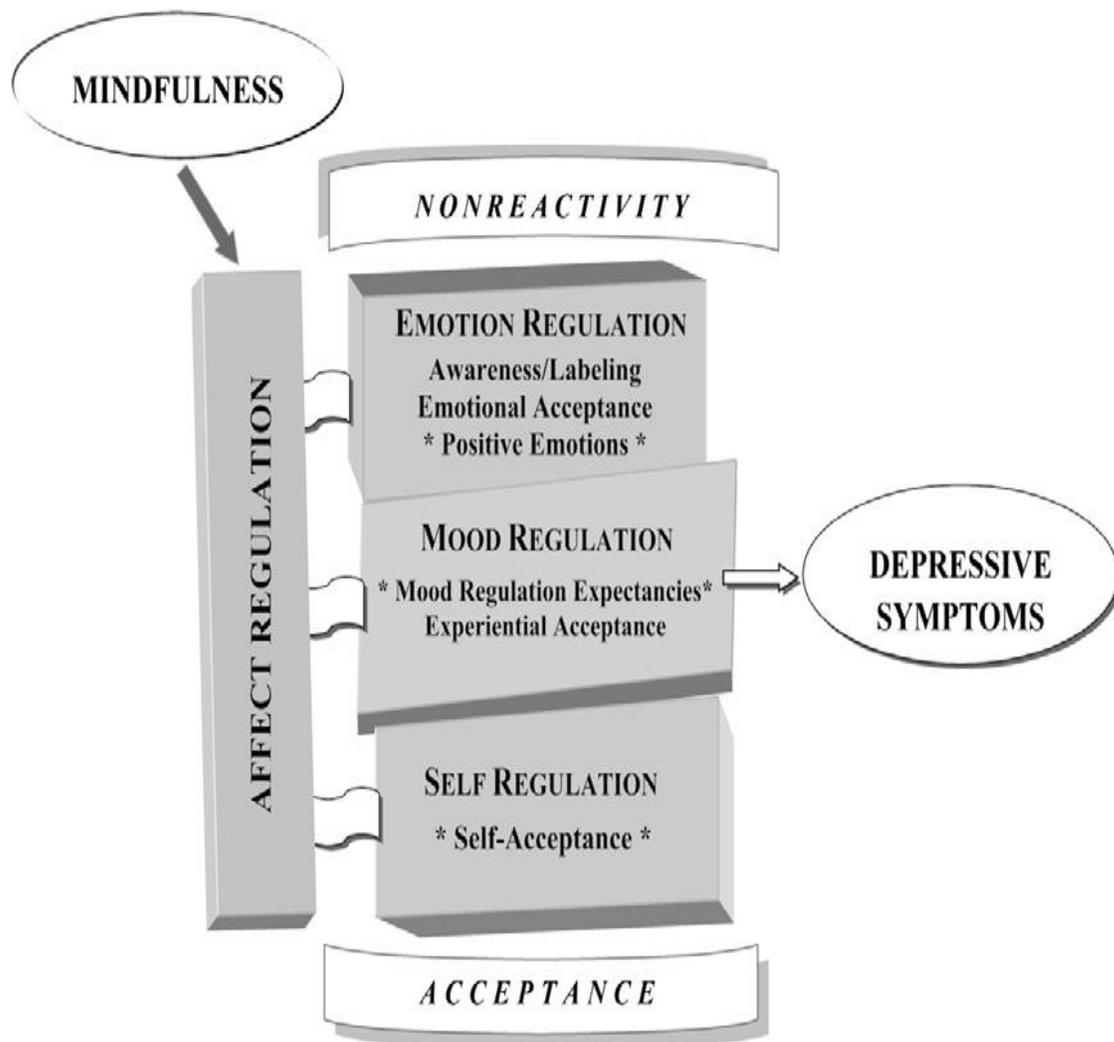
- Van Rheenen, T. E., Joshua, N., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2017). Configural and Featural Face Processing Influences on Emotion Recognition in Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(3), 287-291.
- Varese, F., Morrison, A. P., Beck, R., Heffernan, S., Law, H., & Bentall, R. P. (2016). Experiential avoidance and appraisals of voices as predictors of voice-related distress. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 320-331.
- Velligan, D.I., et al., (2009). Multimodal cognitive therapy: combining treatments that bypass cognitive deficits and deal with reasoning and appraisal biases. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 884-893.
- Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A., et Liberman, R.P. (1993). Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 221-244.
- Ventura, J., Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Green, M.F., et Gitlin, M.J. (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 69, 343-352.
- Wachholtz, A. B., & Pargament, K. I. (2005). Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 28(4), 369-384.
- Wyatt, C., Harper, B., & Weatherhead, S. (2014). The experience of group mindfulness-based interventions for individuals with mental health difficulties: A meta-synthesis. *Psychotherapy Research*, 24(2), 214-228.



## Annexe 1 : Modèle intégratif de régulation émotionnelle de la schizophrénie



**Annexe 2 : Modèle sur les effets de la pleine conscience sur la régulation des affects**



### Annexe 3 : Formulaire de consentement



Formulaire d'information et de consentement

**Titre du projet: Étude préliminaire sur le traitement de l'anxiété sociale chez des personnes atteintes de schizophrénie : comparaison et compréhension des effets distinctifs de deux traitements innovateurs**

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche conduit par les Drs Tania Lecomte (Université de Montréal), Frédéric Gosselin (Université de Montréal ) et Amélie Achim (Université Laval à Québec), en collaboration avec les Drs Amal Abdel-Baki (psychiatre au CHUM) et Luc Nicole (psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Montréal), ainsi que la clinique PEPP de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, la clinique PEPP de l'hôpital Douglas et l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ).

Objectifs de la recherche

**L'objectif de cette recherche préliminaire est d'investiguer l'impact potentiel de deux traitements pour l'anxiété sociale chez des personnes atteintes de schizophrénie. Selon une récente étude, l'anxiété sociale, lorsque diagnostiquée, est présente chez 23% des personnes atteintes de schizophrénie. L'anxiété sociale nuit non seulement au pronostic de la schizophrénie, mais également au rétablissement social de la personne, en plus de s'aggraver avec les années. Les deux conditions de traitement qui seront**

**comparées dans cette étude sont : (1) l'entraînement à la modification des biais cognitifs (CBMT) et (2) une intervention cognitivo-comportementale de troisième vague de méditation pleine-conscience (MBI). Des études et des modèles récents suggèrent que les biais cognitifs (biais d'attention et d'interprétation) auraient des relations causales avec l'anxiété sociale et pourraient être modifiés par un entraînement à la modification des biais cognitifs (CBMT). La thérapie cognitive-comportementale de troisième vague basée sur la méditation, l'acceptation et la compassion a été montrée efficace dans le traitement de l'anxiété sociale en ciblant la régulation émotionnelle. Ces deux traitements novateurs ont démontré des tailles d'effet moyennes à grandes dans la diminution de l'anxiété sociale chez les personnes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale.**

### Participation à la recherche

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous entrez en contact avec un professionnel de recherche à deux reprises en vue de compléter des questionnaires, entrevues et tests, avant et deux mois après le début du traitement. Il vous sera alors demandé de remplir différents questionnaires à propos d'informations sociodémographiques et de votre santé mentale. Chacune de ces rencontres sera d'une durée approximative de deux heures.

Ensuite vous serez assigné aléatoirement à une des deux conditions de traitement (l'entraînement à la modification des biais cognitifs (CBMT) ou l'intervention cognitivo-comportementale de troisième vague de méditation pleine-conscience (MBI)). Les deux conditions de traitement consistent en huit séances d'environ une heure d'intervention individuelle à raison d'une fois par semaine durant 2 mois.

Chacune de ces rencontres aura une durée approximative de 2h et se déroulera à la clinique PEPP de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, à la clinique JAP de l'hôpital Notre-Dame (CHUM), à la clinique PEPP de l'hôpital Douglas, à l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ), ou à l'Université de Montréal. Si vous considérez que la durée des rencontres est trop longue, vous pourrez à chaque fois prendre des pauses au moment où vous le désirez ou encore continuer la rencontre lors d'une autre journée.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

- Homme ou femme;
  - Être âgé entre 18 et 35 ans;
  - Présenter un diagnostic d'un trouble psychotique non-affectif (schizophrénie, trouble schizophréniforme)
  - Présenter un diagnostic d'anxiété sociale
  - Symptômes psychotiques stabilisés
  - Apte à donner son consentement pour participer à l'étude
- 
- Les personnes ne parlant ni le français, ni l'anglais, ayant un trouble organique connu ou un retard intellectuel, ayant un handicap oculaire important ou participant actuellement à une thérapie cognitive-comportementale pour l'anxiété sociale seront exclus de l'étude.

## **Confidentialité**

À moins que la loi ne l'exige, toutes les informations que vous fournirez dans les entrevues resteront confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de cette recherche. Le chercheur ne divulguera à qui que ce soit aucune information vous concernant et aucune information révélant votre identité ne sera divulguée ou publiée sans votre consentement. Lorsque les résultats de cette recherche seront prêts à être publiés, votre identité restera confidentielle et seules les données de l'ensemble des participants seront présentées.

Afin d'assurer la confidentialité, un numéro sera utilisé à la place de votre nom pour la saisie des données des questionnaires et des tests. La liste maîtresse des noms sera conservée dans un endroit sécuritaire, soit au laboratoire LESPOIR, à l'Université de Montréal. Elle sera utilisée seulement par les membres de l'équipe de recherche (les chercheurs Tania Lecomte et Stéphane Potvin, deux étudiantes et la coordonatrice du laboratoire) dans le seul but de relier les informations des divers questionnaires de temps de mesure différents à chaque participant à la recherche. Seuls les chercheurs sauront quel nom est associé à quel numéro. Tous les documents en notre possession ainsi que les documents sur lesquels figure votre nom seront détruits sept ans après la fin de la recherche.

## **Avantages et inconvénients**

Même si cette recherche ne pourra vous offrir d'avantage direct, il sera possible d'aider d'autres personnes qui seront dans la même situation que vous dans le futur. En fait, en contribuant à démontrer quel traitement est le plus efficace pour traiter l'anxiété sociale chez les personnes atteintes de schizophrénie, le projet pourrait paver la voie à des interventions visant à améliorer la qualité de vie des personnes ayant un double diagnostic.

Ce projet ne comporte aucun risque connu. De la fatigue et/ou de l'ennui pourraient par contre résulter de la longueur des séances d'évaluation (environ 2h chacune). Si vous considérez que la durée des rencontres est trop longue, vous pourrez à chaque fois prendre des pauses au moment où vous le désirez ou encore continuer la rencontre lors d'une autre journée. De plus, il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec l'agent de recherche. S'il y a lieu, l'agent de recherche pourra vous référer à une personne-ressource.

### **Droit de retrait**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur principal, au numéro de téléphone indiqué à la page suivante.

### **Indemnité**

Une compensation financière jusqu'à XX\$ vous sera remise pour votre participation à cette étude. Vous recevrez XX\$ pour la première rencontre, et XX\$ pour la deuxième.

### **Conflits d'intérêts**

Les objectifs des chercheurs concernant cette recherche ne sont d'aucune nature commerciale et ne présentent pas de conflit d'intérêt.

## **Personnes ressources**

### **Surveillance des aspects éthiques du projet:**

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

#### Coordonnées du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services :

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401, rue Hochelaga

Montréal (Québec) H1N 3M5

Téléphone : 514-251-4000, poste 2920

#### Coordonnées du comité d'éthique de la recherche :

Secrétariat du comité d'éthique de la recherche

Institut universitaire en santé mentale de Montréal

7401, rue Hochelaga

Unité 228 - 2e Riel - bureau RI-228-93

Montréal (Québec) H1N 3M5

Téléphone : 514-251-4015, poste 2442

Le comité d'éthique de la recherche du centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus,

il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

## **Consentement**

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à cette recherche. Assurez-vous que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante et que vous comprenez bien votre rôle dans cette recherche. Si vous désirez vous retirer de la recherche, avez d'autres questions ou jugez que les informations que vous avez reçues ne sont pas assez claires, vous pouvez contacter Dre Tania Lecomte aux coordonnées ci-dessous:

Dre Tania Lecomte

Université de Montréal

**Département de Psychologie**

**C.P. 6128, succ. Centre-Ville**

**Montréal**

**(Québec)**

**H3C**

**3J7**

**Téléphone: (514) 343-6274 Fax : (514) 343-2285**

**Courriel : [tania.lecomte@umontreal.ca](mailto:tania.lecomte@umontreal.ca)**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez nommément les chercheurs, les organismes, les entreprises ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Si vous décidez de participer à cette recherche, une copie des quatre pages du formulaire de consentement vous sera remise. Avant de signer le formulaire de consentement, nous voulons nous assurer que vous avez plus de 18 ans et que vous avez lu et compris toutes les informations relatives à cette recherche. Nous voulons aussi nous assurer que vous avez bien compris que vous participez librement à cette recherche et que vous pouvez poser des questions en tout temps.

Par conséquent, j'atteste que j'ai eu une période de temps suffisante pour prendre connaissance du présent formulaire de consentement et qu'on a répondu à toutes mes questions. Je donne mon consentement à la Dre Tania Lecomte et aux personnes qui la représentent à participer à cette recherche et les autorise à utiliser les informations que je donnerai à des fins scientifiques.

---

Signature du participant

---

Date

---

Nom du participant

Le projet de recherche a été décrit au participant ainsi que les modalités de participation. Un membre de l'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

---

Signature de l'agent de recherche

---

Date

---

Nom de l'agent de recherche

Nous aimerions savoir s'il est possible de vous recontacter suite aux deux premières rencontres, dans un délai maximal de 4 semaines, afin de participer à la dernière rencontre.

OUI \_\_\_\_\_

NON \_\_\_\_\_

---

Signature du participant

## **Annexe 4 : Contenu des séances**

- Session 1 Introduction*: explication du module, introduction à la pleine conscience et exercice de pleine conscience (manger en pleine conscience).
- Session 2 Les valeurs*: définir ses valeurs, différences entre valeurs et objectifs, et exercice de pleine conscience.
- Session 3 Qu'est-ce qui m'empêche d'atteindre mes valeurs* : discussion sur ce thème et exercice de pleine conscience (créer un endroit sécuritaire).
- Session 4 Acceptation*: différence entre acceptation et résignation, détachement (être un observateur externe) et exercice de pleine conscience (exposition par l'imagerie).
- Session 5 Compassion*: le rôle de la compassion et l'acceptation dans les pensées et les émotions douloureuses, discussion et exercice de pleine conscience (compassion envers soi-même).
- Session 6 Compassion envers les autres et dans son propre bien-être* : exploration sur ce thème et exercice de pleine conscience (compassion envers les autres).
- Session 7 Autres façons utiles de se sentir bien*: écriture descriptive, exploration de stratégies différentes et exercice de pleine conscience.
- Session 8 Retour* : le rôle des émotions positives dans le bien-être, retour sur l'expérience et exercice de pleine conscience (méditation Vipassana).



## **Annexe 6 : Entrevue finale**

No dossier participant \_\_\_\_\_

### **Guide d'entrevue finale**

1. Qu'avez-vous aimé de la thérapie ?
2. Est-ce que vous continuez à utiliser des stratégies enseignées dans la thérapie ? Lesquelles ?
3. Y a-t-il des éléments que vous avez moins aimés durant la thérapie ? si oui, lesquels ?
4. Considérez-vous que votre situation a changé depuis le début de la thérapie ? Si oui comment elle a changé avant, pendant et après ?
5. Quels étaient les moments dans la journée ou les endroits où il était plus facile pour vous de pratiquer les exercices ?
6. Ce que vous avez trouvé le plus facile lors de la réalisation des exercices ?
7. Ce que vous avez trouvé le plus difficile lors de la réalisation des exercices ?
8. Quels étaient les obstacles à votre pratique quotidienne de la méditation ?
9. Quels sont les exercices que vous avez appréciés le plus ? Pourquoi ?
10. Quels sont les exercices que vous appréciés le moins ? Pourquoi ?
11. Quels sont les exercices qui vous ont été les plus utiles ? Pourquoi ?
12. Quels sont les exercices qui vous ont été les moins utiles ? Pourquoi ?

13. Est-ce que vous recommanderiez la thérapie à quelqu'un d'autre ? Pourquoi ?