

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DÉVELOPPEMENT D'UN ENTRAÎNEMENT IMPLICITE D'AUTO-  
COMPASSION POUR LES INDIVIDUS AUTOCRITIQUES

ESSAI  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
ISABELLE ALMGREN-DORÉ

SEPTEMBRE 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je souhaite d'abord remercier mon directeur de recherche, Stéphane Dandeneau, pour le soutien et la confiance qu'il m'a témoigné tout au long de ce processus. Stéphane, merci d'être l'humain exceptionnel que tu es. Merci d'avoir toujours fait preuve de patience et de flexibilité à mon égard et de m'avoir toujours permis, et même encouragé, de suivre mon intuition tant au niveau académique que personnel.

Merci aussi à ma collègue de laboratoire et maintenant grande amie et confidente, Vanessa, avec qui j'ai traversé toutes les tempêtes. En espérant avoir le privilège de t'avoir à mes côtés durant les prochains chapitres de nos vies! Merci aussi à Louisia et MC d'avoir été mes fidèles compagnes d'internat, celles avec qui j'ai pu partager mes pensées et réflexions les plus intimes. Merci à mes amies de toujours, Olivia, Caroline et Camille, qui m'ont continuellement permis de retrouver mon équilibre.

Merci à mes parents pour leur sagesse inouïe. Maman et papa, merci de m'avoir soutenue durant toutes les étapes de ce périple, mais surtout, merci de m'avoir transmis votre curiosité infinie ainsi que votre amour et respect pour cette planète et tous les êtres (animaux, végétaux et humains) qui la peuplent. Flavio, merci d'être mon partenaire de tout. Merci de me rendre heureuse à chaque jour de notre vie commune, et ce depuis le premier jour. La vie nous aura certainement surpris à chaque tournant. Heureusement, j'ai trouvé en toi mon étoile du nord.

Finalement, merci à mes patients, qui m'auront tant enseigné sur l'expérience humaine et m'auront permis de me connaître vraiment. Si vous saviez comment votre résilience et votre courage m'auront touchée et inspirée. Merci pour cette grande leçon d'humilité.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	1
RÉSUMÉ.....	2
CHAPITRE I INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	3
1.1 L'autocritique .....	4
1.1.1 Définitions.....	4
1.1.2 Origines.....	7
1.1.3 Facteur de vulnérabilité psychologique .....	8
1.2 L'auto-compassion .....	11
1.2.1 Définition, bienfaits et interventions .....	11
1.2.2 Crainte de la compassion .....	13
1.3 Processus automatiques.....	13
1.3.1 Centralité de la honte.....	13
1.3.2 Modèle Réflectif-Impulsif.....	14
1.3.3 Orientations motivationnelles : Approche et Évitement.....	15
1.4 Objectifs de l'étude actuelle.....	17
CHAPITRE II MÉTHODE ET RÉSULTATS.....	19
2.1 Objectifs et Hypothèses .....	19
2.2 Méthode .....	20
2.2.1 Participants.....	20
2.2.2 Procédure .....	20
2.2.3 Instruments : échelles de mesure et tâches.....	22
2.3 Résultats .....	30

2.3.1	Analyses préliminaires.....	30
2.3.2	Analyses principales .....	30
CHAPITRE III DISCUSSION GÉNÉRALE.....		34
3.1	Contributions pratiques et théoriques .....	34
3.2	Limites et recherches futures.....	37
3.2.1	Limites .....	37
3.2.2	Pistes de recherche future .....	38
3.3	Conclusion.....	39
ANNEXE A QUESTIONNAIRES TRAITES DE PERSONNALITÉ.....		43
ANNEXE B QUESTIONNAIRES VARIABLES DÉPENDANTES.....		48
ANNEXE C APPROBATION ÉTHIQUE DU PROJET .....		54
APPENDICE A .....		56
MATÉRIELS.....		56
RÉFÉRENCES .....		60

## LISTE DES FIGURES

Figure		Page
2.1	Différences de groupe pour les Scores d'approche à l'auto-compassion et d'approche à l'autocritique selon le groupe expérimental.....	42

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1	Statistiques descriptives des traits de personnalité en fonction du groupe...41

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ANOVA	Analyse de la variance
AAT	<i>Approach-Avoidance Task</i> (Tâche d'approche-évitement)
M	Moyenne
NS	Non significatif
RT	<i>Response time</i> (temps de réponse)
SR <sup>2</sup>	<i>Squared semi-partial correlation</i>



## RÉSUMÉ

L'autocritique est associée à de nombreuses psychopathologies (Ehret, Joormann & Berking, 2015). À l'opposé, il semblerait que l'auto-compassion soit négativement corrélée à la dépression, à l'anxiété et au stress (MacBeth & Gumley, 2012). Selon Gilbert (2005), le développement d'une plus grande tendance à l'auto-compassion serait un antidote aux effets négatifs de la honte et de l'autocritique. Ainsi, des interventions visant le développement de l'auto-compassion ont été créées depuis les dernières années (Galante et al. 2014). Il semble cependant que certains individus très autocritiques résistent à ce genre d'intervention (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert & Iron, 2005). Afin de contrer ces résistances et de modifier la valence positive que ces individus attribuent à l'autocritique et la valence négative qu'ils attribuent à l'auto-compassion, le présent projet présente les résultats d'une nouvelle méthode d'entraînement *implicite* d'approche à l'auto-compassion et d'évitement de l'autocritique (AAT). À l'aide d'un échantillon de 103 étudiants de l'Université du Québec à Montréal, nous avons cherché à évaluer si un bref entraînement AAT (de 10 minutes) permettrait à nos participants de mieux faire face à une situation sociale élicitant de la honte, et ce, en contexte de laboratoire. Nos résultats suggèrent que les participants du groupe expérimental, comparé au groupe contrôle, auraient effectivement développé la tendance à s'éloigner plutôt qu'approcher l'autocritique, et auraient eu davantage recours à des stratégies cognitives de régulation émotionnelle adaptatives comme l'acceptation et la mise en perspective après le stresser social. De plus, il semblerait que les participants ayant un trait élevé de crainte de la compassion auraient particulièrement bénéficié de l'entraînement AAT car, contrairement à leurs homologues de la condition contrôle, ceux du groupe expérimental auraient rapporté ressentir moins d'anxiété, avoir un niveau d'estime de soi plus élevé et auraient fait preuve de plus d'acceptation et moins de rumination après le stresser social. Les résultats de cette étude sur un nouvel entraînement semblent prometteurs, et si mieux approfondis, permettraient potentiellement d'élargir le champ d'application des méthodes d'approche et d'évitement ainsi que d'offrir de nouvelles avenues cliniques dans le domaine du développement de l'auto-compassion.

*Mots clés* : Auto-compassion, autocritique, approche-évitement, stress, régulation émotionnelle

## CHAPITRE I

### INTRODUCTION GÉNÉRALE

Imaginez ceci: c'est l'ouverture d'une pièce de théâtre dans laquelle vous jouez l'un des rôles principaux. Jusqu'à maintenant, tout se déroule à merveille. C'est alors que vous arrivez à l'acte final que votre réplique vous échappe... Vous avez un blanc de mémoire total. Vous sentez une vague d'anxiété vous envahir, votre visage se met à brûler et vous commencez à transpirer. Vous sentez le regard insistant de votre collègue de scène posé sur vous, ainsi que celui du public en entier. Le silence règne à l'exception du bruit de quelques personnes qui se tortillent dans leur siège, eux aussi mal à l'aise. Enfin, le souffleur chuchote le début de votre texte et la réplique vous revient subitement en mémoire. Vous reprenez là où vous vous étiez arrêté, cette fois d'une voix hésitante et tremblotante. C'est avec l'estomac noué et la gorge serrée que vous poursuivez votre performance jusqu'à ce que le rideau tombe enfin. Immobile, vous serrez les yeux bien clos, retenez votre souffle et puis expirez bruyamment.

Bien que plusieurs d'entre vous n'aient probablement jamais participé à une pièce de théâtre, vous pouvez certainement vous rappeler avoir déjà vécu une expérience gênante de ce genre; que ce soit la fois où vous avez échoué lors d'un examen important, ou encore, la fois où vous avez été choisi en dernier pour joindre une équipe de ballon-chasseur à la récréation. Bien qu'il soit normal que ce type d'expérience suscite des émotions négatives sur le coup, la question qui importe est plutôt : comment avez-vous réagi intérieurement, une fois l'évènement passé? Avez-vous rejoué des dizaines de fois chaque détail de la scène dans votre esprit? Votre discours interne était-il empreint

de colère et de mépris à votre propre égard (*tu es imbécile, irresponsable, lâche...*)? Vous êtes-vous promis d'éviter tout contexte qui pourrait vous faire revivre de telles émotions? Si votre réponse est *oui*, vous êtes probablement aux prises avec ce qu'on appelle « un trait sévère d'autocritique » (ou *self-criticism* en anglais). Bien que le terme « autocritique » puisse être compris au sens de faire une analyse ou une évaluation objective de quelque chose, lorsqu'utilisé dans ce texte, ce terme fait plutôt référence à la tendance délétère qu'ont certaines personnes à s'évaluer négativement et à avoir une attitude punitive et sévère envers eux-mêmes.

Ce premier chapitre aura pour but de présenter le contexte théorique dans lequel s'inscrit le présent essai, en commençant par les définitions et les origines de l'autocritique selon les différentes perspectives cliniques et scientifiques. Par la suite, seront présentés certains travaux de recherche qui ont permis de comprendre le rôle que puisse jouer l'autocritique dans le développement et le maintien de certaines psychopathologies, dont spécifiquement la dépression et l'anxiété sociale. Pour continuer, seront présentés les concepts de la compassion et de la crainte de la compassion. Finalement, seront présentées les concepts de la compassion et de la crainte de la compassion, les études nous ayant menés à vouloir explorer le lien potentiel entre les cognitions automatiques et la tendance à l'autocritique, ainsi que les objectifs spécifiques de ce projet de recherche.

## 1.1 L'autocritique

### 1.1.1 Définitions

La première mention du phénomène de l'autocritique remonte aux philosophes de la Grèce antique (Chang, 2008), bien que la recherche empirique sur l'autocritique et son lien avec la psychopathologie et la psychothérapie ait pris son envol durant les années 1970 (Kannan et Levitt, 2013). Sidney J. Blatt, l'un des théoriciens les plus

éminents de ce champ d'études, a repris l'idée selon laquelle les représentations mentales, ou schémas cognitivo-affectifs de soi et des autres se développent dans le contexte des relations parent-enfant et gagnent en complexité tout au long de la vie (Blatt, 1974; Blatt et Lerner, 1983). Les travaux de Sidney Blatt portant sur l'autocritique débutèrent dans le cadre de sa formation au Western New England Institute for Psychoanalysis, alors qu'il observa une distinction claire entre deux types de patients dépressifs : ceux aux prises avec une dépression qu'il nomma « anaclitique », associée à un type de personnalité dit « dépendant » et dont la détresse psychologique avait comme thème les relations interpersonnelles, puis ceux aux prises avec une dépression « introjective », associée à un type de personnalité dit « autocritique » et dont la détresse psychologique avait comme thème l'insuffisance personnelle et le sentiment de dégoût de soi. Le terme « dépression introjective » est dérivé du terme « introjection », c'est-à-dire le processus par lequel une personne intériorise les attitudes, valeurs ou caractéristiques présentées par autrui. Blatt (2004) explique que les personnes autocritiques ont tendance à avoir des exigences et attentes inatteignables, fréquemment issues d'une introjection des attitudes et des valeurs de leurs figures parentales. Ainsi, lorsque ces individus ne parviennent pas à répondre à ces attentes, ou ont l'impression d'avoir échoué (ce qui arrive souvent, car leurs exigences sont impossiblement élevées), ils deviennent submergés d'un sentiment de honte, de culpabilité et de dégoût de soi. Au lieu de percevoir les autres comme une source potentielle de réconfort, ces individus tendent à juger qu'ils doivent être autosuffisants et ne pas s'appuyer sur leurs proches, ce qui engendre fréquemment un sentiment de solitude. De plus, Blatt présenta l'autocritique comme étant le résultat d'une focalisation exagérée de l'individu sur « l'auto-définition » (au détriment de l'affiliation interpersonnelle) et défini ce concept comme une vulnérabilité de la personnalité caractérisée par un souci extrême de la réussite et de la valeur personnelle.

Dans ses écrits, Blatt (2004) utilise le cas de George pour illustrer les caractéristiques d'une dépression introjective. George est un homme qui décida de consulter suite à la

constatation que sa capacité à travailler et à se concentrer commençait à décliner à mesure que ses sentiments de dépression s'intensifiaient. Selon Blatt, bien que George ait connu un succès considérable dans sa carrière, il n'arrive jamais à se sentir satisfait et fier de ses réalisations, et ce, malgré tous les indices objectifs de son succès professionnel. Dans ses relations interpersonnelles, George rapporte avoir du mal à dire « non » aux gens qui l'entourent, craignant de les décevoir ou de les blesser. Il décrit ressentir un vide intérieur et une sensation d'anhédonie provenant du fait que les autres semblent tellement impressionnés par tout ce qu'il fait, alors qu'intérieurement il a l'impression d'être fondamentalement inadéquat, le laissant ainsi avec un grand sentiment d'imposteur. Il rapporte fréquemment douter de ses capacités personnelles et craindre la punition, la critique et la désapprobation des autres.

Bien que Blatt ait initialement présenté l'autocritique comme étant un trait de personnalité, il a éventuellement proposé un modèle *state-trait* supposant que la *disponibilité*, c'est-à-dire le contenu des représentations autocritiques, tendent à être stables, mais que l'*accessibilité* de ces représentations puisse fluctuer en raison de l'humeur, du contexte social et les facteurs biologiques (Blatt et Behrends, 1987; Zuroff et al., 1999). Ainsi, de ce point de vue, l'autocritique serait plus malléable et changeante qu'initialement présentée, et serait donc selon lui une tendance pouvant être changée au cours du développement personnel ou modifiée suite à une psychothérapie.

Tel que mentionné par Löw, Schauenburg & Dinger (2020) dans leur méta-analyse, plusieurs définitions de l'autocritique existent maintenant dans la littérature (p. ex. Blatt, 2004, Gilbert & Irons, 2005, Shahar, 2015). Toutefois, elles tendent à comporter les éléments centraux suivants : trait caractérisé par une tendance à se dénigrer activement et à avoir une attitude hostile envers soi, impliquant une tendance à s'auto-examiner de façon constante et sévère, à évaluer son propre comportement de façon exagérément critique, à être incapable de tirer de la satisfaction des performances

réussies, à être très préoccupé par le risque de faire des erreurs et de se faire juger négativement par autrui.

### 1.1.2 Origines

Puisque les différentes approches cliniques tendent à décrire les phénomènes psychologiques à la lumière de leurs propres concepts et terminologies, il ne semble pas y avoir de consensus clair quant aux mécanismes qui sous-tendent l'autocritique. Par exemple, certains psychodynamiciens conceptualisent l'autocritique comme étant due à un développement atypique du « surmoi » qui résulterait en une agressivité dirigée vers le soi et le développement subséquent de défenses (Chui et al., 2016). Les théoriciens cognitivo-comportementaux, quant à eux, conçoivent le « comportement » autocritique excessif comme étant causé par le développement inadapté d'un schéma interpersonnel (Beck, 1979), tandis que les praticiens de la thérapie centrée sur les émotions comprennent l'autocritique comme étant une réponse maladaptée à une émotion primaire de honte et de colère (Choi, Pos et Magnusson, 2016; Johnson et Greenberg, 1994; Kannan et Levitt, 2013). Toutefois, en ce qui concerne les origines de l'autocritique, il semble être universellement compris qu'elles trouvent leurs racines dans les premières expériences relationnelles, et plus spécifiquement dans la dynamique parent-enfant. Cette perspective fut d'ailleurs corroborée à maintes reprises par la communauté scientifique.

En effet, plusieurs chercheurs ont souligné l'importance des premières expériences d'attachement dans le développement de ce trait/tendance, et ont montré que sa présence à l'enfance est un prédicteur important de problèmes psychologiques à l'âge adulte (Gilbert & Procter, 2006 ; Zuroff, Koestner & Powers, 1994). Spécifiquement, il a été montré que les adultes ayant eu des parents négligents ou rejetant tendent à intérioriser ce type de schéma relationnel et semblent se percevoir et se traiter tel qu'ils l'ont été par d'autres (Baldwin, 2005). Lorsque Yu et Gamble (2009) ont étudié l'autocritique chez les adolescents, ils ont constaté que les mères

autocritiques tendaient à être moins chaleureuses et plus autoritaires envers leurs enfants, et que les adolescent(e)s de mères plus autocritiques avaient tendance à être plus autocritiques. Ainsi, il semblerait que le manque d'encouragement et les critiques systématiques provenant des parents soient de puissants générateurs de comportements autocritiques autant chez l'adolescent que l'adulte. Selon Gilbert (2010), avec le passage du temps, l'attitude autocritique tendrait à se cristalliser et à devenir plus automatique, ce qui expliquerait son caractère chronique et envahissant.

### 1.1.3 Facteur de vulnérabilité psychologique

L'autocritique a été identifiée comme étant un facteur de vulnérabilité psychologique pour une multitude de troubles de la santé mentale, dont la dépression, l'anxiété sociale, les troubles alimentaires (Kelly et al, 2013; Dunkley & Grilo, 2007), le trouble de stress post-traumatique (Sharhabani-Arzy, Amir & Swisa, 2005), et bien d'autres. Étant donné qu'il s'agit d'un trait dit *transdiagnostique*, et que les personnes ayant un niveau élevé d'autocritique tendent à avoir plus de difficulté à développer une alliance thérapeutique (Whelton, Paulson & Marusiak, 2007), qu'ils répondent généralement moins bien aux traitements (Cox et al, 2002; Dent et Teasdale, 1988 ; Marshall, Zuroff, 2008) et qu'ils présentent un risque accru de rechute (Mongrain et Leather, 2006), plusieurs chercheurs ont souligné l'importance de comprendre son rôle dans le développement et le maintien de la symptomatologie de différents troubles. Voici un bref survol de la littérature étudiant le lien entre l'autocritique et la dépression et l'anxiété sociale, deux psychopathologies particulièrement étudiées dans le domaine de l'autocritique.

***Autocritique et dépression.*** Comme la dépression est l'un des troubles de santé mentale plus prévalent aujourd'hui, plusieurs chercheurs ont tenté d'identifier les facteurs contribuant au développement d'un premier épisode de dépression et à la précipitation d'une rechute, et c'est ainsi que l'autocritique a été identifiée comme l'un de ces facteurs. En effet, Ehret, Joormann et Berking (2015), ont montré que les

personnes dépressives ou ayant déjà vécu un épisode dépressif rapportent des niveaux d'autocritique plus élevés et un trait d'auto-compassion plus faible que les individus jamais déprimés. Les résultats d'une étude complétée auprès d'un échantillon de patients d'un programme hospitalier pour individus diagnostiqués d'un trouble de l'humeur (de modéré à sévère), ont montré qu'une réduction du trait d'autocritique était le meilleur prédicteur d'une réponse positive au traitement et du maintien des gains thérapeutiques un an après la fin du programme (Zeeck et al., 2020).

En effet, il semblerait que l'autocritique agisse sur le développement et le maintien de la dépression via différents mécanismes, dont les représentations mentales négatives de soi et des autres (schémas cognitivo-affectifs), une régulation émotionnelle non optimale, un style cognitif pessimiste, des relations sociales non-soutenantes, et une faible estime de soi (Blatt, 2004; Blatt et Homann, 1992; Gilbert et Irons, 2005; Zuroff, Santor et Mongrain, 2005). Selon Whelton et Greenberg (2004), il ne s'agirait pas simplement de la présence de pensées autocritiques qui vulnérabiliserait l'individu au développement et au maintien de la dépression, mais aussi l'intensité des émotions négatives qui les accompagneraient, dont particulièrement le dégoût, le mépris de soi et le sentiment d'impuissance. En effet, lors d'une expérimentation à deux chaises (« two-chair »), durant laquelle les participants furent d'abord demandés de se critiquer, puis de changer de chaise et de répondre à leur voix autocritique, il semblerait que les individus plus sévèrement autocritiques se témoignaient plus de mépris et de dégoût et adoptaient une « posture » plus soumise et honteuse lorsqu'il était temps de riposter à leur voix autocritique. De plus, selon ces résultats, il serait plus difficile pour les individus autocritiques de reconnaître ou de ressentir une distinction entre leur « vrai soi » et cette voix critique. Ainsi, ces auteurs suggèrent que les personnes très autocritiques aient pu non seulement intérioriser le contenu des messages critiques reçus, mais aient aussi intériorisé les émotions de mépris et de dégoût avec lesquels ils ont dû être livrés, réactivant donc ces émotions lorsque ces individus sont confrontés à des



situations d'échec ou de stress.

***Autocritique et anxiété sociale.*** L'anxiété sociale (ou phobie sociale) est un trouble caractérisé par une crainte aigüe des situations sociales et/ou de performance, qui est souvent accompagnée d'une hypersensibilité à la critique, à l'évaluation négative ou au rejet, et qui puisse être liée à une faible estime de soi ou à un sentiment d'infériorité. Étant donné que l'anxiété sociale et l'autocritique sont toutes deux caractérisées par une perception négative de soi et une crainte du jugement, plusieurs chercheurs ont voulu étudier le(s) lien(s) spécifique(s) qui puisse(nt) les unir. Les résultats d'une étude menée auprès de 5877 répondants à l'Enquête nationale sur la comorbidité (*National Comorbidity Survey*), ont en effet montré que dans la population générale, l'autocritique était plus élevée chez les individus qui avaient des antécédents d'anxiété sociale, et que l'intensité de l'autocritique était plus élevée chez les personnes souffrant d'anxiété sociale que chez celles aux prises avec un trouble panique ou d'une dépression majeure (Cox, Fleet & Stein, 2004). Lorsque Shahar et al. (2015) ont tenté de comprendre la relation entre les expériences négatives à l'enfance, l'autocritique et l'anxiété sociale, ils ont montré que de la violence émotionnelle vécue durant l'enfance prédisait la sensibilité à la honte (*shame-proneness*), qui à son tour prédisait une tendance à l'autocritique, qui elle, prédisait la présence de symptômes d'anxiété sociale. Les auteurs ont donc proposé que chez les individus souffrant d'anxiété sociale, l'autocritique soit utilisée comme une stratégie de régulation émotionnelle leur permettant d'éviter le sentiment de honte ainsi que l'inconfort d'exposer leurs défauts et vulnérabilités. En outre, une étude utilisant la méthode du journal quotidien chez une population non clinique, a montré que les individus présentant des symptômes plus sévères d'anxiété sociale rapportaient des pensées autocritiques après toute interaction sociale, peu importe le niveau de honte activé, alors que les individus avec une symptomatologie moins sévère avaient des pensées autocritiques seulement lorsqu'une interaction sociale avait activé un sentiment puissant de honte. Ces auteurs suggèrent donc qu'un facteur

important à adresser lors du traitement de l'anxiété sociale soit cette tendance rigide et chronique à utiliser l'autocritique comme méthode de régulation émotionnelle, car elle est non-adaptative<sup>1</sup>.

## 1.2 L'auto-compassion

### 1.2.1 Définition, bienfaits et interventions

Puisque le trait d'autocritique a été identifié comme étant un facteur de vulnérabilité psychologique (autant chez la population clinique que non-clinique), plusieurs chercheurs et cliniciens ont voulu développer des interventions permettant de cibler et diminuer cette habitude nocive. C'est alors que l'auto-compassion fut introduite comme étant un « antidote » à l'autocritique. Apparenté à la notion populaire de *pleine conscience* ou de *présence attentive*, l'auto-compassion est un concept emprunté de la philosophie bouddhiste, qui a reçu beaucoup d'attention de la part de la communauté scientifique depuis quelques années. L'une des pionnières de ce domaine de recherche fut Kristin Neff, qui a d'ailleurs conçu la mesure d'auto-rapport de l'auto-compassion la plus utilisée aujourd'hui (SCS; Neff, 2003). Selon Neff (2003), l'auto-compassion impliquerait de reconnaître et de se laisser toucher par sa propre souffrance, pour ensuite se témoigner de la compréhension et de la bienveillance lorsque l'on échoue ou que l'on rencontre des difficultés. Bien qu'elle définisse l'auto-compassion comme étant une réponse analogue à celle de la compassion au sens classique, c'est-à-

---

<sup>1</sup> Suivant la suggestion de Blatt selon laquelle l'autocritique serait à la fois un trait et un état (*state-trait*), dans ce travail de recherche nous conceptualisons l'autocritique comme étant un trait (donc une tendance plutôt stable) et une stratégie cognitive de régulation émotionnelle (activée selon le contexte).

dire telle que témoignée à des proches lorsqu'ils vivent des difficultés, elle propose qu'au cœur de cette attitude, il y aurait trois composantes fondamentales: : (1) la bienveillance et le respect envers soi (en opposition à l'autocritique excessive et négative), (2) la reconnaissance de la souffrance et l'échec comme étant inhérente à l'expérience humaine (en opposition au sentiment d'isolement face à l'échec) et (3) la reconnaissance de ses pensées et de ses émotions sans-jugement (en opposition à la rumination). Par conséquent, si vous vous retrouviez dans une situation d'échec (par exemple lorsque vous oubliez votre réplique dans une pièce de théâtre), vous pourriez substituer votre discours autocritique par des pensées telles que « il est normal de faire des erreurs », « je suis un être compétent, aimable, mais imparfait », « quelque chose s'est mal passé mais cela ne veut pas dire que quelque chose ne va pas chez moi », etc. Il s'agit de ce changement de discours interne que cherchent à enseigner et cultiver les interventions cliniques telle la *Compassion Focused Therapy* (Gilbert, 2009a) et le programme *Mindful Self-Compassion* (Germer et Neff, 2019).

Contrairement à certaines croyances, le trait d'auto-compassion n'est pas synonyme de complaisance, car il semblerait au contraire qu'il soit associé à des stratégies d'adaptation orientées vers l'action (exploration, initiative, curiosité, optimisme) et augmente la motivation à apprendre et à s'améliorer (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Breines & Chen, 2012). En effet, depuis la création de l'échelle de mesure de Neff (2003a), plusieurs chercheurs ont étudié le lien entre le trait d'auto-compassion et différents indices de bien-être psychologique et de résilience émotionnelle. Par exemple, l'auto-compassion a été positivement liée au bonheur, à l'optimisme, au bon fonctionnement relationnel, ainsi qu'à des niveaux plus élevés d'affects positifs et des scores plus faibles de dépression, d'anxiété et de rumination (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007, Baker & McNulty, 2011; Neff, 2003). Bien qu'il s'agisse d'un construit apparenté à la pleine conscience (ou *mindfulness*), il a été montré qu'ils représentent deux construits distincts et que la valeur prédictive de l'auto-

compassion soit encore plus robuste que celle de la pleine conscience en ce qui a trait à la dépression, l'anxiété et la qualité de vie (Van dam et al, 2011).

### 1.2.2 Crainte de la compassion

Bien que les programmes d'intervention centrés sur l'auto-compassion semblent offrir des résultats prometteurs, ils sembleraient que certains individus ayant un trait d'autocritique plus sévère, résisteraient activement l'apprentissage de l'auto-compassion, ce qui limiterait les effets bénéfiques de ces interventions cliniques (Gilbert, 2010; Kelly et al., 2013). Ce phénomène a depuis été nommé « crainte de la compassion » (*fear of compassion*). En effet, il semblerait que ces individus résisteraient la compassion puisqu'ils s'en sentent non-méritants, ont peur de devenir des personnes dépendantes ou égocentriques, envisagent une perte d'identité, ou encore, craignent qu'une diminution de leurs tendances autocritiques abaissera leurs standards personnels et donc leur niveau de performance général (Gilbert et al., 2011). Ainsi, il semblerait que cette tendance à craindre la compassion, qu'elle soit reçue de la part d'autrui ou de soi-même, soit une composante importante de l'autocritique et devrait être incluse dans la conceptualisation de ce concept. Ceci renforce d'ailleurs les propos de Löw, Schauenburg & Dinger (2020), selon lesquels l'un des défis principaux à l'étude de l'autocritique soit le manque d'une définition claire quant à sa structure et ses composantes, ainsi qu'une compréhension encore incomplète de ses mécanismes d'action sur la psychopathologie.

## 1.3 Processus automatiques

### 1.3.1 Centralité de la honte

La honte a été définie comme étant principalement liée à une expérience de soi comme existant négativement dans l'esprit des autres (Gilbert, 2003), et qui vient accompagnée d'une évaluation de soi comme étant un individu inférieur, défectueux,

inadéquat, sans valeur ou impuissant (Gilbert, 1998; Tangney & Fischer, 1995). Des expériences telles la critique d'un parent, le rejet d'un être aimé, l'intimidation, ou l'expérience d'avoir été abusé sexuellement ou physiquement tendent à laisser des traces, sous forme de souvenirs émotionnels et conditionnés dans la mémoire autobiographique des individus, et puissent devenir des éléments centraux à leur sentiment d'identité (Pinto-Gouveia & Matos, 2011). Étant donné le lien répété qui fut observé entre les expériences négatives à l'enfance (abus, rejet, négligence, critique excessive de la part de la figure primaire d'attachement), la présence du trait d'autocritique à l'âge adulte et la vulnérabilité à la dépression, Pinto-Gouveia et al. (2013) ont proposé qu'au cœur de cette dynamique soit la « centralité de souvenirs de honte » (ou *centrality of shame memories*). En effet, les résultats de ces auteurs ont montré que la centralité des souvenirs de honte se révéla significativement corrélée avec l'autocritique. De plus, il semblerait que la tendance à l'autocritique vienne médier le lien entre la centralité des souvenirs de honte et les symptômes dépressifs. À partir de la littérature sur le développement de modèles opérants internes ou *schémas* (Baldwin & Dandeneau, 2005; Mikulincer & Shaver, 2005; Matos, Pinto-Gouveia, & Costa, 2011), ces auteurs proposent ainsi que ce type de souvenir puisse avoir un impact sur le développement des modèles opérants internes du soi (comme étant inférieur, défectueux) et des autres (comme étant critiques, menaçants), ce qui influencerait leurs réponses émotionnelles, cognitives et comportementales à des événements ultérieurs.

### 1.3.2 Modèle Réflectif-Impulsif

À la lumière de ces résultats, il serait vraisemblable de penser que la tendance à l'autocritique et la crainte de la compassion puissent être toutes deux activées de façon automatique et involontaire (plutôt que contrôlée et intentionnelle) lorsque des individus fragilisés par des expériences négatives antérieures soient exposés à des situations élicitant de la honte. En effet, selon Strack et Deutsch (2004), chaque individu aurait deux systèmes de traitement de l'information : le système réflectif

(caractérisé par des processus intentionnels) et le système impulsif (caractérisé par des processus automatiques). Contrairement aux processus réfléchis, les processus impulsifs/automatiques, et souvent inconscients, ne sont pas sensibles à la validité ou la crédibilité de l'information traitée, mais seraient plutôt issus d'un traitement de l'information beaucoup plus rapide et automatique. Ces auteurs décrivent le système impulsif comme étant une sorte de référentiel de la mémoire à long terme, composé d'associations cognitives entre des expériences et leurs conséquences, qui lorsque réactivés influencent les attitudes et les comportements de l'individu. Zuroff et al. (2016) mentionnaient d'ailleurs les limites associées au fait d'étudier l'autocritique seulement telle que rapportée par les individus eux-mêmes, et proposaient d'explorer l'aspect plus inconscient de l'autocritique en utilisant des méthodes observationnelles, en collectant des données auprès des pairs ou encore en utilisant des mesures implicites.

### 1.3.3 Orientations motivationnelles : Approche et Évitement

Dans leur modèle, Strack et Deutsch (2004) proposent que le système automatique puisse alterner entre deux orientations motivationnelles: une action d'approche qui indique la volonté de réduire la distance entre la personne et quelque chose qui soit évalué positivement (par exemple en approchant des aliments nourrissants ou un visage souriant), et une action d'évitement qui indique la volonté d'augmenter la distance entre la personne et quelque chose qui soit évalué négativement (par exemple de la nourriture périmée ou un visage menaçant). Étant donné l'aversion/peur qu'ont certains individus autocritiques et la composante impulsive/automatique de l'autocritique, il nous semblait probable que ces processus d'approche-évitement puissent être impliqués dans le maintien de l'autocritique et la résistance à l'apprentissage de l'auto-compassion.

Une méthode informatique couramment utilisée pour évaluer (ou pour modifier) les orientations motivationnelles du système automatique fut créée par Chen et Bargh (1999) et nommée l'*Approach Avoidance Task* (AAT). Bien que plusieurs différentes

tâches AAT aient été créées depuis, l'étude comparative de Krieglmeier et Deutsch (2010) a montré que la version créée par DeHouwer et al. (2001) soit la plus fiable du lot. Lorsqu'utilisée comme *mesure*, cette tâche informatisée mesure le temps que prennent les participants pour approcher ou s'éloigner de certains stimuli prenant la forme de mots ou d'images. Ces réactions spontanées (en millisecondes) reflèteraient le type d'attitude/évaluation automatique qu'ont les participants face à certaines catégories/concepts. L'AAT a été utilisé dans plusieurs domaines de la santé mentale afin d'évaluer si (et comment) les attitudes automatiques peuvent jouer un rôle sur le développement ou le maintien de certains troubles psychologiques. En effet, les tendances d'approche et d'évitement ont été étudiées dans le cadre d'études portant sur les problèmes de dépendance (Wittekind et al., 2015), le deuil (Eisma et al., 2015), la dépression (Radke et al., 2014), les phobies spécifiques (Rinck & Becker, 2007), les troubles alimentaires (Neimeijer, de Jong & Roefs, 2015) et l'anxiété sociale (Heuer, Rinck & Becker, 2007). Plus étroitement relié à notre champ d'études, Dewitte et al. (2008) ont utilisé la tâche de mesure AAT pour étudier les attitudes automatiques d'individus ayant un attachement anxieux ou évitant. En effet, les résultats de cette étude ont montré que les individus ayant un style d'attachement évitant tendent à spontanément s'éloigner plutôt que de s'approcher de leur figure d'attachement principale lorsqu'ils ont été confrontés à une situation d'échec. Bien que les individus évitants rapportent vouloir ressentir de la proximité relationnelle en situation de détresse (Mikulincer et al., 2000), les résultats de cette étude montrent que leur tendance à ne pas explicitement rechercher du soutien et leur ambivalence face à l'intimité puisse être expliquée par une crainte inconsciente/automatique de la proximité (probablement issue d'expériences d'attachement négatives).

Depuis un certain nombre d'années, l'AAT a également été utilisée comme tâche d'*entraînement cognitif*, et non seulement comme tâche de mesure. Lorsque l'AAT est utilisée comme méthode d'entraînement, aucune mesure de temps de réponse n'est collectée, elle requiert simplement que le participant réagisse toujours

(ou presque toujours) dans un sens spécifique (approche ou évitement) à certains stimuli afin de développer l'apprentissage voulu (dans notre cas : approcher l'auto-compassion et s'éloigner de l'autocritique). L'idée serait que lorsqu'entraînés, les processus d'approche-évitement puissent changer et avoir un impact sur certains comportements. Par exemple, certains chercheurs ont utilisé l'AAT comme entraînement dans le contexte d'études sur la consommation d'alcool (Wiers et al., 2010), de cigarette (Wittekind et al., 2015) ainsi que sur les comportements d'approche interpersonnelle lors d'interactions sociales (Taylor et Amir, 2012). Plus spécifiquement, Wiers et al. (2010) ont montré qu'auprès d'une population de buveurs d'alcool, il a été possible d'implicitement entraîner une tendance d'évitement de boissons alcoolisées et d'approche à des consommations boissons gazeuses, ce qui s'est traduit en une diminution de la consommation de boissons alcoolisées en contexte social.

#### 1.4 Objectifs de l'étude actuelle

Tel que mentionné précédemment, puisque la crainte de la compassion semble être un facteur de maintien de l'autocritique et que ce trait soit caractérisé par une aversion pour la compassion malgré une compréhension rationnelle de ses bienfaits sur la santé psychologique, nous proposons que cette « résistance » ou ambivalence soit le résultat de processus automatiques sous-jacents, tel qu'il était le cas pour la crainte inconsciente de l'intimité interpersonnelle chez les individus ayant un attachement évitant. De plus, puisque les personnes ayant une crainte de la compassion élevée répondent moins bien aux programmes d'intervention s'appuyant principalement sur des processus plus réfléchitifs, ou *explicites*, telle la *Compassion Focussed Therapy*, l'idée de pouvoir amoindrir l'impact de ce trait mésadapté en utilisant la voie alternative, c'est-à-dire via des processus automatiques, ou *implicites*, nous semblait prometteuse. Ainsi, le présent projet présente les résultats d'une méthode d'entraînement d'approche à l'auto-compassion et d'évitement de l'autocritique. Notre



objectif était d'évaluer si un bref entraînement AAT (de 10 minutes) permettrait à nos participants de mieux faire face à une situation sociale élicitant des émotions négatives, et ce, en contexte de laboratoire.

## CHAPITRE II

### MÉTHODE ET RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les hypothèses, la méthode (procédure et instruments), ainsi que les résultats seront présentés.

#### 2.1 Objectifs et Hypothèses

Le présent projet de recherche avait pour but de vérifier les effets d'un entraînement cognitif d'approche à l'auto-compassion et d'évitement de l'autocritique sur les réponses affectives (émotions négatives, anxiété, estime de soi), cognitives (stratégies de régulation émotionnelle) et automatiques (orientations motivationnelles) d'individus suite à une expérience de stress social en laboratoire. De plus, nous avons voulu vérifier si ces effets seraient différent en fonction du niveau de crainte de la compassion des participants. En effet, tel que mentionné précédemment, les individus ayant un trait de crainte de la compassion plus élevé tendant à résister l'apprentissage de l'auto-compassion et donc nous voulions évaluer si cet entraînement permettrait de venir en aider de façon spécifique à ces individus plus vulnérables.

Il était attendu que les participants du groupe expérimental (ayant donc reçu l'entraînement AAT et non la tâche neutre), auraient recours à des stratégies de régulation émotionnelle plus adaptées suite au stress social, présenteraient davantage de bien-être affectif et auraient des patrons d'orientation motivationnelle

plus positifs envers l'auto-compassion et plus négatifs envers l'autocritique que leurs homologues du groupe contrôle. Nous anticipions également que les participants présentant un trait élevé de crainte de la compassion bénéficieraient plus de cet entraînement, étant donné leur attitude explicite plus négative envers l'auto-compassion et leur utilisation plus chronique de l'autocritique comme stratégie de régulation émotionnelle.

## 2.2 Méthode

### 2.2.1 Participants

Les 125 participants ont été recrutés via le Groupe de Participants aux Études en Psychologie Sociale (GPEPS) de l'UQÀM. Cet échantillon était composé d'étudiants de l'UQÀM dont la moyenne d'âge était de 27 ans. Ils ont reçu une annonce par courriel les invitant à participer à une étude sur la « Présentation de soi ». Une somme de 25\$ leur a été offerte en guise de compensation financière.

### 2.2.2 Procédure

#### Pré-test en ligne (30 minutes)

Avant leur séance en laboratoire, les participants devaient remplir un questionnaire en ligne (à l'aide du site web *Surveygizmo*) qui était composé d'un formulaire de consentement, de questions démographiques et des échelles mesurant les traits de personnalité suivants : trait d'auto-compassion, d'autocritique et de crainte de la compassion. Le trait de crainte de la compassion a été mesuré à des fins d'analyse de modération, alors que les traits d'auto-compassion et d'autocritique ont simplement été mesurés afin de vérifier l'équivalence de nos groupes expérimentaux. Ensuite, ils étaient priés de prendre rendez-vous pour la séance en laboratoire. Un algorithme du

site web distribuait alors les participants aléatoirement entre les deux conditions pour leur séance en laboratoire.

Séance en laboratoire (45 minutes)

***Phase pré-stresseur (5 minutes).*** Lors de leur arrivée en laboratoire, l'expérimentatrice accueillait les participants et leur expliquait les différentes étapes de la séance. Elle leur rappelait également leurs droits et demandait à nouveau leur consentement de participer à l'étude. Après avoir consenti, il était demandé aux participants de remplir un questionnaire mesurant leur niveau d'anxiété et d'estime de soi situationnelles (mesure de base pré-stresseur).

***Phase stressueur (3 minutes).*** L'expérimentatrice les dirigeait ensuite vers une seconde salle et leur donnait verbalement les consignes de la tâche de présentation de soi filmée (description du stressueur modéré en laboratoire ci-dessous). Une fois que l'expérimentatrice quittait la salle, les participants débutaient leur présentation de soi filmée. Une fois la tâche de présentation de soi terminée, les participants étaient redirigés vers la première salle.

***Phase post-stresseur (35 minutes).*** Une fois les participants redirigés vers la première salle, ils complétaient une brève échelle évaluant la présence d'émotions négatives afin d'évaluer l'impact affectif immédiat de la tâche de présentation de soi avant que la rétroaction n'ait été offerte. Puis, il leur était demandé de compléter la tâche d'entraînement AAT correspondant à leur groupe d'appartenance (groupe expérimental : tâche d'*approche* de l'auto-compassion et d'*évitement* de l'autocritique, groupe contrôle : tâche neutre). Par la suite, l'expérimentatrice quittait la salle durant exactement 1 minute sous prétexte d'aller chercher la rétroaction/évaluation de leur présentation de soi « complétée par un autre participant ». L'expérimentatrice revenait ensuite avec l'évaluation *fictive* et demandait aux participants de prendre le temps

nécessaire pour la regarder. Ensuite, les participants devaient compléter les mesures de réactions affectives (estime de soi et anxiété situationnelles), cognitives (stratégies cognitives de résilience émotionnelle et autocritique situationnelle), et la mesure des motivations orientationnelles automatiques (approche-évitement à l'auto-compassion et l'autocritique). Nous avons choisi de mettre la mesure AAT à la fin de l'étude afin de s'assurer qu'elle n'aurait aucun impact sur les autres variables dépendantes. Avant de terminer, des questions leur étaient posées quant à ce qu'ils croyaient qu'était l'objectif de l'étude et s'ils avaient noté quelque chose d'étrange ou d'incohérent durant la séance en laboratoire. Finalement, un *débriefing* quant aux buts de l'étude leur a été présenté.

### 2.2.3 Instruments : échelles de mesure et tâches

***Entraînement d'approche à l'auto-compassion et d'évitement de l'autocritique.*** Inspirée des méthodes utilisées par de Taylor et Amir (2012) dans le cadre de leur étude sur l'impact d'une tâche AAT sur l'anxiété sociale, nous avons conçu une tâche d'entraînement permettant aux participants d'approcher des mots liés à l'auto-compassion et de s'éloigner des mots liés à l'autocritique. Programmée à l'aide du logiciel *Inquisit*, les participants devaient faire bouger un avatar (petit bonhomme allumette) à l'écran de façon à s'approcher ou s'éloigner des mots en fonction de leur valence positive ou négative (voir Appendice A pour exemple). L'utilisation des étiquettes « positif » et « négatif » au lieu d' « auto-compassion » et « autocritique » pour catégoriser les mots, permettait de maintenir l'objectif de l'entraînement (et de l'étude) méconnu des participants. Les conditions contrôle et expérimentale différaient par le nombre de fois que les mots d'auto-compassion et d'autocritique étaient approchés ou évités. Dans la condition expérimentale, les participants devaient compléter deux blocs dont les indications étaient identiques, c'est-à-dire d'approcher les mots positifs (auto-compassion) et de s'éloigner des mots négatifs (autocritique). Ainsi, à la complétion de la tâche d'entraînement, les

participants du groupe expérimental auraient approché (à leur insu) 100% de mots liés à l'auto-compassion et évité 100% des mots liés à l'autocritique, permettant ainsi un apprentissage dans une direction spécifique. Dans la condition contrôle les participants devaient compléter deux blocs dont les indications étaient différentes. Dans le premier, ils devaient approcher les mots négatifs (autocritique) et s'éloigner des mots positifs (auto-compassion), puis faire l'inverse lors du second bloc. À la complétion de la tâche, les participants du groupe contrôle devaient avoir approché et évité (à leur « insu ») 50 % de mots liés à l'auto-compassion et 50% de mots liés à l'autocritique, ne créant ainsi aucun apprentissage spécifique. Lorsque les participants faisaient une erreur, un grand X rouge s'affichait au milieu de l'écran et l'avatar ne se déplaçait pas. Le nombre total d'essais était de 448 (plus de dix essais pratiques). Les mots d'auto-compassion<sup>2</sup> et d'autocritique<sup>3</sup> ont été choisis avec l'aide d'Allison Kelly et David Zuroff, des experts dans le domaine, puis traduits en français et validés à l'aide d'une étude en ligne.

*Stress modéré en laboratoire.* Cette procédure de stress social a été tirée d'une étude de Leary et al. (2007). Durant cette tâche, les participants devaient compléter un court discours de présentation de soi (intérêts, passe-temps, plans pour le futur, etc.) filmé devant un ordinateur. Ils étaient ensuite amenés à croire qu'un participant assigné à une autre condition évaluerait différents aspects de leur personnalité en visionnant leur vidéo. Cette évaluation, mise sur papier et dont les « notes » avaient été encadrées

---

<sup>2</sup> "s'aimer", "s'apaiser", "se rassurer", "tolérance", "se respecter", "auto-compassion", "s'accepter", "bienveillance", "à l'écoute", "empathique"

<sup>3</sup> "intolérance", "détester", "se blâmer", "se punir", "se critiquer", "haine", "désapprobation", "impatience", "se rabaisser", "se mépriser"

à la main (identiques pour tous), présentait l'évaluation de 6 traits de personnalité<sup>4</sup>, notés sur une échelle de 1 à 7 (Voir feuille de rétroaction Appendice A). Tel que suggéré par Leary et ses collègues, toutes les notes devaient varier entre 3 et 5, de façon à offrir une rétroaction négative mais tout de même crédible. Voir Appendice A pour lire les consignes présentées aux participants avant le début de la tâche de présentation de soi.

**Trait de personnalité : Auto-compassion.** La *Self-Compassion Scale* (SCS; Neff, 2003) est une échelle de 26 items comportant 6 sous-échelles : auto-bienveillance, jugement de soi, commune humanité, isolation, pleine conscience (mindfulness) et sur-identification. Dans cette échelle, les participants doivent évaluer sur une échelle de Likert allant de 1 à 5, à quel point ils ont tendance à avoir certaines réactions lorsqu'ils sont en situation d'échec ou de stress. Ce questionnaire a été traduit et validé en français (Kotsou & Leys, 2016) et possède une bonne consistance interne ( $\alpha = .71$ ). Voici deux exemples d'items utilisés dans ce questionnaire : « Je désapprouve et juge mes propres défauts et insuffisances » et « Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j'ai besoin ». La consistance interne obtenue pour cette échelle dans la présente étude est de 0.93.

**Trait de personnalité : Crainte de la compassion.** La *Fears of Compassion Scale* a été réalisée par Gilbert et ses collaborateurs (Gilbert et al., 2011) et contient trois sous-échelles : crainte de la compassion envers le soi, crainte de la compassion venant des autres et crainte de manifester de la compassion aux autres. Pour cette étude, nous n'avons utilisé que les deux sous-échelles suivantes : crainte de la compassion venant de soi (par exemple : « Si je devenais plus auto-compatissant(e) », « j'aurais

---

<sup>4</sup> traits : habileté sociale [4], amical(e) [3], aimable [4], chaleureux(euse) [5], intelligent(e) [4], mature [4].

peur de devenir faible») et crainte de la compassion venant des autres (par exemple : « Les manifestations de gentillesse de la part des autres peuvent me faire peur »). Dans cette échelle, les participants doivent évaluer à quel point ils adhèrent à différentes affirmations sur une échelle de Likert à 5 points (allant de « pas du tout en accord » [0] à « tout à fait en accord » [4]). Les alpha de Cronbach trouvés pour les sous-échelles de la crainte de la compassion envers soi et la crainte de la compassion venant des autres pour la présente étude étaient de 0.92 et 0.89 respectivement. La moyenne de ses deux sous-échelles fut utilisée pour créer un seul indice de « crainte de la compassion » ( $\alpha = 0.96$ ).

***Trait de personnalité : Autocritique.*** Comme mesure du trait d'autocritique, nous avons utilisé la version abrégée du Depressive Experiences Questionnaire (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976), à six items de Rudichet al. (2008) (DEQ – SC6), spécifiquement créée (et validée) pour mesurer les tendance autocritiques. Les items sont notés sur une échelle de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Des exemples d'items sont: « J'ai de la difficulté à accepter mes faiblesses » et « j'ai tendance à être très critique envers moi-même ». Cette mesure possédait une consistance interne satisfaisante ( $\alpha = 0.86$ ).

***Mesure des orientations motivationnelles automatiques : Patrons d'approche-évitement de l'auto-compassion et l'autocritique (VD).*** Cette mesure évalue les tendances automatiques d'approche et d'évitement à des mots liés à l'autocritique et à l'auto-compassion. Dans cette tâche, les participants doivent catégoriser des mots reliés à l'auto-compassion et à l'autocritique en déplaçant l'avatar de façon à l'approcher d'un type de mot et de l'éloigner de l'autre selon les consignes de chacun des 2 blocs. Dans le bloc "évitement de l'auto-compassion", les participants étaient priés de déplacer l'avatar de façon à s'approcher des mots liés à l'autocritique et s'éloigner des mots liés à l'auto-compassion. Dans le bloc "approche de l'auto-



compassion", les instructions étaient inversées (donc, déplacer l'avatar vers les mots liés à l'auto-compassion et loin des mots liés à l'autocritique).

Le principe sous-jacent de l'AAT comme instrument de *mesure* est que les temps de réaction (*RTs*) sont influencés par la compatibilité entre la réponse (approche ou évitement) et la valence des stimuli (positifs ou négatifs). Si les deux sont *incompatibles* pour le participant (par exemple, si quelqu'un doit répondre en s'approchant d'un stimulus menaçant ou évalué négativement ou s'éloigner d'un stimulus attrayant ou évalué positivement), ses réponses seront plus lentes que lorsque les deux sont *compatibles* (par exemple, si quelqu'un doit répondre en s'éloignant d'un stimulus menaçant ou évalué négativement ou s'approcher d'un stimulus attrayant ou évalué positivement), ce qui résultera en des réactions plus rapides et donc des temps de réponse plus courts. En somme, ceci permet d'évaluer les attitudes qu'ont les participants face à certains concepts (catégories de mots). Le nombre total d'essais était de 240 (en plus de huit essais pratiques par bloc, ceux-ci étant toutefois exclus du calcul des scores totaux) et comprenait huit mots liés à l'auto-compassion<sup>5</sup> et huit mots liés à l'autocritique<sup>6</sup>. Contrairement à l'entraînement AAT, les catégories de mots étaient explicitées dans les consignes de cette tâche, c'est-à-dire qu'il était demandé aux participants de s'approcher ou de s'éloigner des mots représentant l'auto-compassion et l'autocritique (au lieu de les identifier comme positifs et négatifs).

Une fois tous les essais complétés, 4 scores ont pu être calculés pour chaque participant (p.ex. approche-compassion, évitement-compassion, approche-critique,

---

<sup>5</sup> compréhension, amour, sensibilité, apaiser, bienveillance, patience, chaleur, pardonner

<sup>6</sup> reprocher, sévère, juger, colère, haine, impatience, blâmer, culpabilité

évitement-critique). Suivant la méthode utilisée dans des études similaires (Rinck & Becker, 2007; Krieglmeier & Deutsch, 2010; Wiers et al., 2010), nous avons par la suite créé deux scores globaux (un pour chaque catégorie de mot), ce qui facilite l'interprétation des effets de compatibilité. Ainsi, un *score d'approche à l'auto-compassion* et un *score d'approche à l'autocritique* ont été créés en soustrayant le RT médian d'approche au RT médian d'évitement pour chaque catégorie de mot. Dans les deux cas, un score positif dénote une attitude automatique positive envers un concept (catégorie de mot) concerné et un score négatif une attitude plus négative envers le concept. Par exemple, un score *positif* d'approche à l'auto-compassion indique une attitude plus favorable à l'auto-compassion (approche > évitement d'auto-compassion) et un score *négatif* d'approche à l'auto-compassion indique une attitude *négative* à l'auto-compassion (approche < évitement de l'auto-compassion).

**Mesure de la réponse affective : Estime de soi (VD).** Nous avons utilisé la version raccourcie de la traduction franco-canadienne du Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1979; Vallières & Vallerand, 1990) afin de mesurer l'estime soi *situationnelle*. Sur ce questionnaire à 4 items, les participants indiquaient leur accord avec différentes affirmations à l'aide d'une échelle allant de « tout à fait en désaccord » [1] à « tout à fait en désaccord [5] (par exemple : « J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même » et « Je suis un(e) bon(ne) à rien »). Cette mesure possédait une consistance interne satisfaisante ( $\alpha = 0.84$ ).

**Mesure de la réponse affective : Anxiété (VD).** Afin de mesurer le niveau d'anxiété situationnelle de nos participants, nous avons utilisé l'adaptation française abrégée du State-Anxiety Inventory-Y (Spielberger, 1983). L'échelle originale a été traduite en français dans une population franco-canadienne par Gauthier et Bouchard (Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété; IASTA-Y; 1993). L'IASTA-Y abrégé est composé de 6 énoncés. Pour chacun des énoncés, les participants doivent indiquer comment ils se sentent dans le moment présent sur une

échelle de Likert à 4 points allant de « Pas du tout » [1] à « Beaucoup » [4]. Deux exemples d'énoncés sont « Je suis préoccupé(e) » et « Je me sens calme ». Dans cette étude la consistance interne était de 0.86.

**Mesure de la réponse affective : Colère (VD).** Afin de mesurer la colère, une échelle créée par Leary et al. (2007) a été utilisée. Les participants devaient indiquer l'intensité avec laquelle ils ressentaient chacun des affects suivants (contrarié(e), irrité(e), furieux(se), fâché(e)) à l'aide d'une échelle de type Likert allant de « pas du tout » [1] à « extrêmement » [5]. Cette mesure possédait une consistance interne satisfaisante ( $\alpha = 0.87$ ).

**Mesure de la réponse affective : Tristesse (VD).** Afin de mesurer la tristesse, une échelle créée par Leary et al (2007) a été utilisée. Les participants devaient indiquer l'intensité avec laquelle ils ressentaient chacun des affects suivants : abattu(e), déprimé(e), triste, découragé(e), à l'aide d'une échelle de type Likert allant de « pas du tout » [1] à « extrêmement » [5]. Cette mesure possédait une consistance interne satisfaisante ( $\alpha = 0.91$ ).

**Mesure de la réponse cognitive : Stratégies cognitives de régulation émotionnelle.** Afin de mesurer les stratégies de régulation émotionnelle des participants suite à la réception de la rétroaction, nous avons utilisé la version abrégée du *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ) (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002). Ce questionnaire à 18 items mesure les stratégies de régulation émotionnelle des individus en réaction à un événement particulier (p.ex., « Je suis préoccupé par ce que je pense et ressens au sujet de ce que j'ai vécu »). Cette mesure comprend 9 sous-échelles composées de 2 énoncés chacun, et dont les réponses sont notées sur une échelle de type Likert à 5 points allant de « jamais » [1] à « toujours » [5]. Possédant un alpha de Cronbach variant entre 0.67 et 0.91 selon les sous-échelles, ce questionnaire avait une bonne consistance interne.

Les neuf sous-échelles du CERQ sont: *blâme-soi* (se référant aux pensées qui mettent le blâme sur soi-même), *blâme-autre* (se référant aux pensées qui mettent le blâme sur le contexte ou sur une autre personne), *ruminantion* (se référant au fait de fréquemment repenser à l'événement vécu et les sentiments négatifs qui en ont découlé), *catastrophisation* (se référant aux pensées mettant explicitement l'accent sur l'aspect effroyable de l'évènement vécu), *mise en perspective* (se référant aux pensées qui tentent de relativiser l'importance de l'événement vécu), *recentrage positif* (se référant au fait de se concentrer sur des souvenirs positifs non-reliés à l'événement vécu), *réévaluation positive* (se référant au fait de se concentrer sur les retombées positives de l'événement vécu sur la croissance personnelle); *acceptation* (se référant aux pensées d'acceptation de l'événement vécu tel qu'il s'est déroulé), et finalement, la *planification* (se référant au fait de planifier un meilleur dénouement en cas de situation similaire à l'avenir).

Les auteurs expliquent avoir initialement créé cette échelle afin de permettre d'étudier le lien entre la santé mentale et l'utilisation des différentes stratégies cognitives de régulation émotionnelle. Ainsi, ils ont identifié les stratégies les plus communément utilisées mais ne les ont pas étiqueté comme étant adaptatives ou non-adaptatives. Toutefois, dans des études subséquentes, ils ont montré que les stratégies de ruminantion, catastrophisation, de blâme de soi étaient associées à plus de problèmes émotionnels et que la stratégie de réévaluation positive permet de mieux tolérer des expériences négatives de vie (Garneski & Kraaij, 2006).

**Mesure de la réponse cognitive : Autocritique situationnelle (VD).** Pour mesurer l'intensité du discours autocritique des participants, aussi considérée comme une forme de régulation émotionnelle par certains auteurs (Shahar, 2016), nous avons utilisé l'échelle d'*autocritique situationnelle* créée par Zuroffet al. (2016). Cette échelle comprend 9 items cognitivo-affectifs (p.ex. « Les pensées que j'ai eues envers moi-même étaient sévères et péjoratives », « J'avais honte de moi-même ») dont l'intensité

est rapportée à l'aide d'une échelle de type Likert à 7 points allant de « pas du tout » [1] à « beaucoup » [7]. Cette mesure possédait une consistance interne satisfaisante ( $\alpha = 0.96$ ).

## 2.3 Résultats

### 2.3.1 Analyses préliminaires

Des 125 participants s'étant présentés en laboratoire, les données de seulement 103 d'entre eux ont été retenues pour les analyses (86 femmes et 17 hommes, âgés de 27 ans en moyenne). Les participants éliminés avaient rapporté de grands soupçons par rapport à la procédure de stress social (n'ont pas cru à l'évaluation fictive par un pair) ou avaient rencontré des problèmes techniques durant l'entraînement d'approche-évitement (AAT).

Selon les résultats des ANOVA préliminaires, les deux groupes étaient équivalents quant aux trois traits de personnalité mesurés (Tableau 2.1), toutefois les participants du groupe expérimental rapportaient un plus haut niveau d'affectivité négative immédiatement après la tâche de présentation de soi que le groupe contrôle,  $F(1, 100) = 4.80, p = 0.03$ . Ainsi, cette variable a été incluse comme covariable dans toutes les analyses ici présentées.

### 2.3.2 Analyses principales

***Orientations motivationnelles automatiques.*** Des analyses de covariance multivariées ont été conduites afin d'examiner l'hypothèse selon laquelle le groupe expérimental rapporterait des orientations motivationnelles automatiques plus adaptatives (plus positives envers l'auto-compassion et plus négatives envers l'autocritique) que le groupe contrôle, indépendamment du trait de crainte de la compassion (Figure 2.1). Ces analyses ont révélé une différence significative de groupe

pour le score d'approche à l'autocritique ( $F(1, 88) = 4.64, p = 0.03$ ), mais pas pour le score d'approche à l'auto-compassion ( $F(1, 88) = 0.50, p = n.s.$ ). Ceci signifierait que les participants du groupe expérimental auraient appris à s'éloigner plus rapidement de l'autocritique qu'à s'en approcher (patron adaptatif), alors que les participants du groupe contrôle ont rapporté une tendance à s'approcher légèrement plus rapidement de l'autocritique qu'à s'en éloigner (patron non adaptatif). Toutefois, les résultats indiquent que l'entraînement AAT n'aurait permis aucun apprentissage particulier quant à l'auto-compassion chez le groupe expérimental car aucune différence significative au niveau du patron d'approche à l'auto-compassion n'a été identifiée.

Les analyses de modération linéaire simple conduites afin d'examiner l'hypothèse selon laquelle la crainte de la compassion (utilisé comme modérateur continu) viendrait modérer la relation entre la condition (expérimentale vs contrôle) et les réponses automatiques des participants post-stresseur (scores d'approche à l'auto-compassion et à l'autocritique), suggèrent que le terme d'interaction (condition x crainte de la compassion) ne soit significatif ni pour le score d'approche à l'auto-compassion ( $\beta = 6.12, t(91) = 0.33, p = n.s.$ ) que pour celui d'approche à l'autocritique ( $\beta = -3.81, t(91) = -0.22, p = n.s.$ ).

**Réponses affectives au stress.** Des analyses de modération linéaire simple (complétées à l'aide de la macro PROCESS de Hayes dans SPSS ; Hayes, 2013) ont été conduites afin d'examiner l'hypothèse selon laquelle la crainte de la compassion (utilisé comme modérateur continu) viendrait modérer la relation entre la condition (expérimentale vs contrôle) et le bien-être affectif post-stresseur (anxiété et estime de soi situationnelles), lorsque le niveau de base de chaque variable était contrôlé. Les résultats de ces analyses suggèrent que le terme d'interaction (condition x crainte de la compassion) prédise significativement le niveau d'anxiété,  $\beta = -0.21, t(98) = -2.26, p = 0.03, sr^2 = 0.04 \pm 0.09$ , et d'estime de soi,  $\beta = 0.06, t(98) = 2.53, p = 0.01, sr^2 = .04 \pm 0.14$ . Les analyses de pentes simples (Aiken & West, 1991; Hayes, 2013) ont montré

que, pour les participants ayant un trait *élevé* de crainte de la compassion (à +1 écart-type de la moyenne), ceux dans la condition expérimentale d'entraînement d'auto-compassion rapportaient un niveau plus *faible* d'anxiété,  $\beta = -0.50$ ,  $t(98) = -2.80$ ,  $p = 0.01$ ,  $sr^2 = 0.06 \pm 0.18$ , et un niveau plus *élevé* d'estime de soi,  $\beta = 0.65$ ,  $t(98) = 2.37$ ,  $p = 0.02$ ,  $sr^2 = 0.04 \pm 0.27$ , post-stresseur, que leurs homologues (à +1 E.T.) dans la condition contrôle. Les analyses de pentes simples pour les participants ayant un *faible* trait de crainte de la compassion (à -1 écart-type de la moyenne), n'étaient pas significatives. Finalement, ces mêmes analyses de modulation n'étaient pas significatives pour le niveau de tristesse,  $\beta = -0.03$ ,  $t(98) = -0.27$ ,  $p = \text{n.s.}$ ) et colère,  $\beta = -0.09$ ,  $t(98) = -0.99$ ,  $p = \text{n.s.}$ ).

**Réponses cognitives au stressor.** Des analyses de covariance multivariées ont été conduites afin d'examiner l'hypothèse selon laquelle le groupe expérimental rapporterait une plus grande résilience cognitive que le groupe contrôle, indépendamment du trait de crainte de la compassion. Les analyses de covariance multivariées des sous-échelles du CERQ révèlent des différences de groupe pour l'acceptation  $F(1, 100) = 5.12$ ,  $p = 0.03$  et la mise en perspective  $F(1, 100) = 4.56$ ,  $p = 0.04$ , suggérant qu'après le stressor, ceux dans la condition d'entraînement expérimental ont rapporté plus de pensées orientées vers l'acceptation de ce qui s'est passé et en relativisant l'importance de l'événement vécu. Aucune différence de groupe n'a été identifiée pour les autres sous-échelles du CERQ; Blâme-soi ( $F(1, 100) = 0.47$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Blâme-autre ( $F(1, 100) = 0.04$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Ruminant ( $F(1, 100) = 0.78$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Catastrophisation ( $F(1, 100) = 0.55$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Recentrage positif ( $F(1, 100) = 1.61$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Réévaluation positive ( $F(1, 100) = 0.63$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Planification ( $F(1, 100) = 0.01$ ,  $p = \text{n.s.}$ ).

Les analyses de modulation linéaire conduites afin d'examiner l'hypothèse selon laquelle la crainte de la compassion viendrait modérer la relation entre la condition (expérimentale vs contrôle) et la réponse cognitive post-stresseur (stratégies de

régulation émotionnelle et autocritique situationnelle), montrent que le terme d'interaction (condition x crainte de la compassion) prédise significativement le niveau de rumination ( $\beta = -0.28$ ,  $t(98) = -1.96$ ,  $p = 0.05$ ,  $sr^2 = 0.03 \pm 0.14$ ) et d'acceptation ( $\beta = 0.32$ ,  $t(98) = 2.49$ ,  $p = 0.01$ ,  $sr^2 = .05 \pm 0.13$ ). Les analyses de pentes ont montré que pour les participants ayant un *trait élevé de crainte de la compassion* (à +1 écart-type de la moyenne), ceux dans la condition expérimentale rapportaient un niveau plus *faible* de rumination ( $\beta = -0.55$ ,  $t(98) = -2.01$ ,  $p = 0.05$ ,  $sr^2 = 0.03 \pm 0.27$ ) et un niveau plus *élevé* d'acceptation ( $\beta = 0.86$ ,  $t(98) = 3.47$ ,  $p = 0.001$ ,  $sr^2 = 0.10 \pm 0.25$ ) post-stresseur, que leurs homologues de la condition contrôle. Les analyses de pentes simples pour les participants ayant un *faible trait de crainte de la compassion* (à -1 écart-type de la moyenne) n'étaient pas significatives pour ces variables. Les analyses de modérations linéaire pour les autres stratégies de régulation émotionnelle n'étaient pas significatives : Blâme-soi ( $\beta = -0.16$ ,  $t(98) = -0.94$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Blâme-autre ( $\beta = 0.02$ ,  $t(98) = 0.14$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Catastrophisation ( $\beta = -0.06$ ,  $t(98) = -0.69$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Recentrage positif ( $\beta = -0.18$ ,  $t(98) = 0.29$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Réévaluation positive ( $\beta = -0.08$ ,  $t(98) = -0.58$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Planification ( $\beta = 0.13$ ,  $t(98) = 0.85$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), Mise en perspective ( $\beta = 0.02$ ,  $t(98) = 1.64$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), ainsi que l'autocritique situationnelle ( $\beta = -0.28$ ,  $t(98) = -1.42$ ,  $p = \text{n.s.}$ ).



## CHAPITRE III

### DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce troisième et dernier chapitre a comme but d'interpréter les résultats de la présente étude à la lumière de la littérature actuelle et de souligner l'apport scientifique de ce projet de recherche dans le champ des cognitions automatiques et de l'auto-compassion/autocritique. Plus spécifiquement, le présent chapitre se divise en trois sections. La première section traite de la contribution théorique et pratique de cette étude, la deuxième section aborde les limites et directions futures, et finalement, la troisième section présente une brève conclusion.

#### 3.1 Contributions pratiques et théoriques

L'objectif général de l'étude étant de vérifier quels impacts pourrait avoir un entraînement automatique d'approche à l'auto-compassion et d'évitement de l'autocritique sur les réponses affectives et cognitives à un stressor social modéré. Notre première hypothèse était que l'entraînement AAT permettrait aux participants du groupe expérimental d'acquérir des patrons de réponses automatiques (ou *orientations motivationnelles*) plus adaptatifs en ce qui a trait à l'auto-compassion et l'autocritique. Nous envisagions que ceci ait un impact sur la façon dont les participants du groupe expérimental réagiraient à un stressor social, que ce soit au niveau affectif (préservation de l'estime de soi, plus faible intensité des émotions négatives élicitées) que sur l'adoption de stratégies de régulation émotionnelle

cognitives plus adaptatives. Finalement, nous anticipions que l'entraînement AAT puisse être particulièrement efficace auprès des personnes présentant un trait élevé de crainte de la compassion, car ce sont ces individus qui résisteraient davantage à l'apprentissage conscient et volontaire d'une attitude plus auto-compassante et moins autocritique.

La première hypothèse fut partiellement confirmée. En effet, les résultats des analyses suggèrent que les participants du groupe expérimental présentent une plus grande tendance à s'éloigner de l'autocritique que de s'en approcher (signifiant une évaluation/attitude plus négative que positive face à l'autocritique) que les participants du groupe contrôle, laissant ainsi croire que l'entraînement AAT ait permis un « effet d'apprentissage » chez les participants du groupe expérimental. Toutefois, les résultats suggèrent l'absence d'un effet d'apprentissage en ce qui a trait à l'auto-compassion, étant donné qu'aucune différence de groupe n'a été identifiée entre les deux conditions quant au score d'approche à l'auto-compassion. Ce dernier résultat fut évidemment inattendu. Ceci pourrait être expliqué par le fait que, surprenamment, les participants du groupe contrôle rapportaient déjà un biais positif important envers l'auto-compassion ( $M = 104.32$ ) alors que ce n'était pas le cas pour le score d'approche à l'autocritique ( $M = 10.45$ ). Ceci pourrait-il être dû aux messages positifs véhiculés par notre culture par rapport à la compassion, messages qui ne soient peut-être pas aussi clairs en ce qui concerne l'autocritique? Il serait intéressant de répliquer ce résultat et d'évaluer laquelle des attitudes serait plus fortement liée aux tendances autocritiques : une aversion pour l'auto-compassion, telle que sous-entendue par Gilbert et ses collègues lorsqu'ils ont créé l'échelle de « crainte de la compassion », ou plutôt une « attirance » (évaluation positive) de l'autocritique?

La seconde hypothèse, selon laquelle les participants du groupe expérimental verraient leurs réponses affectives et cognitives améliorées grâce à l'entraînement AAT, et ce peu importe leur trait de crainte de la compassion, n'a été que partiellement

confirmée. En effet, les résultats suggèrent que les participants des deux groupes aient vécu un impact affectif similaire suite au stresser social, c'est-à-dire qu'ils ont rapporté des niveaux similaires d'émotions négatives et d'estime de soi après avoir complété leur présentation de soi et lu la rétroaction négative. Toutefois, il semblerait que les participants du groupe expérimental aient tenté de réguler leurs émotions en adoptant des stratégies comme l'acceptation et la mise en perspective, c'est-à-dire qu'ils ont déployé un effort accru pour accepter l'expérience négative telle qu'elle s'est déroulée et de relativiser l'importance de l'expérience négative vécue. Ceci corrobore les résultats de Leary et ses collègues (2007) selon lesquels le trait d'auto-compassion serait associé à des réactions cognitives empreintes de plus d'équanimité face au stress (p.ex. : « tout le monde échoue occasionnellement », « au niveau macro, ceci n'est pas vraiment important »). Il est toutefois curieux de constater que malgré le fait que les participants du groupe expérimental rapportent avoir cherché à accepter l'expérience vécue et l'avoir mise en perspective, ceci ne semble pas avoir eu d'incidence sur l'intensité des émotions négatives (anxiété, tristesse, colère) ressenties après le stresser. Étant donné que le niveau moyen rapporté pour chacune de ces trois émotions est faible (tristesse  $M = 1.67$ , colère  $M = 1.58$ , anxiété  $M = 1.99$ ), il se pourrait que la nature ou l'intensité du stresser social que nous avons choisi n'ait pas eu l'impact affectif attendu sur les individus, limitant ainsi l'impact potentiel de l'entraînement AAT sur celles-ci. Alternativement, il serait possible que le stresser (et l'entraînement) aient eu un impact sur d'autres types d'émotions négatives non mesurées, par exemple la honte, la surprise, le dégoût, etc. Également, il aurait été intéressant de mesurer le niveau d'émotions positives (p.ex. la joie, le contentement, la bienveillance), qui lorsque ressenties, représentent un facteur de résilience (Fredrickson, 2001; Davidson, 2000).

Finalement, et d'intérêt particulier pour ce projet de recherche étant donné son but de mieux comprendre le lien entre la crainte de la compassion et l'autocritique, la troisième et dernière hypothèse de notre étude fut partiellement confirmée. En effet, il

semblerait que l'entraînement AAT ait eu un effet particulièrement bénéfique chez les participants présentant un *haut* trait de crainte de la compassion. En d'autres mots, il semblerait que notre entraînement ait réussi à cibler et venir en aide, aux individus qui typiquement répondent moins bien aux interventions habituelles d'auto-compassion (Gilbert, 2010; Kelly & Carter 2014). Plus spécifiquement, les résultats de notre étude suggèrent qu'en entraînant les participants à approcher l'auto-compassion et à s'éloigner de l'autocritique, nous avons permis aux participants avec un *haut* trait de crainte de la compassion de faire preuve d'une plus grande résilience face au stress social, notamment en leur permettant de mieux accepter la situation et de moins ruminer sur celle-ci, de limiter l'impact du stress sur le sentiment d'anxiété, et de préserver leur sentiment de valeur personnelle. Quant à eux, il semblerait que les participants présentant un *faible* trait de crainte de la compassion n'aient pas réagi différemment selon s'ils étaient dans la condition expérimentale ou contrôle, suggérant qu'ils possédaient peut-être déjà un registre de réponses adaptatives et n'ont donc pas vu leur résilience au stress être altérée par l'entraînement.

### 3.2 Limites et recherches futures

#### 3.2.1 Limites

À notre connaissance, il n'existe aucune étude qui ait tenté d'entraîner des orientations en réponse à des concepts complexes ou « abstraits » tels que l'auto-compassion et l'autocritique. En effet, les études utilisant des AAT tentaient habituellement de mesurer ou d'entraîner des orientations par rapport à des catégories de stimuli plus simples ou tangibles (des expressions faciales, des types de boisson, des animaux, etc.). Ainsi, nous trouvons les résultats obtenus plutôt prometteurs quant à leur signification et leurs retombées potentielles. Ceci étant dit, plusieurs questions importantes demeurent sans réponse. D'intérêt particulier est la question des mécanismes d'action de notre entraînement AAT. En effet, en raison de la structure de

l'étude et de certains résultats inattendus (particulièrement en ce qui a trait à l'absence d'un effet d'apprentissage sur le patron d'approche à l'auto-compassion), nous avons encore une compréhension limitée du fonctionnement exact de notre entraînement. De plus, étant donné notre décision de ne pas ajouter une mesure des tendances automatiques pré-entraînement (car nous anticipions que la charge mentale requise serait trop grande), il nous fut impossible d'évaluer l'ampleur de l'effet d'apprentissage des nouveaux patrons de réponses AAT à un niveau intra-sujet. Également, il était surprenant de remarquer que l'entraînement n'ait provoqué aucune différence de groupe quant à la variable d'autocritique situationnelle. À l'heure actuelle, il est difficile de savoir si ce résultat s'explique par le fait que l'entraînement n'ait effectivement eu aucun impact sur le discours interne des participants ou plutôt par d'autres raisons, comme le fait qu'il puisse être difficile pour les individus de reconnaître et rapporter leurs tendances autocritiques. Tel que mentionné par Zuroff, Sadikaj, Kelly & Leybman (2016), l'utilisation d'une mesure auto-rapportée de l'autocritique est nécessairement limitée par le fait qu'elle ne révèle que ce dont le participant soit conscient et disposé à divulguer et non l'aspect souvent plus « inconscient » de l'autocritique.

### 3.2.2 Pistes de recherche future

Afin de répondre à ces limites, des études futures gagneraient à inclure une mesure des patrons de réponse à l'auto-compassion et l'autocritique *pré et post entraînement* afin de créer un indice de changement des orientations motivationnelles et à mesurer l'impact de l'entraînement AAT sur un plus large éventail de réponses émotionnelles (incluant les émotions positives). Étant donné que l'entraînement AAT semble avoir eu peu d'effet sur les participants rapportant un faible trait de crainte de la compassion, des études ultérieures pourraient inclure seulement des individus ayant un trait de crainte de la compassion élevée afin de mieux cerner les effets de l'entraînement sur cette population particulièrement vulnérable. De plus, il serait

intéressant de voir si l'entraînement AAT peut avoir les mêmes effets lorsque les catégories « auto-compassion » et « autocritique » sont explicitement révélées (au lieu d'utiliser les étiquettes « positif » et « négatif ») car ceci permettrait également de vérifier si l'entraînement aurait une plus grande efficacité lorsque répété plusieurs fois à travers le temps. En effet, des études ayant mesuré les effets d'entraînements cognitifs répétés sur certains processus attentionnels, un domaine de recherche connexe au nôtre ont obtenu des résultats prometteurs quant à leurs effets sur l'anxiété (Amir, Beard, Burns & Bomyea, 2009 ; Schmidt, Richey, Buckner et Timpano, 2009) et l'alcoolisme. Finalement, afin d'améliorer la validité, la générativité et l'applicabilité clinique de ce champ d'étude, il serait pertinent d'étudier les effets que cet entraînement puisse avoir sur la gestion des événements stressants lorsque vécus dans la vie quotidienne.

### 3.3 Conclusion

En somme, ces résultats mettent en lumière la pertinence d'étudier les processus cognitifs automatiques lorsqu'il est question d'autocritique et d'auto-compassion. Nous croyons que ce type d'approche puisse représenter une avenue prometteuse afin de créer des méthodes alternatives ou complémentaires à celles déjà existantes pour développer l'auto-compassion et contrecarrer l'autocritique.

Étant donné la simplicité et la facilité avec laquelle ce type d'entraînement informatisé parviendrait à être dispensé (p.ex. via des téléphones intelligents ou des tablettes), il serait très encourageant de voir ce type d'intervention être utilisé autant en milieu de recherche qu'en milieu clinique. Par exemple, notre *mesure* AAT pourrait être utilisée pour mieux comprendre la trajectoire de guérison de certains individus durant et suivant un programme d'intervention. De plus, il serait intéressant d'évaluer l'efficacité incrémentielle qu'aurait le fait de jumeler notre *entraînement* AAT, une méthode d'intervention s'appuyant sur le système de traitement impulsif, à des

méthodes d'intervention s'appuyant davantage sur le système réflexif (qu'elles soient à large spectre comme la TCC ou ACT ou ciblant particulièrement l'autocritique, comme la CFT). Similairement, certains chercheurs ont récemment testé l'effet d'un entraînement d'approche à la « positivité » lorsqu'utilisé comme méthode complémentaire aux interventions cliniques habituelles pour la dépression et ont trouvé des résultats encourageants (Vrijzen et al., 2018 ; Beckeret al., 2019). Finalement, il serait pertinent d'évaluer si la complétion répétée d'un entraînement AAT d'approche à l'auto-compassion et d'évitement de l'autocritique puisse être utilisé comme méthode « d'entretien des gains », une fois un programme d'intervention terminé.

En somme, le milieu de la recherche et le milieu clinique ont tous deux identifié l'autocritique comme étant un facteur contribuant grandement à la détresse psychologique d'innombrables individus. Bien que la santé mentale soit de plus en plus valorisée dans notre culture, la pression de performance et le rythme effréné d'aujourd'hui ne semblent que s'intensifier, et les cas de dépression et d'anxiété se multiplier. Ce phénomène contribue sans aucun doute à entretenir la croyance erronée selon laquelle l'autocritique est un allié nécessaire à l'atteinte de standards de performance irréalistes. Pour cette raison, il est plus important que jamais de diversifier et propager toutes les méthodes qui puissent freiner le galop de l'autocritique dans notre tissu social et le remplacer par des habitudes de bienveillance, de conscience et de compassion envers soi et autrui. Les enseignements bouddhistes nous le répètent pourtant depuis des millénaires; « *If you want others to be happy, practice compassion. If you want to be happy, practice compassion* » (Dalai Lama). Ainsi, nous espérons que ce travail de recherche ait pu contribuer à cette mission, même un tant soit peu.

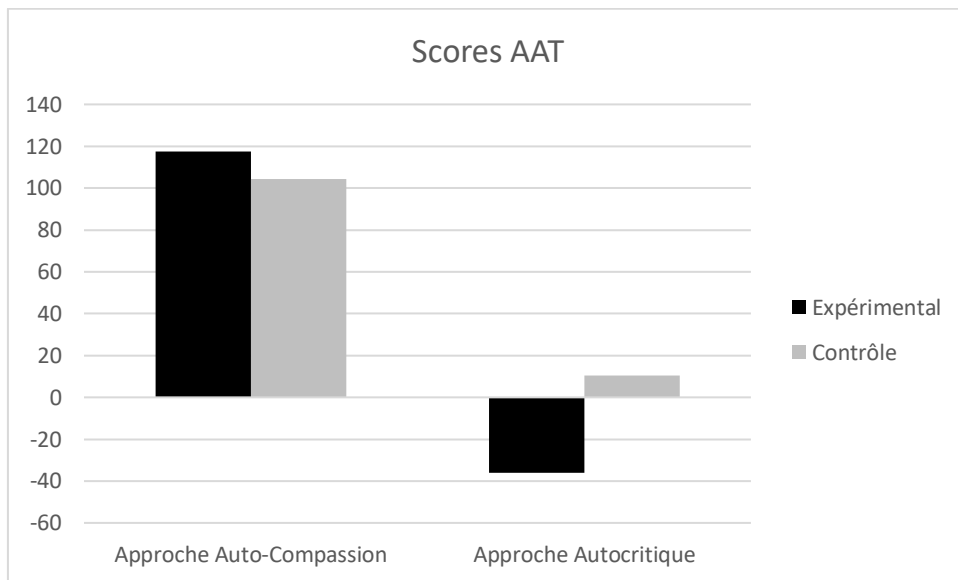
Tableau 2.1

Statistiques descriptives des traits de personnalité en fonction du groupe

Trait de personnalité	Groupe Expérimental		Groupe contrôle	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Auto-Compassion	2.86	0.76	2.93	0.70
Crainte de l'auto-compassion	2.42	1.51	2.19	1.23
Autocritique	4.35	1.34	4.40	1.45



Figure 2.1 Différences de groupe pour les Scores d'approche à l'auto-compassion et d'approche à l'autocritique selon le groupe expérimental.



## ANNEXE A

### QUESTIONNAIRES TRAITES DE PERSONNALITÉ

### TRAIT D'AUTO-COMPASSION (Neff, 2003)

**À droite de chaque item, veuillez indiquer à quelle fréquence vous vous comportez de cette façon envers vous-même lorsque vous échouez ou rencontrez des difficultés.**

	Presque jamais 1	2	3	4	Presque toujours 5
1. Je désapprouve et juge mes propres défauts et insuffisances.					
2. Lorsque je me sens mal, j'ai tendance à être obsédé(e) et à focaliser sur tout ce qui ne va pas.					
3. Quand les choses vont mal pour moi, je vois ces difficultés comme faisant partie de la vie que chacun traverse.					
4. Quand je pense à mes insuffisances, je me sens différent(e) et coupé(e) du reste du monde.					
5. J'essaie d'être aimant(e) envers moi-même quand je souffre.					
6. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, je suis envahi(e) par un sentiment de ne pas être à la hauteur.					
7. Quand je me sens déprimé(e), je me rappelle qu'il y a beaucoup d'autres personnes dans le monde qui ressentent la même chose.					
8. Quand les choses vont vraiment mal, j'ai tendance à être dur(e) envers moi-même.					
9. Quand quelque chose me contrarie, j'essaie de garder mes émotions en équilibre.					
10. Quand je ne me sens pas à la hauteur d'une quelconque façon, j'essaie de me rappeler que ce sentiment est partagé par la plupart des gens.					
11. Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.					
12. Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j'ai besoin.					
13. Quand je me sens mal, j'ai tendance à avoir l'impression que les autres sont plus heureux que moi.					
14. Quand quelque chose de douloureux se produit, j'essaie d'avoir une vision équilibrée de la situation.					
15. J'essaie de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine.					
16. Quand je vois des aspects de moi-même que je n'aime pas, je me critique.					
17. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi j'essaie de garder les choses en perspective.					
18. Quand c'est vraiment difficile pour moi, j'ai tendance à penser que la vie est plus facile pour les autres.					
19. Je suis bienveillant(e) envers moi-même quand je souffre.					
20. Quand quelque chose me perturbe, je me laisse emporter par mes sentiments.					
21. Je suis dur(e) envers moi-même quand je ressens de la souffrance.					
22. Quand je suis déprimé(e), je cherche à approcher mes sentiments avec curiosité et ouverture.					
23. Je suis tolérant(e) avec mes propres défauts et insuffisances.					
24. Quand quelque chose de douloureux se produit, j'ai tendance à donner une importance hors de proportion à l'incident.					
25. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, j'ai tendance à me sentir seul(e) dans mon échec.					
26. J'essaie d'être compréhensif(ve) et patient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.					

**CRAINTES DE LA COMPASSION**  
(Gilbert, McEwan, Matos & Ravis, 2011)

**La bienveillance et la compassion peuvent être vues de différentes façons. Alors que certaines personnes pensent qu'il est important de manifester de la bienveillance et de la compassion en toute circonstance, d'autres peuvent avoir peur de trop en faire preuve envers les autres et/ou envers eux-mêmes. Le questionnaire suivant porte sur votre attitude par rapport à la bienveillance et la compassion dans deux sphères de votre vie :**

**Votre réaction à la compassion venant des autres. Vos manifestations de bienveillance et de compassion envers vous-même.**

**Échelle 1 : Votre réaction à la compassion venant des autres :**

	Pas du tout en accord	Pas en accord	Quelque peu en accord	En accord	Tout à fait en accord
1. S'attendre à ce que les autres soient gentils avec moi est une faiblesse.					
2. J'ai peur que les gens ne soient pas gentils et compréhensifs lorsque j'en ai besoin.					
3. J'ai peur de devenir dépendant(e) du support des autres puisqu'ils ne seront pas toujours nécessairement disponibles pour moi.					
4. Je me demande parfois si les manifestations de compassion et de gentillesse de la part des autres sont sincères.					
5. Les manifestations de gentillesse de la part des autres peuvent me faire peur.					
6. Lorsque les gens sont gentils et compassionnés envers moi, je me sens embarrassé(e) ou anxieux(se).					
7. Lorsque les gens sont chaleureux et gentils avec moi, j'ai peur qu'ils découvrent quelque chose de négatif à mon propos qui les fera changer d'avis.					
8. Lorsque les gens sont gentils et compassionnés envers moi, je me demande si c'est seulement pour avoir quelque chose en retour.					
9. Lorsque les gens sont gentils et compassionnés envers moi, je me sens vide et triste.					
10. Lorsque les gens sont gentils, j'ai l'impression qu'ils envahissent ma bulle.					
11. Même si les gens sont gentils avec moi, je ne me suis jamais senti(e) rassuré(e) dans mes relations avec les autres.					
12. Je garde mes distances avec les gens, même s'ils sont gentils.					
13. Lorsque je pense que quelqu'un essaie d'être gentil et attentionné avec moi, je me distance.					

## SUIITE

**Échelle 2 : Vos manifestations de gentillesse et de compassion envers vous-même :**

	Pas du tout en accord	Pas en accord	Quelque peu en accord	En accord	Tout à fait en accord
1. Je ne sens pas que je mérite d'être gentil et indulgent envers moi-même.					
2. Si je pense vraiment à être gentil et doux envers moi-même, ça me rend triste.					
3. Pour avancer dans la vie, il est faut être dur envers soi-même plutôt que compatissant(e).					
4. Je préfère ne pas savoir comment je me sentirais si j'étais gentil(le) et compatissant(e) envers moi-même.					
5. Lorsque j'essaie d'être gentil envers moi-même, je me sens un peu vide.					
6. Si je ressentais de la douceur et de la compassion pour moi-même, j'aurais peur d'être envahi(e) par un sentiment de perte et de chagrin.					
7. J'ai l'impression que si je devenais plus gentil(le) envers moi-même et moins auto-critique, mes standards seraient moins élevés.					
8. Si je devenais plus auto-compatissant(e), j'aurais peur de devenir faible.					
9. Je n'ai jamais ressenti de compassion envers moi-même, donc je ne saurais pas par où commencer pour développer cette attitude.					
10. Si je développais de la compassion envers moi-même, j'aurais peur d'en devenir dépendant.					
11. J'ai peur que si je devenais trop auto-compatissant(e), je perdrais mon auto-critique et on verrait mes défauts.					
12. Si je développais de la compassion pour moi-même, j'aurais peur de devenir une personne que je ne veux pas être.					
13. J'ai peur que si je développais trop de compassion envers moi-même, les autres me rejetteraient.					
14. Je trouve plus facile d'être auto-critique plutôt qu'auto-compatissant(e).					
15. J'ai peur que si je suis trop auto-compatissant(e), de mauvaises choses vont m'arriver.					

## TRAIT D'AUTO-CRITIQUE

(Rudich, Lerman, Gurevich, Weksler et Shahar, 2008)

**Ici-bas se trouvent plusieurs affirmations concernant des traits de personnalité et les caractéristiques personnelles. Lisez attentivement chacun des items suivant et cochez à quel point vous êtes en accord avec ceux-ci. Si vous êtes fortement en accord, cochez 7, si vous êtes fortement en désaccord, cochez 1. Le point milieu est de 4 si vous êtes neutre.**

	Fortement en désaccord 1	2	3	4	5	6	Fortement en accord 7
1. Je trouve souvent que je ne suis pas à la hauteur de mes propres standards ou idéaux.							
2. Il y a une énorme différence entre la personne que je suis maintenant et la personne que je veux devenir.							
3. Je tends à ne pas être satisfait(e) avec ce que j'ai.							
4. J'ai de la difficulté à accepter mes faiblesses.							
5. J'ai tendance à être très critique envers moi-même.							
6. Je me compare très souvent à des standards ou à des buts.							
7. svp répondre "4" à cet item							

ANNEXE B

QUESTIONNAIRES VARIABLES DÉPENDANTES

## ÉMOTIONS NÉGATIVES

## ANXIÉTÉ (Spielberger, 1983)

Lisez chaque énoncé puis, en choisissant le cercle approprié, indiquez comment vous vous sentez en ce moment même.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
<b>Je me sens calme</b>				
<b>Je me sens tendu(e)</b>				
<b>Je me sens bouleversé(e)</b>				
<b>Je suis détendu(e)</b>				
<b>Je me sens comblé(e)</b>				
<b>Je suis préoccupé(e)</b>				



## SUITE

## COLÈRE et TRISTESSE (Leary et al., 2007)

**Ce questionnaire vise à mesurer comment vous vous sentez présentement.  
Indiquez à quel point vous ressentez ces émotions en ce moment même.**

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
<b>Contrarié (e)</b>					
<b>Irrité(e)</b>					
<b>Furieux(se)</b>					
<b>Fâché(e)</b>					
<b>Abattu(e)</b>					
<b>Déprimé(e)</b>					
<b>Triste</b>					
<b>Découragé(e)</b>					

**STRATÉGIES COGNITIVES DE RÉGULATION ÉMOTIONNELLE**  
(Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002)

**S'il vous plaît répondez aux questions suivantes en vous référant aux pensées que vous avez eues suite à la rétroaction sur votre performance.**

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Moyen</b>	<b>Beau- coup</b>	<b>Extrême- ment</b>
<b>Je pense que je dois accepter ce qui s'est passé.</b>					
<b>Je pense à ce que je ressens par rapport à ce que j'ai vécu.</b>					
<b>Je pense pouvoir apprendre quelque chose de la situation.</b>					
<b>J'ai le sentiment que je suis responsable de ce qui s'est passé.</b>					
<b>Je pense que je dois accepter la situation.</b>					
<b>Je suis préoccupé(e) par ce que je pense et ce que je ressens concernant ce que j'ai vécu.</b>					
<b>Je pense à des choses agréables qui n'ont rien à voir avec ce que j'ai vécu.</b>					
<b>Je pense pouvoir devenir une personne plus forte suite à ce qui s'est passé.</b>					

<b>Je repense sans cesse au fait que ce que j'ai vécu est terrible.</b>					
<b>J'ai le sentiment que les autres sont responsables de ce qui s'est passé.</b>					
<b>Je pense à quelque chose d'agréable plutôt qu'à ce qui s'est passé.</b>					
<b>Je pense à la manière de changer la situation.</b>					
<b>Je pense que cela ne s'est pas trop mal passé en comparaison à d'autres situations.</b>					
<b>Je pense qu'au fond je suis la cause de ce qui s'est passé.</b>					
<b>Je pense à un plan concernant la meilleure façon de faire la prochaine fois.</b>					
<b>Je pense continuellement à quel point la situation a été horrible.</b>					
<b>J'ai le sentiment qu'au fond les autres sont la cause de ce qui s'est passé.</b>					
<b>Je me dis qu'il y a pire dans la vie.</b>					

**AUTOCRITIQUE SITUATIONNELLE**  
(Zuroff, Sadikaj, Kelly & Leybman, 2016)

**S'il vous plaît répondez aux questions suivantes par rapport à ce que vous pensez et ressentez depuis que vous avez reçu la rétroaction de l'observateur.**

	Pas du tout 1	2	3	4	5	6	Beaucoup 7
<b>J'ai eu des pensées critiques envers moi-même</b>							
<b>Je me sentais fâché(e) contre moi-même</b>							
<b>Je ne cessais de penser à comment j'étais insatisfait(e) de ma performance</b>							
<b>Je me sentais dégoûté(e) par moi-même</b>							
<b>Les pensées que j'ai eues envers moi-même étaient sévères et péjoratives.</b>							
<b>J'avais honte de moi-même</b>							
<b>Je ne cessais de penser à mes fautes et faiblesses</b>							
<b>Je me sentais coupable</b>							

## ANNEXE C

### APPROBATION ÉTHIQUE DU PROJET

# CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



No du certificat : S-701337(2)

## CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (juin 2012).

### Protocole de recherche

**Chercheur(e) principal(e)** : Stéphane Dandeneau

**Unité de rattachement** : Psychologie

**Équipe de recherche:**

**Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse (incluant les thèses de spécialisation) dans le cadre du présent protocole de recherche** : Isabelle Almgren-Doré (doctorat en psychologie)

**Titre du protocole de recherche** : Développer l'auto-compassion avec un conditionnement implicite.

**Organisme de financement (le cas échéant)**: FRQS (2014-2017)

### Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel que soumis au CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité<sup>1</sup>.

Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **8 décembre 2015**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis pour le : **8 novembre 2015** : <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains/comites-reunions-formulaires-eth-humains/cier-comite-institutionnel-dethique-de-la-recherche-avec-des-etres-humains.html>

8 décembre 2014

\_\_\_\_\_  
Maria Nengeh Mensah  
Professeure  
Présidente

\_\_\_\_\_  
Date d'émission initiale du certificat

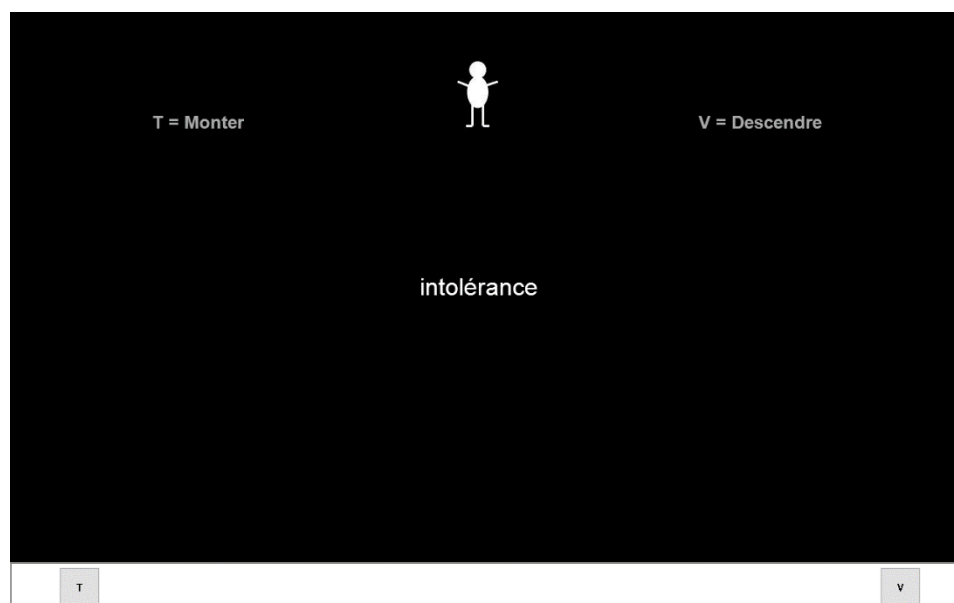
<sup>1</sup> Modifications apportées aux objectifs du projet et à ses étapes de réalisation, au choix des groupes de participants et à la façon de les recruter et aux formulaires de consentement. Les modifications incluent les risques de préjudices non-prévus pour les participants, les précautions mises en place pour les minimiser, les changements au niveau de la protection accordée aux participants en termes d'anonymat et de confidentialité ainsi que les changements au niveau de l'équipe (ajout ou retrait de membres).

## APPENDICE A

### MATÉRIELS

## CAPTURE D'ÉCRAN DE LA TÂCHE D'ENTRAÎNEMENT AAT

Entraînement d'approche à l'auto-compassion et d'évitement de l'autocritique (essai pratique numéro 1)







## CONSIGNES TÂCHE DE PRÉSENTATION DE SOI

*Puisque vous avez été assigné à la condition de présentation de soi, votre tâche sera de vous présenter devant la caméra comme si vous vous présentiez à quelqu'un de nouveau pendant 3 minutes. Par exemple, vous pouvez parler de l'endroit où vous êtes né, de vos plans pour le futur, de vos passe-temps, de vos intérêts, etc. À l'aide du logiciel Photobooth, vous allez être enregistré par la caméra de l'ordinateur ici devant vous. Lorsque les 3 minutes seront écoulées, je viendrai vous chercher et je mettrai fin à la vidéo. Par la suite, cette vidéo sera envoyée à un autre étudiant se trouvant dans une salle connexe pour qu'il/elle l'évalue. Veuillez y inscrire votre code de participant. Avant que je clique sur le bouton rouge pour débiter l'enregistrement, avez-vous des questions ?*

## RÉFÉRENCES

- Aiken, L. S. et West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. London: Sage.
- Amir, N., Beard, C., Burns, M., et Bomyea, J. (2009). Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology, 118*(1), 28.
- Baker, L. R. et McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: The moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*, 853-873.
- Baldwin, M. W. (Ed.). (2005). *Interpersonal Cognition*. New York: Guilford.
- Baldwin, M. W. et Dandeneau, S. D. (2005). Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 33-61). New York: Guilford.
- Beck, Aaron T., ed. *Cognitive therapy of depression*. Guilford press, 1979.
- Becker, E. S., Barth, A., Smits, J. A., Beisel, S., Lindenmeyer, J., & Rinck, M. (2019). Positivity-approach training for depressive symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders, 245*, 297-304.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child, 29*(1), 107-157.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.
- Blatt, S. J. et Behrends, R. S. (1987). Internalization, separation-individuation, and the nature of therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis, 68*, 279-297.
- Blatt, S. J., D'Affitti, J. P., Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*(4), 383-389.

- Blatt, S. J., et Homann, E. (1992). Parent–child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47–91.
- Blatt, S. J., et Lerner, H. (1983). The psychological assessment of object representation. *Journal of Personality Assessment*, 47(1), 7-28.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133-1143.
- Chen, M., et Bargh, J. A. (1999). Consequences of automatic evaluation: Immediate behavioral predispositions to approach or avoid the stimulus. *Personality and social psychology bulletin*, 25(2), 215-224.
- Cox, B. J., Fleet, C. et Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 227-234.
- Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M. W. et Karpinski, D. C. (2002). Self-criticism in generalised social phobia and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 33(4), 479-491.
- Chang, E. C. (2008). Introduction to self-criticism and self-enhancement: Views from ancient Greece to the modern world.
- Choi, Bryan H., Alberta E. Pos, and Magnus S. Magnusson. "Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression." *Psychotherapy Research* 26.4 (2016): 484-499.
- Chui, H., Zilcha-Mano, S., Dinger, U., Barrett, M. S. et Barber, J. P. (2016). Dependency and self-criticism in treatments for depression. *Journal of counseling psychology*, 63(4), 452.
- Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55(11), 1196.
- De Houwer, J., Crombez, G., Baeyens, F. et Hermans, D. (2001). On the generality of the affective Simon effect. *Cognition & Emotion*, 15(2), 189-206.
- Dent, J. et Teasdale, J. D. (1988). Negative cognition and the persistence of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 29.

- Dewitte, M., De Houwer, J., Buysse, A. et Koster, E. H. (2008). Proximity seeking in adult attachment: Examining the role of automatic approach–avoidance tendencies. *British Journal of Social Psychology*, 47(4), 557-573.
- Dunkley, D. M. et Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139–149. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.017>
- Ehret, A. M., Joormann, J. et Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion*, 29(8), 1496–1504. <http://doi.org/10.1080/02699931.2014.992394>
- Eisma, M. C., Rinck, M., Stroebe, M. S., Schut, H. A., Boelen, P. A., Stroebe, W. et Van den Bout, J. (2015). Rumination and implicit avoidance following bereavement: an approach avoidance task investigation. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 47, 84-91.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218.
- Galante, J., Galante, I., Bekkers, M.-J. et Gallacher, J. (2014). Effect of Kindness-Based Meditation on Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1101–1114. <http://doi.org/10.1037/a0037249>
- Garnefski, N. et Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V. et Spinhoven, P. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Leiderdorp, The Netherlands*: DATEC.
- Gauthier, J. et Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State–Trait Anxiety Inventory de Spielberger. [A French-Canadian adaptation of the revised version of Spielberger's State–Trait Anxiety Inventory.]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559-578. doi: 10.1037/h0078881
- Germer, C. & Neff, K. D. (2019). Mindful Self-Compassion (MSC). In I. Itzvan (Ed.) *The handbook of mindfulness-based programs: Every established intervention, from medicine to education* (pp. 357-367). London: Routledge.

- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly*, 70(4), 1205-1230.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. <http://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Gilbert, P. et Irons, C. (2005). Focused therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional, imagery and compassionate mind training. In Press. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. 263-325). Londres, Angleterre : Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J. et Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(4), 374–390. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x>
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. et Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy*, 84, 239 à 255.
- Gilbert, P. et Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism : Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353–379. <http://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Hayes, Andrew F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Heuer, K., Rinck, M. et Becker, E. S. (2007). Avoidance of emotional facial expressions in social anxiety: The approach–avoidance task. *Behaviour research and therapy*, 45(12), 2990-3001.
- Johnson, S. M. et Greenberg, L. S. (Eds.). (1994). *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy*. Psychology Press.
- Kannan, D. et Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166–178. <http://doi.org/10.1037/a0032355>

- Kelly, A.C., Carter, J.C., Zuroff, D.C. et Boirairi, S., *Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: A preliminary investigation*. *Psychotherapy Research*, 2013. 23(3): p. 252-264.
- Krieglmeyer, R. et Deutsch, R. (2010). Comparing measures of approach–avoidance behaviour: The manikin task vs. two versions of the joystick task. *Cognition and Emotion*, 24(5), 810-828.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B. et Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- Löw, C. A., Schauenburg, H. et Dinger, U. (2020). Self-criticism and psychotherapy outcome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 75, 101808.
- Kotsou, I. et Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PloS one*, 11(4), e0152880.
- MacBeth, A. et Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C. et Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 231-244.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J. et Costa, V. (2011). Understanding the importance of attachment in shame traumatic memory relation to depression: The impact of emotion regulation processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.786
- Mikulincer, M., Birnbaum, G., Woddis, D. et Nachmias, O. (2000). Stress and accessibility of proximity-related thoughts: Exploring the normative and intraindividual components of attachment theory. *Journal of personality and social psychology*, 78(3), 509.
- Mikulincer, M. et Shaver, P. (2005). Mental representations of attachment security: theoretical foundations for a positive social psychology. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 233-266). New York: Guilford.
- Mongrain, M. et Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 705-713.

- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. et Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neimeijer, R. A., de Jong, P. J. et Roefs, A. (2015). Automatic approach/avoidance tendencies towards food and the course of anorexia nervosa. *Appetite*, 91, 28-34.
- Pinto-Gouveia, J. et Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25(2), 281-290. doi: 10.1002/acp.1689
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Matos, M. et Xavier, A. (2013). Centrality of shame memories and psychopathology: The mediator effect of self-criticism. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(3), 323-334.
- Radke, S., Güths, F., André, J. A., Müller, B. W. et de Bruijn, E. R. (2014). In action or inaction? Social approach–avoidance tendencies in major depression. *Psychiatry research*, 219(3), 513-517.
- Rinck, M. et Becker, E. S. (2007). Approach and avoidance in fear of spiders. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(2), 105-120.
- Rosenberg, M. (1965) *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Rudich, Z., Lerman, S. F., Gurevich, B., Weksler, N. et Shahar, G. (2008). Patients' self-criticism is a stronger predictor of physician's evaluation of prognosis than pain diagnosis or severity in chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9(3), 210-216.
- Schmidt, N. B., Richey, J. A., Buckner, J. D. et Timpano, K. R. (2009). Attention training for generalized social anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology*, 118(1), 5.
- Shahar, G. (2015). *Erosion: The psychopathology of self-criticism*. Oxford University Press, USA.
- Shahar, B., Doron, G. et Szepsenwol, O. (2015). Childhood maltreatment, shame-proneness and self-criticism in social anxiety disorder: A sequential mediational model. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(6), 570-579.



- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Revised Edition. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Strack, F. et Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and social psychology review*, 8(3), 220-247.
- Tangney, J. P. E. et Fischer, K. W. (1995). Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride. In *The idea for this volume grew out of 2 pivotal conferences. The 1st conference, on emotion and cognition in development, was held in Winter Park, CO, Sum 1985. The 2nd conference, on shame and other self-conscious emotions, was held in Asilomar, CA, Dec 1988.*. Guilford Press.
- Taylor, C. T. et Amir, N. (2012). Modifying automatic approach action tendencies in individuals with elevated social anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 529–536. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.004>
- Vallieres, E. F. et Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International journal of psychology*, 25(2), 305-316.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P. et Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 123-130.
- Vrijzen, J. N., Fischer, V. S., Müller, B. W., Scherbaum, N., Becker, E. S., Rinck, M., & Tendolkar, I. (2018). Cognitive bias modification as an add-on treatment in clinical depression: results from a placebo-controlled, single-blinded randomized control trial. *Journal of affective disorders*, 238, 342-350.
- Whelton, W. J., Paulson, B. et Marusiak, C. W. (2007). Self-criticism and the therapeutic relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(2), 135-148.
- Wiers, R. W., Rinck, M., Kordts, R., Houben, K. et Strack, F. (2010). Retraining automatic action-tendencies to approach alcohol in hazardous drinkers. *Addiction*, 105(2), 279-287.
- Wittekind, C. E., Feist, A., Schneider, B. C., Moritz, S. et Fritzsche, A. (2015). The approach-avoidance task as an online intervention in cigarette smoking: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46(March 2015), 115–120. <http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.08.006>

- Yu, J. J., & Gamble, W. C. (2009). Adolescent relations with their mothers, siblings, and peers: An exploration of the roles of maternal and adolescent self-criticism. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(5), 672-683.
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Weiss, H., Hermann, S., Endorf, K., Lau, I. et Hartmann, A. (2020). Self-Criticism and Personality Functioning Predict Patterns of Symptom Change in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 147.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow III, C. A., Bondi, C. M. et Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 76.
- Zuroff, D. C., Koestner, R. et Powers, T. A. (1994). Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment. *Cognitive Therapy Research*, 18(4), 367–385. doi:10.1007/BF02357511
- Zuroff, D. C., Sadikaj, G., Kelly, A. C. et Leybman, M. J. (2016). Conceptualizing and measuring self-criticism as both a personality trait and a personality state. *Journal of personality assessment*, 98(1), 14-21.
- Zuroff, D., Santor, D. et Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism, and maladjustment. Relatedness, self-definition and mental representation (pp. 75–90). New York, NY US.

