

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

HORS DES SENTIERS BATTUS : LA THÉRAPIE PAR L'AVENTURE AUPRÈS
DES JEUNES ADULTES PSYCHOTIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CAMILLE GIRARD

SEPTEMBRE 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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

Merci à mon directeur de recherche, J. Éric Dubé ainsi qu'à ma co-directrice, Clairéline Ouellet-Plamondon.

Merci à tous les participants pour votre confiance tout au long du projet.

Merci à Jean-Philippe LeBlanc, fondateur de l'organisme Face aux vents.

Merci à toutes mes amies et collègues pour votre soutien indéfectible.

Un merci spécial à Christine, fidèle compagne de rédaction.

Merci à ma famille, merci d'être là !

DÉDICACE

À toutes les personnes touchées, d'une
manière ou d'une autre, de près ou de loin, par
la psychose.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I Contexte théorique.....	3
1.1 Étiologie de la psychose.....	3
1.1.1 Facteurs biologiques	3
1.1.2 Facteurs environnementaux	5
1.1.3 Modèles vulnérabilité - stress.....	6
1.2 Perspectives psychodynamiques sur la psychose	7
1.2.1 Vie psychique et symptômes.....	8
1.2.2 Rapport à la réalité, au monde et carence des processus de symbolisation	9
1.2.3 Angoisses et défenses	12
1.3 Le rétablissement.....	14
1.3.1 Conceptualisation du rétablissement	14
1.3.2 Se rétablir d'un épisode psychotique	16
1.4 La thérapie par l'aventure.....	18
1.4.1 Définitions et origines.....	18
1.4.2 Recension des écrits.....	20
1.4.3 Bilan de la recension des écrits	24
1.5 Notre recherche	25
CHAPITRE II Cadre méthodologique.....	26
2.1 Démarche de recherche.....	26
2.1.1 Évolution du projet de recherche.....	26
2.1.2 Objectifs de recherche	27

2.1.3	Paradigme de recherche et présupposés théoriques.....	28
2.2	Devis de recherche.....	29
2.2.1	Participants.....	29
2.2.2	Programme de thérapie par l'aventure	31
2.2.3	Procédures.....	32
2.2.4	Analyse qualitative	34
2.2.5	Éléments de rigueur.....	35
2.2.6	Considérations éthiques	36
2.3	Présentation des résultats	36
CHAPITRE III Off the beaten path: Adventure therapy as an adjunct to early intervention for psychosis		38
3.1	Adventure Therapy	40
3.2	Method	42
3.2.1	Participants.....	42
3.2.2	Adventure Therapy program.....	43
3.2.3	Data collection.....	44
3.2.4	Data analysis	44
3.3	Results.....	45
3.3.1	On taking part in Adventure therapy <i>per se</i> : perceived effects on ‘being in relation with oneself and with others’	45
3.3.2	On the perceived take-away lessons from Adventure therapy: perspectives on the recovery process	50
3.3.3	Perceived limitations, post-adventure adjustment, and ‘delayed responses’	52
3.4	Discussion	54
3.5	Limitations	58
3.6	Conclusion.....	59
CHAPITRE IV La thérapie par l'aventure avec des jeunes adultes psychotiques : les composantes actives du programme		62
4.1	Thérapie par l’aventure	65
4.2	Méthodologie.....	68
4.2.1	Participants.....	68
4.2.2	Programme de thérapie par l’aventure (TA).....	69
4.2.3	Collecte de données	70

4.2.4	Analyse qualitative	71
4.3	Résultats	72
4.3.1	Espace-temps hors du quotidien.....	72
4.3.2	Espace-temps en nature	73
4.3.3	Programmation	73
4.3.4	Activités d'aventure à haute intensité émotionnelle.....	74
4.3.5	Vie de groupe	75
4.3.6	Présence des intervenants	76
4.4	Discussion	78
4.5	Limites	82
4.6	Conclusion.....	83
CHAPITRE V Discussion générale.....		89
5.1	Synthèse des principaux résultats	89
5.1.1	Premier objectif : explorer et décrire l'expérience subjective des participants au programme de TA	89
5.1.2	Deuxième objectif : mettre en relief les facteurs de cette expérience perçus comme significatifs ou non au plan du processus de rétablissement.....	91
5.1.3	Troisième objectif : explorer et décrire les composantes thérapeutiques de la TA telles que perçues subjectivement par les participants	91
5.2	Synthèse des éléments discutés dans le cadre des articles	93
5.2.1	Expérience renouvelée de la relation à soi : perspectives sur le processus de rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique	93
5.2.2	Expérience renouvelée de la relation à l'autre : perspectives sur le processus de rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique.....	95
5.2.3	Limites du programme de TA et de notre recherche	96
5.3	Réflexions théorico-cliniques psychodynamiques à propos de l'utilisation de la thérapie par l'aventure auprès des jeunes adultes psychotiques.....	98
5.3.1	Obstacles à la rencontre et à l'engagement dans un processus de rétablissement	98
5.3.2	La thérapie par l'aventure comme médiation thérapeutique.....	100
Conclusion.....		106
ANNEXE A Canevas de l'entretien #1		108
ANNEXE B Canevas de l'entretien #2		110

ANNEXE C Canevas de l'entretien #3	111
ANNEXE D Questionnaire socio-Démographique	112
ANNEXE E Formulaire de consentement	114
RÉFÉRENCES	122

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
3.1 <i>Thematic Tree for "Being in Relation With Oneself and Others"</i>	54

RÉSUMÉ

Tel un ouragan, la psychose fait des ravages sur son passage dans la vie de la personne qui en souffre ainsi que dans la vie de son entourage. Afin de permettre à la personne de s'engager rapidement dans un processus de rétablissement, des services d'intervention précoce sont préconisés à la suite d'un premier épisode psychotique. En raison des symptômes et des difficultés sévères associés à la psychose, le processus de rétablissement est ardu et certaines personnes ne répondent que partiellement aux modalités de traitement usuel. Pour dénouer les impasses thérapeutiques, l'utilisation de modalités d'intervention alternatives telles que la danse, l'art et la musique est suggérée. À cet égard, la thérapie par l'aventure (TA), utilisant les activités d'aventure en plein air comme outil thérapeutique, semble présenter un potentiel thérapeutique auprès des personnes souffrant de psychose. Cette recherche vise à explorer et à décrire l'expérience subjective des participants au programme de TA (objectif #1) ainsi qu'à mettre en relief les facteurs de cette expérience perçus comme significatifs ou non au plan du processus de rétablissement (objectif #2). Cette recherche vise également l'exploration et la description des composantes thérapeutiques de la TA telles que perçues subjectivement par les participants (objectif #3). Afin de répondre aux objectifs de recherche, une méthodologie qualitative permettant de s'intéresser à la subjectivité de l'expérience de chaque participant a été utilisée. Des entretiens semi-structurés auprès de 15 jeunes adultes suivis à la Clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ont été effectués et ce, à trois moments distincts : au début du programme de TA, à la fin du programme de TA et six mois plus tard.

Les résultats de l'analyse thématique des entretiens sont présentés en deux articles scientifiques. Le premier article s'intitule *Off the beaten path: Adventure therapy as an adjunct to early intervention for psychosis* et présente les thèmes au coeur de l'expérience des participants soit une expérience renouvelée de la relation à soi et à l'autre se déclinant en différents thèmes : a) les expériences émotionnelles intenses bien que contenues; b) le développement de nouvelles perceptions sur soi concernant ses habiletés, qualités ou intérêts; c) le développement de nouvelles perceptions sur soi par le biais du regard d'autrui; d) les expériences d'interaction sociales positives; e) le partage à propos de son expérience de la psychose. Le deuxième article s'intitule *La thérapie par l'aventure avec des jeunes adultes psychotiques : les composantes actives du programme* et présente les thèmes qui se rapportent aux composantes de la TA :

(a) espace-temps hors du quotidien; (b) espace-temps en nature; (c) programmation; (d) activités d'aventure à haute intensité émotionnelle; (e) vie de groupe; (f) présence des intervenants. Les résultats sont discutés en lien avec les différentes dimensions du processus de rétablissement tel que conceptualisé par Provencher (2007) ainsi qu'en lien avec les difficultés rencontrées par les personnes souffrant de psychose. À ce propos, nos résultats indiquent que la TA est une modalité d'intervention qui peut être pertinente en complémentarité avec le traitement usuel. Par ailleurs, nous proposons quelques réflexions théorico-cliniques quant à l'utilisation de la TA comme médiation thérapeutique selon une perspective psychodynamique du fonctionnement psychotique de la psyché.

Mots clés : thérapie par l'aventure, intervention précoce, premier épisode psychotique, rétablissement, médiation thérapeutique.

INTRODUCTION

La psychose est un état mental caractérisé par un ensemble de troubles de la pensée, perceptuels et cognitifs qui se manifestent par divers symptômes positifs (expériences hallucinatoires, idées délirantes, etc.) et négatifs (retrait affectif et social, apathie, anhédonie, alogie, etc.) ainsi que par la désorganisation de la pensée et du comportement. La perturbation du contact avec la réalité est l'élément distinctif de cet état mental retrouvé dans divers troubles de santé mentale (schizophrénie, bipolarité, etc.). Certaines conditions médicales neurologiques (épilepsie, Alzheimer, etc.), métaboliques ou endocrinologiques peuvent également être la source d'un état psychotique (Tamminga et Ivleva, 1995). Dans le cadre de cette thèse, la psychose sera abordée en tant qu'état psychique constitutif d'un trouble de santé mentale sévère et parfois persistant.

Les troubles psychotiques se manifestent habituellement au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte soit de manière progressive et insidieuse ou de façon plus soudaine et brutale (Azoulay, 2013). Survenant au cours d'une période de vie charnière au plan du développement de l'identité, des relations sociales et d'un projet vocationnel, la psychose entraîne une grande détresse psychologique ainsi que de sérieuses perturbations du fonctionnement global. En plus des symptômes associés à la psychose, les personnes qui en sont atteintes souffrent souvent de difficultés considérables telles que la stigmatisation, la discrimination, la pauvreté et une santé physique précaire (Martindale, 2007; Ouellet-Plamondon et Abdel-Baki, 2011). Aux prises avec de telles souffrances, le risque de chronicité et de suicide s'accroît (Conus, 2018).

Le processus de rétablissement à la suite d'un épisode psychotique est complexe et parsemé d'embûches. Afin de favoriser le rétablissement, des programmes d'intervention précoce (IP) préconisant une intervention rapide et intensive dès l'apparition des symptômes psychotiques sont mis en place. Malgré cela, il demeure difficile pour certaines personnes de s'engager dans leur traitement et dans leur processus de rétablissement. L'utilisation de modalités de traitement alternatives peuvent alors être suggérées afin de surmonter les impasses thérapeutiques. Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéressons à la thérapie par l'aventure (TA) qui présente un potentiel thérapeutique auprès des personnes souffrant de psychose (Bryson et al., 2013; Kelley et al., 1997; Voruganti et al., 2006). Nos objectifs sont d'explorer et de décrire l'expérience subjective des participants au programme de TA et d'identifier les facteurs de cette expérience perçus par eux comme significatifs ou non au plan du processus de rétablissement et ce, par le biais d'une méthodologie qualitative.

Cette thèse est constituée de cinq chapitres. Le premier chapitre présente le contexte théorique dans lequel s'inscrit notre recherche. Le deuxième chapitre aborde notre cadre méthodologique. Le troisième ainsi que le quatrième chapitre présentent les résultats de notre recherche sous forme d'articles scientifiques. Le premier article (chapitre III) a été publié en mars 2021 dans la revue *Psychosis : Psychological, Social and Integrative Approaches*. Le deuxième article (chapitre IV) a été accepté en mai 2022 pour publication sous peu à la Revue québécoise de psychologie. Enfin, le cinquième chapitre présente une synthèse des résultats ainsi qu'une discussion clinique et théorique à propos de la TA. Ce dernier chapitre aborde également les limites de notre recherche ainsi que les pistes potentielles pour de futures études.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

Dans ce chapitre, nous aborderons l'étiologie de la psychose, les modèles vulnérabilité-stress ainsi que le fonctionnement psychotique de la psyché selon une perspective psychodynamique. Il sera également question du processus de rétablissement et de l'intervention précoce à la suite d'un premier épisode psychotique. Enfin, nous présenterons une recension des écrits à propos de la thérapie par l'aventure (TA).

1.1 Étiologie de la psychose

De nombreuses études ont tenté de cerner les causes des troubles psychotiques. Certaines d'entre elles ont identifié des facteurs organiques alors que d'autres ont plutôt identifié des facteurs environnementaux. D'autres études ont mis de l'avant l'interaction biologie-environnement au sein de la problématique psychotique.

1.1.1 Facteurs biologiques

Des études ont montré le rôle des composantes génétiques dans le développement de la psychose. En effet, des études familiales, d'adoption et de jumeaux ont rapporté des résultats montrant l'agrégation de la schizophrénie et des troubles psychotiques au sein

d'une même famille ainsi que l'héritabilité de ces troubles (Demily, 2018; Ruffalo, 2019). Le risque de développer la schizophrénie augmente lorsque la charge génétique est importante. Par exemple, le risque de développer la schizophrénie pour la fratrie de personnes qui en sont atteintes est de 9 % (Demily, 2018). Ce risque augmente à 13 % pour les enfants de personnes atteintes et croît de 35 à 45 % pour les enfants dont les deux parents biologiques sont atteints de schizophrénie (Demily, 2018). Les études montrent que l'héritabilité de la schizophrénie est élevée et que les facteurs génétiques peuvent être l'explication d'environ 80 % de la variance clinique (Demily, 2018; Henriksen et al., 2017).

D'autres études ont mis de l'avant le rôle des neurotransmetteurs dont la dopamine et le glutamate dans l'étiologie de la schizophrénie (Ruffalo, 2019). Des hypothèses sont également étudiées du côté des circuits sérotoninergique et noradrénergique (Bonnet-Brihault et al., 2001). Des facteurs de risque prénataux ont aussi été étudiés tels que le stress, le déficit nutritionnel et l'exposition à des virus ou à des bactéries au cours de la grossesse ainsi que des complications à la naissance et une incompatibilité du facteur Rhésus (van Os et al., 2010). Toutefois, les résultats de ces études concernant les facteurs de risque prénataux ne sont pas concluants quant au rôle de ceux-ci dans le développement de la psychose (van Os et al., 2010). Par ailleurs, l'identification de changements cérébraux et d'un développement anormal au plan social, moteur et cognitif chez des personnes atteintes de schizophrénie a mené à la formulation de l'hypothèse d'une cause neurodéveloppementale. Cependant, les résultats ne soutiennent pas un lien de causalité direct entre une anomalie neurodéveloppementale et le développement de la schizophrénie; ils pointent plutôt vers une interaction des facteurs environnementaux et biologiques dans le développement de la psychose (Harder et Rosenbaum, 2015).

1.1.2 Facteurs environnementaux

Plusieurs facteurs environnementaux potentiellement impliqués dans le développement des troubles psychotiques ont été identifiés. Par exemple, l'incidence de la schizophrénie étant plus élevée chez les migrants ainsi qu'en milieu urbain, des études se sont intéressées à ces deux variables (McGrath et al., 2004). Les études auprès des immigrants ont montré qu'il n'y a pas de groupe ethnique plus à risque de développer un trouble psychotique, mais que le stress associé à l'adversité sociale, à la discrimination et à la marginalisation vécue au sein d'un groupe minoritaire peut contribuer à l'apparition de la psychose (Morgan et al., 2010; van Os et al., 2010). De la même manière, il semble que l'impact du milieu urbain sur l'incidence de la schizophrénie soit lié à des stressseurs dans l'environnement social tels que la fragmentation du milieu social et la discrimination vécue en lien avec sa situation familiale, financière, etc. (van Os et al., 2010; Zammit et al., 2010). Par ailleurs, une méta-analyse de 41 études a montré l'association entre l'adversité ainsi que les traumatismes vécus au cours de l'enfance et le risque de développer un trouble psychotique. Ces résultats soulignent l'impact néfaste des expériences perturbatrices traumatiques au cours de l'enfance sur le fonctionnement et la santé mentale de l'adulte (Varese et al., 2012). Enfin, un autre facteur de risque faisant actuellement l'objet de plusieurs recherches est l'impact de la consommation de cannabis sur le développement de la psychose. Les résultats de Di Forti et al. (2019) montrent que la consommation quotidienne de cannabis augmente les probabilités de développer un trouble psychotique, en particulier si le cannabis contient une concentration élevée de THC.

1.1.3 Modèles vulnérabilité - stress

Devant l'impossibilité d'expliquer la variété des éclosions psychotiques par un seul facteur de risque, il est désormais reconnu que les troubles psychotiques émergent d'une interaction biologie-environnement (van OS et al., 2008). En effet, il semble que l'apparition de la psychose soit le résultat de trajectoires développementales influencées par l'interaction complexe entre de multiples facteurs de risque génétiques et environnementaux (Harder et Rosenbaum, 2015). Au cours des dernières décennies, les modèles « vulnérabilité-stress » de Zubin et Spring (1977) et d'Anthony et Liberman (1986), rendant compte de cette interaction ont été particulièrement influents. Ces modèles stipulent que le développement d'un trouble de santé mentale sévère est la conséquence de l'impact néfaste de stressseurs dans la vie d'une personne présentant une vulnérabilité psychobiologique (Leclerc et al., 2012).

Nicholson et Neufled (1992) ont proposé une révision dynamique du modèle préalablement formulé par Zubin et Spring (1977) constitué de six variables interreliées : génétique, vulnérabilité, symptomatologie, stressseurs, perception et stratégies d'adaptation (*coping*). Dans ce modèle, les composantes génétiques sont considérées comme l'une des sources de la vulnérabilité d'une personne à développer un trouble de santé mentale. Elles influencent également la façon avec laquelle la personne perçoit et s'adapte aux situations rencontrées. À son tour, la symptomatologie influence la perception ainsi que l'adaptation à une situation et elle peut aussi devenir un stressseur. Quant aux stratégies d'adaptation, celles-ci modulent les effets de la vulnérabilité à développer un trouble de santé mentale. En effet, des stratégies d'adaptation utilisées efficacement par une personne vulnérable peuvent prévenir l'apparition des symptômes. Ce modèle expose le dynamisme des interrelations entre les variables biologiques et environnementales ayant toutes deux des effets sur la vulnérabilité ainsi que sur la façon d'appréhender le monde et de s'y adapter (Leclerc

et al., 1997). Quant au modèle d'Anthony et Liberman (1986), il intègre les facteurs de protection tels que la médication, les habiletés sociales, le soutien social, les habiletés vocationnelles et la participation à des programmes psychosociaux. Selon ce modèle, ces facteurs modulent les effets des stressors sur la personne présentant une vulnérabilité à développer un trouble de santé mentale.

Le modèle « vulnérabilité-stress » est largement utilisé dans le cadre de l'intervention précoce (IP) à la suite d'un premier épisode psychotique. Il permet une compréhension dynamique et idiosyncrasique de la problématique psychotique que présente la personne.

1.2 Perspectives psychodynamiques sur la psychose

Les modèles « vulnérabilité-stress » stipulent que le développement d'un trouble de santé mentale est le résultat d'une combinaison de variables liées à la vulnérabilité de l'individu ainsi qu'aux stressors qui surviennent dans sa vie et qui entraînent un déséquilibre dépassant ses capacités d'adaptation. Comment s'explique le fait qu'une personne s'adapte bien à un type de stressor alors qu'une autre éprouve de la difficulté à s'y adapter? De quelle façon est-il possible de comprendre les divergences de perception entre deux personnes à propos d'une même situation et les différences dans la manière avec laquelle elles en sont affectées? La perspective psychodynamique aborde ces questions en s'intéressant à la vie psychique de l'individu et à son fonctionnement dans toute sa complexité (Martindale, 2007), permettant ainsi d'optimiser et d'individualiser les interventions (Martindale et Summers, 2013). En ce sens, Benedetti (1998) traite de l'importance « de se tourner vers la personne [...] et d'aller à la rencontre de son vécu intérieur, non pas tant pour expliquer ce qu'est la schizophrénie que pour aider le malade à élaborer ce vécu intérieur » (p. 44-45).

Les modèles psychodynamiques proposent des points de repères quant à l'organisation de la psyché qui soutiennent la compréhension clinique des symptômes et des difficultés que présente la personne. Ces modèles consistent en un ensemble d'hypothèses permettant d'analyser les enjeux psychiques liés aux symptômes et de rendre compte de la fonction de ceux-ci au sein de la vie psychique de la personne (Roussillon et al., 2018). S'inspirant du modèle structural de la personnalité de Bergeret (1996), le modèle des pôles organisateurs du psychisme présenté par Roussillon et al. (2018), semble pertinent pour identifier les dénominateurs communs dans l'expérience et le fonctionnement d'une personne présentant une problématique psychotique.

1.2.1 Vie psychique et symptômes

La compréhension théorique et clinique psychodynamique de la psyché humaine présuppose l'existence d'une vie psychique unique à chaque individu qui détermine la façon avec laquelle celui-ci appréhende la vie et donne un sens à ses expériences. Opérant selon des lois et des effets qui lui sont propres, la réalité psychique donne une forme unique aux contenus psychiques et détermine le rapport à soi, à l'autre et au monde. Il s'agit d'une réalité complexe constituée de contenus conscients et inconscients qui se révèlent de diverses manières, entre autres par le biais de symptômes physiques et psychiques. Chaque symptôme est donc compris comme une manifestation de l'inconscient constituée de traces de l'histoire de la personne et porteuse d'un sens qui demande à être élaboré. Selon la perspective psychodynamique, c'est en s'intéressant à l'origine et à la fonction du symptôme dans la vie psychique de l'individu qu'il est possible de l'aider à s'en dégager progressivement, notamment en trouvant d'autres moyens de combler la fonction que le symptôme occupe (Roussillon et al., 2018). Comprendre la signification des symptômes peut également aider à

identifier les stressseurs qui affectent la personne afin d'intervenir de manière à éviter l'exacerbation des symptômes (Martindale et Summers, 2013).

1.2.2 Rapport à la réalité, au monde et carence des processus de symbolisation

La personne souffrant de psychose n'appréhende pas le monde selon les mêmes modalités que la majorité des personnes. En effet, la psychose transforme le rapport de la personne avec la réalité, si bien qu'elle se retrouve parfois étrangère et confuse devant les conventions culturelles et sociales; la personne est alors en rupture avec la réalité commune et partagée (Martindale et Summers, 2013; McWilliams, 2011; Roussillon et al., 2018). La présence d'idées délirantes et d'hallucinations témoigne de cette rupture qui entraîne des modifications majeures au plan de l'identité et de la personnalité (Roussillon et al., 2018). Benedetti (1998) décrit trois vécus relatifs au délire : le vécu d'influence, le vécu de référence et le vécu de persécution. D'abord, le vécu d'influence réfère au fait que la personne peut se sentir guidée par des forces étrangères, humaines ou surnaturelles qu'elle peut interpréter comme étant de nature électrique, magnétique, télépathique, etc. La personne peut également avoir l'impression d'influencer les autres en étant, par exemple, habilitée à lire dans leurs pensées. Ce vécu d'influence peut entraîner un sentiment de toute puissance ou encore d'impuissance, d'anxiété ou même de terreur. Quant au vécu de référence, il signifie que la personne a l'impression que tout se rapporte à elle, c'est-à-dire qu'elle croit être la cause, intentionnelle ou non, de tout ce qui survient ou encore que tout ce qui survient a une signification qui la concerne. Elle peut avoir l'impression d'être comme « un livre ouvert », persuadée que ses faits et gestes sont connus de tous. Selon Benedetti (1998), de ces deux vécus découle le vécu de persécution qui réfère au fait que la personne est persuadée que l'on lui veut du mal. Benedetti (2003) propose de reconnaître un sens au délire en le considérant comme une communication codée au travers de laquelle la

personne révèle quelque chose d'elle-même. Selon lui, le délire peut aussi être compris comme le résultat d'une recherche identitaire, c'est-à-dire comme la tentative d'une personne confuse et morcelée au plan identitaire de se restructurer en morcelant toutefois son rapport à la réalité (Benedetti, 1998). Roussillon et al. (2018) mentionnent que les symptômes de la personne souffrant de psychose tels que le délire représentent « des tentatives de guérison, des solutions d'urgence nécessaires sinon vitales » (p. 270) qui entravent sa relation à elle-même, aux autres et au monde.

Le rapport au monde de la personne souffrant de psychose est également marqué par la confusion entre son monde interne et le monde externe, entre ce qui est soi et non-soi (Roussillon et al., 2018). Tel que l'explique Benedetti (2003), le « monde est vécu comme une gigantesque image spéculaire du soi psychotique, au point qu'il perd son caractère objectif normal et donc sa qualité d'être distinct du soi » (p. 21). Par exemple, l'expérience normale de se savoir la seule personne à penser ses pensées n'est pas la propre de la personne souffrant de psychose; celle-ci peut avoir l'impression que ses pensées appartiennent à d'autres ou qu'elles ont été introduites en elle par un autre (Benedetti, 2003). Des perturbations perceptives de l'expérience corporelle caractérisent également le vécu psychotique. En raison des difficultés au plan de la différenciation entre soi et l'autre, le sentiment d'unité corporelle de la personne est mis à mal, c'est-à-dire qu'elle ne peut pas ressentir son corps ou certaines parties de celui-ci comme étant le sien; les limites de son corps n'étant pas suffisamment intégrées (Fontaine, 2014; Harder et Rosenbaum, 2015). De cela résulte une identité fragmentée, déformée, désorganisée et confuse (Benedetti, 2003). Sassolas (1981) situe le cœur de la problématique psychotique dans la difficulté voire l'impossibilité à reconnaître que deux personnes distinctes et séparées puissent exister et qu'elles puissent accepter et tolérer que la relation ait une fin. Il définit la psychose « comme une machinerie défensive dans laquelle s'épuise toute l'énergie psychique de ceux qui refusent d'exister, parce qu'exister c'est se reconnaître séparé » (Sassolas, 2009, p. 24).

Ces types de rapport à la réalité et au monde témoignent de la concrétude de la pensée psychotique, autrement dit, d'un défaut des processus de symbolisation. La personne éprouve ses pensées ou ses sentiments non pas comme des phénomènes mentaux ayant un sens symbolique, mais plutôt comme un phénomène réel, c'est-à-dire comme une « chose » avec laquelle elle doit composer dans la réalité physique, par le biais de moyens physiques (Martindale, 2007). Benedetti (1998) mentionne :

Le monde éprouvé par le sujet schizophrène est un monde qui n'est symbolique qu'en apparence, qui est en réalité un monde sans symboles; c'est un monde d'images sensorielles qui, pour nous, observateurs, symbolisent l'existence du patient mais qui, pour lui, sont une réalité concrète, qui ne peut être sujette à l'interprétation, qui est opaque à quelque signification « profonde » que nous pourrions découvrir en elle. Il semble que la violence des émotions éprouvées par le patient dans sa rencontre avec un monde qui fait effraction en lui, ne lui permette pas d'exprimer ces émotions sous forme de métaphores, de périphrases, de symboles, lesquels, précisément dans la mesure où ce sont des symboles, renvoient toujours à quelque chose d'autre, à une signification. Pour le patient schizophrène, les symboles sont devenus des signes et les images ne contiennent pas d'autre signification que leur seule réalité sensible » (p. 77-78).

Par exemple, la personne qui croit être manipulée par les pensées d'autrui est convaincue qu'il y a véritablement une puce électronique dans son cerveau; c'est un fait réel, indéniable et indiscutable (Benedetti, 1998). À ce propos, Sassolas (1981) souligne toute la difficulté pour la personne psychotique d'accepter l'existence d'un symbole représentant quelque chose puisque cela signifie d'accepter l'absence de ce qu'il représente et donc ultimement, d'accepter la séparation ainsi que l'absence, ce qui est inimaginable pour la personne qui souffre de psychose. Cette carence au plan des processus de symbolisation fait en sorte que la personne éprouve de la difficulté à réfléchir et à donner du sens à ce qu'elle vit.

1.2.3angoisses et défenses

Selon Winnicott (1974), la psychose consiste en une « organisation défensive dirigée contre une angoisse disséquante primitive » (p. 209). Selon lui, cette angoisse inimaginable d'agonie primitive a déjà été éprouvée, ce qui explique la mise en place d'une organisation défensive pour s'en protéger. Ces formes d'angoisses appartiennent à l'univers du bébé; ce sont des éprouvés habituellement intégrés avec le soutien de l'environnement (Roussillon et al. 2018). Toutefois, lorsque ces angoisses d'agonie, d'anéantissement ou de désintégration se développent de manière excessive, sans le soutien suffisant de l'environnement, elles peuvent devenir la source d'expériences de détresse (Roussillon et al., 2018).

La personne souffrant de psychose peut également éprouver une angoisse de morcellement, c'est-à-dire de se défaire en morceaux, de se démembrer, de voler en éclats ou encore de se fragmenter. La personne peut également être aux prises avec une angoisse de vidage qui réfère à la crainte de perdre son contenu, de se vider de sa substance. Enfin, l'individu peut vivre une angoisse d'intrusion en lien avec ce qu'il projette à l'extérieur, mais qu'il ne reconnaît pas comme provenant de lui-même. Cela peut se manifester par des hallucinations auditives persécutrices, des sensations d'étrangeté à l'égard du monde environnant ou encore par des idées délirantes de persécution (Roussillon et al., 2018).

Pour se protéger de la terreur que peuvent susciter ces angoisses, la personne utilise divers mécanismes de défense tels que l'agrippement, le déni, le clivage, la projection, l'identification projective et l'omnipotence (Martindale et Summers, 2013; McWilliams, 2011; Roussillon et al., 2018). Afin de lutter contre la désintégration, elle peut utiliser la défense d'agrippement en se cramponnant à un objet, une chose ou une personne, dont la perte représente un risque vital (Roussillon et al., 2018). La personne

peut également utiliser le déni qui vise l'effacement d'une partie de la réalité, c'est-à-dire que « tout se passe comme si le sujet n'avait rien vu, rien entendu ou rien ressenti » (Roussillon et al. 2018, p. 169). Il est possible que la personne dénie des aspects de sa réalité psychique en ne reconnaissant pas certaines parties d'elle-même comme ses pulsions agressives ou sexuelles (Martindale et Summers, 2013). Ensuite, associé au déni, le clivage se traduisant par la séparation du soi ou des objets en parties bonnes ou mauvaises (Chabrol, 2005) peut également être utilisé par la personne. Celle-ci peut renverser soudainement sa perception d'elle-même ou d'autrui et dénier sa perception antérieure (Chabrol, 2005). Roussillon et al. (2018) décrivent une autre forme de clivage qui prive la personne d'une partie de son histoire en la rendant inaccessible à sa conscience et donc, aux processus de symbolisation. Les mécanismes de projection et d'identification projective sont également utilisés par la personne souffrant de psychose. La projection permet à la personne de percevoir chez l'autre ce qu'elle refuse de reconnaître en elle-même (Chabrol, 2005; Martindale et Summers, 2013). L'identification projective consiste à expulser dans l'objet des contenus psychiques intolérables afin de s'en débarrasser; l'objet ciblé peut alors ressentir ce qui a été inconsciemment projeté en lui (Martindale et Summers, 2013; Roussillon et al., 2018). Ces mécanismes projectifs font en sorte qu'une partie du monde interne de la personne se retrouve à l'extérieur et fait retour sous forme d'hallucinations et d'idées délirantes (Roussillon et al., 2018). Enfin, un autre mécanisme qui peut être utilisé par la personne psychotique est l'omnipotence qui consiste en une défense contre le sentiment de vide et d'impuissance par un sentiment de grandiosité et de toute-puissance. L'omnipotence peut toutefois être attribuée à autrui et la personne psychotique peut alors se sentir contrôlée et observée (McWilliams, 2011; Roussillon et al., 2018).

Cette perspective psychodynamique sur le fonctionnement psychotique du psychisme met en lumière les particularités de ce fonctionnement qui peuvent poser obstacles dans le processus de rétablissement de la personne et dans sa rencontre avec un thérapeute. Les défis liés au rétablissement seront abordés dans la prochaine section.

1.3 Le rétablissement

1.3.1 Conceptualisation du rétablissement

Se rétablir d'un trouble de santé mentale est un processus complexe dont la conceptualisation diffère selon la perspective adoptée. D'une part, le point de vue biomédical s'intéresse à la rémission des symptômes, à l'observance au traitement, à la réduction des rechutes et des réadmissions ainsi qu'au fonctionnement global et social selon des critères objectifs et mesurables (Beck et al., 2012; Whitehorn et al., 2002). Quant à la perspective des usagers de services, elle conçoit plutôt le rétablissement comme un processus multidimensionnel et idiosyncrasique sans finalité prédéterminée, n'incluant donc pas nécessairement une rémission complète des symptômes (Wood et Alsawy, 2018). De plus en plus utilisée dans le domaine de la santé mentale, cette conception du rétablissement s'intéresse à des facteurs tels que l'autonomie, la qualité de vie, le bien-être, le pouvoir d'agir et la croissance personnelle comme variables significatives du rétablissement (Vass et al., 2017; Windell et al., 2015; Wood et Alsawy, 2018).

S'inscrivant dans cette seconde perspective, Provencher (2002) définit le processus de rétablissement comme « la transcendance des symptômes, des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental » (p. 39). Selon cette définition, la transcendance fait référence à une « expérience globale de santé représentant une expérience de restauration dans un contexte de maladie d'une part et une expérience d'optimisation du potentiel de la personne dans un contexte de santé d'autre part » (Provencher, 2007, p. 7). Cette perspective stipule qu'une personne moins malade n'est pas nécessairement plus en santé; la personne en processus de rétablissement fait deux expériences distinctes, soit celle de devenir moins malade et celle de devenir plus en santé. La conceptualisation du rétablissement de Provencher (2002, 2007) comprend

quatre dimensions : la redéfinition du soi, la relation à l'espace temporel, le pouvoir d'agir et les relations sociales. La redéfinition du soi implique un changement dans le rapport à soi qui résulte d'un processus de deuil lié aux difficultés de santé mentale ainsi que d'un processus de découverte de soi (Provencher, 2002). La personne découvre de nouvelles facettes d'elle-même; elle reconnecte avec certaines de ses forces oubliées ou mises à l'écart et réajuste sa perception de ses limites. En voie de rétablissement, la personne apprend à se définir autrement que par son trouble de santé mentale ainsi qu'à s'investir dans des activités qui lui permettent de se reconstruire et d'améliorer son estime d'elle-même (Provencher, 2007). De ce processus découle une connaissance de soi plus approfondie et complexifiée. La relation à l'espace temporel réfère à la « possibilité de conjuguer sa vie au futur » (Provencher, 2007, p.8), c'est-à-dire à l'espoir et à la spiritualité. La personne retrouve l'espoir d'améliorer sa vie et c'est ce qui lui permet de progresser en s'investissant dans des activités ou projets qui soutiennent son rétablissement. La spiritualité joue un rôle important pour certaines personnes en processus de rétablissement; les croyances et pratiques spirituelles peuvent être sources d'espoir et de soutien (Provencher, 2007). Le pouvoir d'agir concerne la motivation de l'individu à exercer un contrôle sur ses conditions de vie. Au cours du processus de rétablissement, le sentiment d'efficacité personnelle de la personne s'accroît et lui permet de relever des défis et de résoudre des situations problématiques reliées à son rétablissement. La personne est plus active et confiante dans la poursuite de ses objectifs de vie (Provencher, 2007). Enfin, la quatrième dimension concerne les relations aux autres. La personne en rétablissement se construit peu à peu un réseau de relations authentiques et réciproques avec des pairs, des membres de la famille ou des intervenants. Les relations avec les pairs sont essentielles puisqu'elles permettent à la personne de recevoir du soutien et aussi d'en offrir, ce qui peut être une source de valorisation ou d'actualisation personnelle (Provencher, 2007). Cette conceptualisation du processus de rétablissement expose bien la multidimensionnalité et la complexité de ce processus idiosyncrasique.

1.3.2 Se rétablir d'un épisode psychotique

Lorsque la détection et le traitement de la psychose tardent, les symptômes peuvent s'enraciner et entraîner de lourdes conséquences dans la vie de la personne notamment au plan du fonctionnement global et social. L'expérience psychotique peut marquer la personne de manière traumatisante tant par le contenu psychotique que par l'expérience psychiatrique et les pertes psychosociales parfois abruptes et soudaines (Ouellet-Plamondon et Abdel-Baki, 2011). C'est pour cette raison que d'importants efforts sont déployés par les professionnels en santé mentale et les chercheurs afin de mettre en place et d'étudier des programmes d'intervention précoce (IP) auprès des jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique. Les fondements de l'IP reposent essentiellement sur deux postulats : l'hypothèse de la période critique et les conséquences néfastes de la durée de la psychose non traitée. Soutenue par Birchwood et al. (1998) et corroborée par plusieurs études (Iyer et Malla, 2014), l'hypothèse de la période critique stipule qu'au cours des premiers stades de développement du trouble psychotique « des changements biologiques, psychologiques et psychosociaux déterminants, ainsi que des prédicteurs clés de conséquences de la psychose émergent et sont alors malléables et prédicteurs d'une évolution à long terme » (Iyer et Malla, 2014, p. 204). Par ailleurs, plusieurs études ont montré que la durée de la psychose non traitée est associée à un mauvais pronostic (Iyer et Malla, 2014), c'est-à-dire que plus la psychose demeure non traitée sur une longue période, plus elle a des incidences négatives sur la gravité des symptômes négatifs (avolition, anhédonie, alogie, etc.), sur la rémission symptomatique et fonctionnelle ainsi que sur la qualité de vie (Boonstra et al., 2012; Marshall et al., 2005; Perkins et al., 2005; White et al., 2009). Il est connu que les symptômes négatifs sont associés à des perturbations majeures du fonctionnement et à une faible réponse aux traitements usuels (Galderisi et al., 2013; Gee et al., 2016). Les visées de l'IP sont donc d'aider la personne à s'engager rapidement dans un processus de rétablissement afin de réduire le risque de rechute et

de chronicité (Iyer et Malla, 2014; Ouellet-Plamondon et Abdel-Baki, 2011). Pour ce faire, l'IP préconise un accès facile et rapide à des soins individualisés et intensifs pouvant inclure : un suivi individuel avec un intervenant et un psychiatre; des séances hebdomadaires de groupes thérapeutiques (ergothérapie, éducation psychologique, sport et thérapie motivationnelle pour les troubles concomitants de toxicomanie); des interventions familiales; de la thérapie cognitivo-comportementale ainsi que des interventions de sensibilisation et de prévention (Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2017). L'IP cherche à favoriser l'alliance thérapeutique, l'engagement dans le traitement ainsi que les relations soutenues avec les proches du patient.

Malgré ces interventions, favoriser l'engagement des jeunes adultes psychotiques dans leur traitement et leur processus de rétablissement demeure un défi (Conus, 2018). Les symptômes négatifs sur lesquels les modalités usuelles de traitement ont peu d'effets (Galderisi et al., 2013; Gee et al., 2016), peuvent notamment nuire à cet engagement. Afin de surmonter ces impasses thérapeutiques, l'utilisation de modalités d'intervention alternatives telles que la thérapie par l'art, la musique ou la danse est suggérée (Martin et al., 2016; National Collaborating Centre for Mental Health, 2014; Parkinson et Whiter, 2016; Solli et Rolvsjord, 2015). Parmi ces modalités alternatives, la thérapie par l'aventure (TA) a démontré des résultats prometteurs auprès des personnes ayant fait l'expérience d'un épisode psychotique (Bryson et al., 2013; Kelley et al., 1997; Voruganti et al., 2006). Notre recherche porte sur cette modalité d'intervention qui sera présentée dans la section suivante.

1.4 La thérapie par l'aventure

1.4.1 Définitions et origines

La thérapie par l'aventure (*Adventure Therapy*) (TA) est un terme largement employé internationalement pour désigner diverses approches et programmes utilisant la nature et l'aventure pour amener un changement thérapeutique chez un individu (Ritchie et al., 2016). Plusieurs termes référant à cette modalité d'intervention sont utilisés dans les écrits internationaux anglophones tels que *Therapeutic Adventure*, *Wilderness Therapy*, *Adventure-Based Counselling*, *Outdoor Behavioral Healthcare*, *Outdoor Education* ainsi qu'*Adventure Education* (Gargano et Turcotte, 2018; Ritchie et al., 2016). Au Québec, bien que les termes *aventure thérapeutique* et *thérapie par l'aventure* soient utilisés, les acteurs dans le domaine semblent préconiser *l'intervention par la nature et l'aventure* comme appellation regroupant l'ensemble des programmes et approches utilisant ce type de modalité d'intervention. La diversité des termes employés est possiblement attribuable au fait que les origines de la TA sont multiples et diverses. Par exemple, aux États-Unis, l'origine de la TA remonte aux années 1860, avec la mise sur pied de différents camps pour les jeunes. Ce n'est que depuis les années 1990, avec la formation du *Therapeutic Adventure Professional Group* aux États-Unis, le développement d'une conférence internationale sur la TA (Gass et al., 2012) et plus récemment, le développement du *Canadian Adventure Therapy Symposium*, qu'un effort de mise en commun et de partage des pratiques reliées à la TA est observé.

Malgré les nombreuses tentatives effectuées pour délimiter la TA, la définition de cette modalité d'intervention demeure variable puisqu'une grande diversité existe au sein des organisations et des programmes qui s'identifient à la TA (Ritchie et al., 2016). Alvarez et Stauffer (2001) définissent la TA comme « l'utilisation intentionnelle

d'outils et de techniques d'aventure choisis pour promouvoir un changement personnel vers des buts thérapeutiques désirés » (traduction libre, p. 87). Cette définition souligne deux caractéristiques importantes de la TA soit celles du changement thérapeutique visé par l'utilisation des activités d'aventure et l'adaptabilité de celles-ci à différents contextes, clientèles et orientations thérapeutiques (Bandoroff et Newes, 2004; Gass et al., 2012). Gass et al. (2012) définissent la TA comme « l'utilisation prescrite d'activités d'aventure [canot, randonnée pédestre, escalade, etc.] souvent effectuées en nature, offertes par des professionnels en santé mentale, qui engagent le client de manière kinesthésique tant au plan cognitif qu'affectif ou comportemental » (traduction libre, p. 1). Cette définition met en lumière les racines de la TA dans le domaine de l'éducation expérientielle qui postule que l'apprentissage est plus significatif lorsque la personne est impliquée activement dans le processus et qu'elle se trouve « hors de sa zone de confort » (Bandoroff et Newes, 2004). Ritchie et al. (2016) mentionnent qu'au Canada, les diverses pratiques de TA ne correspondent pas à cette définition qui réfère au domaine médical avec la notion de « prescription ». Selon Ritchie et al. (2016), les pratiques canadiennes s'inscrivent plutôt dans une approche holistique du bien-être.

Cette pluralité des termes et des définitions fait l'objet d'un débat dans le domaine de la TA en raison de la confusion qu'elle suscite chez les chercheurs et les praticiens en santé mentale à propos de ce qu'est la TA et à qui s'adresse cette modalité d'intervention. Dans le cadre de cette thèse, nous avons choisi d'utiliser le terme *thérapie par l'aventure* (TA) pour désigner la modalité d'intervention étudiée puisqu'il semble que ce soit le mot-clé le plus fréquemment utilisé dans le domaine scientifique. De plus, notre utilisation de ce terme respecte les critères proposés par Williams (2004) soit l'importance d'utiliser un terme qui reflète correctement la pratique du programme et qui informe adéquatement le client à propos de celui-ci. Selon lui, l'emploi du terme *thérapie par l'aventure* doit être réservé aux programmes adaptés aux problématiques de la clientèle, spécifiquement construit pour répondre aux besoins de celle-ci en

poursuivant des buts thérapeutiques précis tels que la réadaptation ou l'amélioration du fonctionnement global des participants ainsi que dirigés par des professionnels compétents auprès de la clientèle ciblée. De plus, notre emploi de *thérapie par l'aventure* (TA) est en cohérence avec la définition de l'Office québécois de la langue française qui définit la TA comme une « thérapie dans laquelle sont mises en oeuvre, de façon méthodique et à des fins cliniques, des activités d'aventure visant des changements comportementaux » (Office québécois de la langue française, 2018). Toutefois, la visée de la TA dans notre recherche va au-delà des changements comportementaux, c'est-à-dire qu'elle vise des changements thérapeutiques sur divers plans (comportemental, social, affectif, etc.).

1.4.2 Recension des écrits

Tel que mentionné précédemment, la TA est utilisée de diverses façons. Il est toutefois possible de distinguer deux principaux types de programme : le programme intensif et le programme à intensité modérée.

1.4.2.1 Programme intensif

Ce type de programme, fréquemment associé au terme *Wilderness Therapy* (WT), consiste en une expérience d'aventure intensive de groupe (de 8 à 15 personnes) ayant lieu dans un environnement naturel, sauvage, d'une durée de plusieurs jours (de 7 à 60 jours) avec un suivi limité (Bandoroff et Newes, 2004; Gass, 1993). Ces programmes comprennent habituellement un suivi avec un professionnel en santé mentale afin d'accompagner le participant dans sa démarche thérapeutique plus globale par le biais

d'un plan d'intervention complémentaire ou de séances de thérapie (Bettmann et al., 2013).

Majoritairement effectuées auprès d'adolescents et de jeunes adultes, les recherches démontrent l'efficacité de ces programmes sur différentes variables. Par le biais de mesures auto-rapportées, une étude réalisée auprès de 297 jeunes adultes (18 à 34 ans) a démontré des changements positifs significatifs au plan des résultats thérapeutiques, du sentiment d'épanouissement personnel (*life effectiveness*), de l'alliance thérapeutique, de la motivation à la thérapie et des attitudes dysfonctionnelles (Hoag et al., 2013). Aussi, certaines études ont fait des observations intéressantes concernant la motivation au traitement. Par exemple, une étude portant sur cinq programmes de WT offerts à des adolescents ayant un trouble de consommation et parfois un trouble de santé mentale en comorbidité a démontré que la motivation au changement chez les participants ($N = 774$) augmente au cours du programme et ce, malgré la résistance de certains au début du programme (Russell, 2008). Aussi, l'étude de Bettmann et al. (2013) a démontré, auprès d'un échantillon de 41 adolescents aux prises avec diverses problématiques aux plans somatique, interpersonnel, social et comportemental, que le groupe d'adolescents motivé à travailler sur leurs difficultés au début du programme de WT et le groupe non motivé ont tous les deux vu, de façon équivalente, une diminution significative de leurs difficultés. Cela suggère que la motivation à s'investir dans une démarche de changement en début de programme de WT n'est pas une condition nécessaire à l'obtention de changements thérapeutiques significatifs.

1.4.2.2 Programme à intensité modérée

Ce type de programme, couramment associé avec le terme *Adventure Therapy* (AT), consiste en l'intégration d'expériences d'aventure en complémentarité avec la modalité

de traitement usuel de la personne. Les expériences ont souvent lieu près de l'établissement de traitement (en nature ou non) et sont d'une durée variable soit d'une heure à une journée et parfois, quelques jours. Ce type de programme est souvent utilisé avec des personnes hospitalisées dans des centres de traitement ou encore en complémentarité avec un traitement en clinique externe (Bandoroff et Newes, 2004; Gass, 1993). L'intérêt pour ce type de programme est croissant notamment en raison de son accessibilité et de la possibilité de l'intégrer facilement au traitement usuel (Norton et al., 2014; Tucker et al., 2013).

Bowen et Neill (2013) ont réalisé une méta-analyse comprenant 197 études portant sur des programmes intensifs (WT) et des programmes à intensité modérée (AT). Ils ont sélectionné les études selon les critères suivants : publication en anglais après 1960, utilisation des activités d'aventure dans une visée thérapeutique au plan psychologique ou comportemental, mesures psychologiques ou comportementales pré-test et post-test, informations statistiques suffisantes pour permettre des calculs de moyenne standardisée et de taille d'effet. Ces études avaient été effectuées auprès d'adolescents et d'adultes ayant diverses difficultés (consommation, troubles de comportements, troubles de santé mentale, décrochage scolaire, etc.) et avaient mesuré les changements significatifs à court-terme au plan psychologique, comportemental, émotionnel et interpersonnel. Les résultats de cette méta-analyse montrent une taille d'effet modérée (0.47) des programmes intensifs (WT) ainsi que des programmes à intensité modérée (AT), en comparaison avec des traitements alternatifs (0.14) ainsi qu'avec un groupe ne recevant aucun traitement (0.08). Ces résultats suggèrent donc que ces programmes sont modérément efficaces en termes de changements significatifs à court terme aux plans psychologique, comportemental, émotionnel et interpersonnel. De plus, les résultats obtenus par Bowen et Neill (2013) indiquent que les changements obtenus à court terme se maintiennent jusqu'à 12 mois suivant la fin du programme.

Plusieurs études se sont intéressées spécifiquement aux programmes à intensité modérée (AT). D'abord, une étude réalisée auprès de 1135 clients âgés entre 6 et 21 ans, aux prises avec différents troubles émotionnels et comportementaux, a démontré une diminution significative de la sévérité des difficultés du groupe participant à un traitement intégrant l'AT en comparaison à un groupe ne participant pas à un programme d'AT (Tucker et al., 2013). Aussi, les résultats d'une étude récente effectuée auprès de 32 adolescents vivant avec une problématique de santé mentale telle que l'anxiété sociale ou la dépression, ont montré que le programme d'AT contribue à l'amélioration de la santé mentale et du fonctionnement au quotidien de la plupart des participants (Gabrielsen et al., 2018). Une autre étude effectuée par Cotton et Butselaar (2013) a noté une augmentation de l'estime de soi, du sentiment de maîtrise ainsi qu'une amélioration des relations sociales chez les participants ($N = 108$), âgés de 18 à 72 ans, souffrant de troubles mentaux, à la suite de leur participation au programme d'AT. Schell et al. (2012) ont obtenu des résultats similaires en étudiant un programme d'AT auprès de 21 participants, âgés entre 15 et 25 ans, souffrant de troubles psychotiques et non psychotiques. Leurs résultats ont indiqué une amélioration de l'estime de soi ainsi que du sentiment de maîtrise chez les participants en comparaison avec un groupe contrôle ($n = 12$).

Nous avons recensé trois études effectuées spécifiquement auprès de personnes souffrant de psychose. La première étude quantitative, réalisée par Kelley et al. (1997) auprès de 57 participants, âgés entre 21 et 55 ans, souffrant de schizophrénie, de troubles affectifs ou de troubles schizoaffectifs, a démontré l'effet significatif d'un programme d'AT. À la suite du programme, les participants ont montré une augmentation de leur sentiment d'efficacité personnelle ainsi que de leur estime de soi de façon significative en comparaison avec un groupe contrôle ($n = 19$). De plus, leur niveau d'anxiété et de dépression a diminué de façon plus marquée que chez le groupe contrôle. La seconde étude quantitative, effectuée par Voruganti et al. (2006), a rapporté également une augmentation de l'estime de soi ainsi qu'une amélioration du

fonctionnement global chez 23 participants souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizoaffectif, à la suite de leur participation au programme d'AT en comparaison avec un groupe contrôle ($n = 31$). Ces résultats se sont maintenus un an après l'expérience de l'AT. De plus, les participants ont rapporté un sentiment de satisfaction et d'accomplissement ainsi qu'un changement de perspectives sur leur vie. Enfin, utilisant un devis mixte, Bryson et al. (2013) ont rapporté une amélioration significative au plan du processus de rétablissement, du bien-être émotionnel et du niveau d'énergie de 15 participants, âgés entre 24 et 48 ans souffrant de troubles psychotiques à la suite de leur participation au programme d'AT.

1.4.3 Bilan de la recension des écrits

Ces études mettent en lumière le potentiel thérapeutique de la TA auprès de personnes présentant des problématiques de santé mentale diverses. À notre connaissance, seulement trois études se sont intéressées à l'utilisation de la TA auprès de personnes souffrant de troubles psychotiques (Bryson et al., 2013, Kelley et al., 1997; Voruganti et al, 2006). Toutefois, aucune étude n'a été effectuée spécifiquement avec des jeunes adultes à la suite d'un premier épisode psychotique.

Par ailleurs, la majorité des études recensées ont été effectuées à l'aide d'une méthodologie uniquement quantitative. Utilisant un devis mixte, Bryson et al. (2013) ont obtenu des résultats qualitatifs contrastant avec une partie de leurs résultats quantitatifs. En effet, les participants ont rapporté des changements significatifs dans le cadre des entretiens qui ne sont pas ressortis dans les mesures quantitatives utilisées. Il est possible que l'utilisation unique d'une méthodologie quantitative ne captent pas toujours toutes les facettes de l'expérience des participants.

De plus, la majorité des études à propos de la TA ont porté sur son efficacité et peu sur les composantes de cette modalité susceptibles de contribuer au changement thérapeutique (Fernee et al., 2016; Norton et al., 2014). Or, il demeure important en recherche de non seulement identifier les modalités d'intervention qui produisent des changements désirés, mais aussi de mettre en lumière les composantes de ces modalités qui sont associées à ces changements.

1.5 Notre recherche

Notre thèse cherche à combler ces lacunes par le biais d'une méthodologie qualitative visant à explorer et à décrire l'expérience subjective des jeunes adultes participant au programme de TA offert dans le cadre de leur suivi à la clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP) du CHUM, à Montréal. Notre recherche vise également à mettre en lumière les éléments de cette expérience perçus comme significatifs ou non au plan du processus de rétablissement ainsi qu'à mettre en lumière les composantes thérapeutiques de la TA telles que perçues subjectivement par les participants.

CHAPITRE II

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

2.1 Démarche de recherche

2.1.1 Évolution du projet de recherche

Des modifications ont été apportées à notre projet de recherche doctorale, déposé au département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) au mois de mai 2015 et soutenu avec succès. Souhaitant nous concentrer sur les données qualitatives provenant des entretiens avec les participants afin d'effectuer une analyse plus en profondeur, le volet quantitatif mesurant le processus de rétablissement ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle par le biais de questionnaires auto-rapportés a été légué à notre collègue, Camille Nadeau, qui a utilisé ces données dans le cadre de sa thèse de spécialisation de baccalauréat en psychologie à l'UQAM (2019). Puis, les entretiens effectués auprès des intervenants accompagnateurs ont été analysés par Catherine Séguin-Green dans le cadre de sa thèse de spécialisation de baccalauréat en psychologie à l'UQAM (2017).

L'un de nos objectifs de recherche a également été modifié. Initialement, cet objectif était formulé ainsi : « déterminer, à partir de l'expérience subjective de chacun des participants, si leur participation au programme de thérapie par l'aventure (TA) apparaît

avoir eu ou non un impact significatif sur leur processus de rétablissement à court et à moyen terme ». Au début du processus d'analyse thématique, nous éprouvions une grande difficulté à thématiser les entretiens. Des discussions dans le cadre du cours doctoral « PSY-9430 – Atelier de recherche qualitative », enseigné par Mélanie Vachon, professeure au département de psychologie de l'UQAM et chercheuse en méthodologie qualitative, nous ont aidé à comprendre la source de notre difficulté. En effet, nous avons réalisé que cet objectif de recherche était formulé selon une perspective post-positiviste visant à « déterminer » alors que notre réflexion sous-jacente à la formulation de cet objectif et des choix méthodologiques était plutôt constructiviste, c'est-à-dire dans une perspective de co-construction et de réalités multiples. Puisque l'objectif de déterminer si le programme de TA avait un impact significatif ou non sur le processus de rétablissement ne cadrerait pas avec la méthodologie utilisée, il nous était impossible de procéder à l'analyse thématique des entretiens. Ainsi, une réflexion à propos de notre paradigme de recherche ainsi qu'une reformulation de cet objectif de recherche nous ont permis de progresser dans l'analyse des entretiens. Les prochaines sections présenteront nos objectifs de recherche révisés et notre réflexion paradigmatique.

2.1.2 Objectifs de recherche

Notre recherche visait à explorer et à décrire l'expérience subjective des participants au programme de TA (objectif #1) ainsi qu'à mettre en relief les facteurs de cette expérience perçus comme significatifs ou non au plan du processus de rétablissement (objectif #2). Notre recherche visait également l'exploration et la description des composantes thérapeutiques de la TA telles que perçues subjectivement par les participants (objectif #3). Afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous avons choisi une méthodologie qualitative permettant de nous intéresser à l'expérience

subjective de chaque participant (Morrow, 2007). Nous souhaitons ainsi fournir un portrait riche et nuancé de l'expérience des participants et des effets potentiels de la TA sur le processus de rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique.

2.1.3 Paradigme de recherche et présupposés théoriques

Un paradigme consiste en un ensemble d'hypothèses et de croyances concernant la nature de la réalité et la façon d'accéder à la connaissance de cette réalité (Morrow, 2007). La posture paradigmatique guide la réflexion et les actions du chercheur influençant ainsi la manière dont l'étude est menée que ce soit au plan des choix méthodologiques ou au plan de la compréhension des résultats obtenus (Morrow, 2007; Ponterotto, 2005). Notre posture de recherche s'inscrit dans un paradigme constructiviste qui stipule l'existence de multiples réalités, de même valeur, construites par chaque individu. L'interaction entre le chercheur et son objet d'investigation est au coeur de la démarche constructiviste qui suppose que cette co-construction permet l'émergence d'un sens et d'une compréhension qui, ultimement, apportent des réponses aux questionnements du chercheur (Ponterotto, 2005). Une perspective constructiviste est idiosyncratique, c'est-à-dire qui s'intéresse à des construits qui sont uniques à un individu, à un groupe ou encore à un contexte socioculturel. C'est également une perspective éémique puisque les construits auxquels elle s'intéresse ne sont pas généralisables en tant que construits s'appliquant à tous (Ponterotto, 2005).

Notre recherche s'inscrivant dans une démarche qualitative constructiviste, il importe de fournir des indications quant à notre perspective théorique qui a teinté notre regard sur les participants et sur leur expérience du programme de TA. D'abord, tel que présenté en introduction, notre compréhension des phénomènes psychiques psychotiques est soutenue par la perspective psychodynamique sur l'organisation de la

psyché, plus précisément, par le modèle des pôles organisateurs du fonctionnement psychique de Roussillon et al. (2018) s'inspirant du modèle structural de Bergeret (1996). Nous portons également un intérêt au cadre théorique psychanalytique des médiations thérapeutiques (Roussillon et al., 2018) ainsi qu'à leur utilisation auprès des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants. Ces influences théoriques sont perceptibles dans l'interprétation de nos résultats et dans nos réflexions théorico-cliniques présentées au chapitre V.

2.2 Devis de recherche

2.2.1 Participants

Les données ont été recueillies auprès d'usagers de la clinique Jeunes adultes psychotiques (JAP) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), spécialisée en intervention précoce à la suite d'un premier épisode psychotique pour les jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans. La clinique JAP propose différents services individualisés et intensifs pouvant inclure un suivi individuel avec un intervenant et un psychiatre, de la médication à la plus petite dose efficace, des groupes thérapeutiques (thérapie occupationnelle, psychoéducation, sport et thérapie motivationnelle pour les troubles concomitants de toxicomanie), des interventions familiales, de la thérapie cognitivo-comportementale ainsi que des interventions de sensibilisation et de prévention. Depuis 2013, la clinique JAP offre à certains usagers la possibilité de participer à un programme de TA et s'ils le souhaitent, de se joindre au projet de recherche qui y est associé. Les participants au programme de TA sont sélectionnés par les professionnels de la clinique selon les critères suivants : stabilité clinique (symptômes absents ou présents mais contrôlés); capacité à s'abstenir de consommer des drogues et de l'alcool pendant l'expédition; présence d'isolement social; présence

de difficultés à maintenir un projet vocationnel ou à adhérer au traitement offert à la clinique. Ces critères ont été déterminés par les professionnels de la clinique en fonction des exigences du programme de TA (c.-à-d. être en mesure de partir en expédition pendant quatre jours) et des bienfaits présumés de la TA sur l'isolement social et l'engagement dans le traitement. Les participants présentant un handicap physique significatif; un trouble de comportement majeur ou des symptômes psychotiques aigus et sévères pouvant nuire au déroulement sécuritaire des activités ne peuvent participer au programme de TA. Au début du programme, les participants sont invités à se joindre au projet de recherche. L'acceptation ou le refus de participer à la recherche n'influence en aucun cas leur participation au programme de TA. Notre recherche s'inscrit donc dans ce projet de recherche d'envergure mené par la clinique JAP. Nos données ont été recueillies auprès de la cohorte de participants au programme de l'été 2015 et 2016.

Dix-neuf des vingt participants sélectionnés pour participer au programme de TA à l'été 2015 et 2016 ont accepté de se joindre à la recherche. Toutefois, quatre d'entre eux n'ont pas poursuivi le programme de TA en raison d'une exacerbation de leurs symptômes en cours de programme ou d'absentéisme aux rencontres préparatoires. Au total, cinq femmes et dix hommes ($N = 15$), âgés entre 19 et 30 ans, ont participé à cette recherche. Ayant vécu leur premier épisode psychotique au cours des deux années précédant leur participation au programme, les participants présentaient divers troubles du registre psychotique : trouble bipolaire ($n = 3$), schizophrénie ($n = 3$), trouble schizo-affectif ($n = 7$), dépression psychotique ($n = 1$) et trouble psychotique non spécifié ($n = 1$).

2.2.2 Programme de thérapie par l'aventure

Le programme de TA est le résultat d'une collaboration entre la clinique JAP et Face aux vents (FAV) qui est un organisme à but non lucratif oeuvrant dans le domaine de l'intervention par la nature et l'aventure depuis 2013. Deux intervenants de la clinique JAP (ergothérapeutes, infirmiers ou travailleurs sociaux) ainsi que deux guides d'aventure de FAV ont accompagné les groupes de participants. Le programme était constitué de trois phases : la préparation, l'expédition et le bilan.

2.2.2.1 Phase 1 - Préparation

Les quatre à six premières semaines du programme ont été consacrées à la préparation des participants à l'expédition de quatre jours en plein air par le biais de deux rencontres hebdomadaires visant la familiarisation avec l'équipement de plein air, la mise en forme, la planification et le partage des tâches, l'identification d'objectifs personnels et le développement d'une cohésion de groupe. Ces rencontres ont été planifiées et organisées par les intervenants de la clinique JAP. Certaines activités physiques (p. ex. : équilibre sur sangle, randonnée de courte durée, etc.) ont été organisées par les guides de FAV.

2.2.2.2 Phase 2 - Expédition

La deuxième phase du programme consistait en l'expédition de quatre jours dans la région de Saint-Raymond de Portneuf au Québec (Canada), plus précisément dans la Vallée du Bras-du-Nord durant laquelle les participants ont effectué diverses activités : randonnée pédestre, canyoning, tyrolienne et activités reliées au campement (cuisiner

les repas, faire le feu de camp, etc.). À la fin de chaque journée avait lieu une discussion de groupe animée par les intervenants de la clinique JAP visant à soutenir les participants dans l'élaboration de leur expérience, en lien avec leurs objectifs personnels formulés lors des rencontres préparatoires.

2.2.2.3 Phase 3 - Bilan

La troisième phase du programme consistait en une rencontre bilan à la clinique JAP, une semaine suivant le retour de l'expédition. Au cours de cette séance, les participants ont été appelés à partager leur expérience du programme en lien avec leur rétablissement et les objectifs personnels qu'ils avaient formulés au début du programme.

Tout au long du programme, les participants ont été invités à compléter un journal de bord qui visait à soutenir leur réflexion personnelle au sujet de leur démarche dans le programme de TA.

2.2.3 Procédures

La collecte de données comprenait trois temps de mesure (T0, T1 et T2 décrits ci-après) lors desquels les participants ont complété un questionnaire socio-démographique (annexe D) ainsi qu'un entretien qualitatif individuel semi-structuré d'une durée approximative de 30 minutes, enregistré à l'aide d'un équipement audio. Les entretiens auprès des participants à l'été 2015 ont été conduits par la chercheuse principale et les entretiens auprès des participants à l'été 2016 ont été réalisés par une assistante de recherche (étudiante au doctorat en psychologie).

Les canevas des entretiens (annexes A, B, et C) ont été élaborés à partir des thèmes de nos objectifs de recherche, c'est-à-dire l'expérience de TA et le processus de rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique. Nous souhaitons que l'entretien prenne la forme d'un échange et que la chercheuse puisse s'adapter à chaque participant. Chaque entretien débutait par une question d'amorce et suivaient des questions de relance en lien avec différents thèmes. Le déroulement des entretiens a été influencé par chacun des participants; certains ayant plus de facilité à élaborer que d'autres.

2.2.3.1 Temps de mesure 0 (T0) - pré-expédition

Lors de l'entretien au début du programme, les participants à la recherche ont été invités à partager leur expérience subjective de la psychose ainsi que de leur processus de rétablissement. Ils ont également été appelés à élaborer à propos de leurs motivations, de leurs attentes, de leurs appréhensions et de leurs objectifs dans le cadre du programme de TA ainsi qu'à propos de la place de cette démarche dans leur processus de rétablissement.

2.2.3.2 Temps de mesure 1 (T1) - post-expédition

Environ une semaine après le retour de l'expédition, les participants à la recherche ont été rencontrés à nouveau afin de les entendre sur leur expérience de la TA en général et également, en lien avec leur processus de rétablissement. Un retour sur leurs propos lors du temps de mesure 0 a été effectué afin de prendre compte de leur cheminement.

2.2.3.3 Temps de mesure 2 (T2) - six mois post-expédition

Six mois après le retour de l'expédition, un troisième entretien a été effectué lors duquel les participants à la recherche ont été questionnés à nouveau à propos de leur expérience du programme de TA ainsi qu'à propos de ce qu'ils conservaient de cette expérience et des impacts de celle-ci sur leur vie en général ainsi que sur leur processus de rétablissement.

2.2.4 Analyse qualitative

À la suite de leur transcription, les entretiens ont été analysés selon la méthode d'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2012); méthode apparaissant appropriée pour répondre à l'objectif d'explorer et de décrire l'expérience des participants. Cette méthode consiste au repérage, au regroupement et à l'analyse des thèmes soulevés par les participants dans le cadre des entretiens. Afin d'obtenir l'analyse la plus riche possible, la chercheuse principale a procédé à une thématization en continu qui consiste à une attribution de thèmes de manière ininterrompue au fil de la lecture des verbatim. À de nombreuses reprises, les thèmes ont été reformulés, précisés, regroupés, subdivisés et parfois, fusionnés. À partir de l'inventaire des thèmes et de leur hiérarchisation en thèmes centraux et en sous-thèmes, l'arbre thématique a été construit. L'analyse thématique a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo 11.

Au fil de l'analyse, des discussions avec des collègues doctorantes ainsi qu'avec la direction de recherche ont eu lieu afin de favoriser la rigueur de l'analyse et de soutenir la réflexion par rapport à la thématization. À quelques reprises, nous avons obtenu le soutien de Sophie Gilbert, professeure au département de psychologie de l'Université

du Québec à Montréal (UQAM) et chercheuse spécialisée en méthodologie qualitative, afin de mieux nous orienter par rapport aux entretiens et à l'analyse de ceux-ci.

Après une première tentative d'analyse thématique des entretiens T0, nous avons décidé de concentrer l'analyse sur les entretiens T1 et T2. En effet, nous avons constaté que nous n'avions pas d'objectifs de recherche en lien avec les entretiens au temps 0; il était ainsi très difficile d'en extraire des thèmes en rapport avec nos objectifs qui concernaient l'expérience des participants du programme de TA et les effets au long cours sur le plan de leur processus de rétablissement. A posteriori, nous constatons que les entretiens au temps 0 ont servi à établir le lien entre les participants, la chercheuse principale ainsi que l'assistante de recherche. Celles-ci ont pu apprendre à connaître leur parcours, leurs motivations à participer au programme de TA ainsi que leurs objectifs personnels dans cette démarche.

2.2.5 Éléments de rigueur

Des mesures ont été mises en œuvre tout au long de la démarche de recherche afin d'assurer la rigueur. Les canevas d'entretiens ont été élaborés et discutés avec la direction de recherche et un journal de bord a été tenu en cours d'analyse afin de consigner les réflexions de la chercheuse et l'évolution de l'analyse. Des discussions avec des collègues doctorantes ainsi qu'avec la direction de recherche ont eu lieu au cours de l'analyse afin de parvenir à des résultats rigoureux au plus près de l'expérience des participants. Nous avons également obtenu le soutien de Sophie Gilbert, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et chercheuse spécialisée en méthodologie qualitative à des moments clés de la démarche de recherche, notamment lors de l'élaboration des canevas d'entretiens et de la construction de l'arbre thématique. Notre participation au cours doctoral « PSY-9430

– Atelier de recherche qualitative », enseigné par Mélanie Vachon, professeure au département de psychologie de l'UQAM et chercheuse en méthodologie qualitative, a également favorisé la rigueur de l'analyse.

2.2.6 Considérations éthiques

Cette recherche s'inscrit dans le projet de recherche d'envergure mené par la clinique JAP depuis 2013. Un amendement à leur certificat d'éthique a donc été effectué afin d'inclure la présente recherche. Au cours de la première rencontre du programme, le projet de recherche a été présenté aux participants et ceux-ci ont été invités à s'y joindre. Les participants ont été informés de la possibilité de se retirer de la recherche en tout temps.

Des mesures ont été prises afin de respecter la confidentialité des participants : identification des participants par un code et anonymisation des entretiens lors de leur transcription. Toutes les données (questionnaires, enregistrements audio et transcriptions) sont conservées au laboratoire du professeur J. É. Dubé dans un classeur sous clé et seront détruites sept ans après la fin du projet de recherche. Le comité éthique de l'UQAM ainsi que du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ont accepté cette recherche et tous les participants ont donné leur consentement écrit (annexe E).

2.3 Présentation des résultats

Nous avons présenté nos résultats en deux articles. Le premier article (chapitre III) a été publié en mars 2021 dans la revue *Psychosis : Psychological, Social and*

Integratives Approaches et présente les résultats en lien avec les objectifs suivants : explorer et décrire l'expérience subjective des participants au programme de TA (objectif #1) et mettre en relief les facteurs de cette expérience perçus comme significatifs ou non au plan du processus de rétablissement (objectif #2). Le deuxième article (chapitre IV) a été accepté en mai 2022 pour publication sous peu dans la *Revue québécoise de psychologie* et concerne l'objectif suivant : explorer et décrire les composantes thérapeutiques de la TA telles que perçues subjectivement par les participants (objectif #3). Les deux articles se distinguent par les résultats présentés ainsi que par la perspective adoptée soit celle du rétablissement (chapitre III) et celle des médiations thérapeutiques (chapitre IV).

CHAPITRE III

OFF THE BEATEN PATH: ADVENTURE THERAPY AS AN ADJUNCT TO EARLY INTERVENTION FOR PSYCHOSIS¹

Abstract

Objectives: To describe the experience of Adventure Therapy (AT) in young adults with first-episode psychosis, and how it relates to their recovery process. *Method:* We conducted individual, semi-structured interviews with 15 participants, immediately following, and six months after a four-day adventure expedition. A thematic analysis was performed on all transcripts. *Results:* One overarching theme emerged from our analysis: a new or renewed experience of *being in relation with oneself and with others*. Under this broad theme, there were five key themes: (a) experiencing intense, yet contained emotions; (b) developing new perceptions of one's abilities, qualities, or interests; (c) gaining new insights about oneself through the feedback of others; (d) experiencing positive social interactions; and (e) openly sharing with others one's personal experience with psychosis. Various expressions of the impacts of AT on daily life and the recovery process also emerged, such as an increase in self-confidence.

¹ Girard, C., Dubé, J. É., Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2021). Off the beaten path: Adventure Therapy as an adjunct to early intervention for psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1901301>

Conclusions: Since the recovery process has been conceived of as resting, in part, on a readjustment of one's relation with oneself, others, and the world, AT appears to combine those factors pertaining to recovery. Therefore, the use of AT as an adjunct treatment in early intervention for psychosis could be effective in supporting recovery.

Keywords: Adventure Therapy, early psychosis, recovery process

Especially since they often develop during late adolescence or early adulthood, psychotic disorders can lead to serious consequences and distress, such as impairments in the consolidation of personal identity, in the development of a vocational project, and in intimate relationships (Ouellet-Plamondon & Abdel-Baki, 2011). Moreover, the duration of untreated psychosis is associated with a poorer prognosis (Iyer & Malla, 2014). The more time psychotic symptoms have to take root, the more traumatic the experience can be, both in terms of the psychotic content itself, and in terms of the distress associated with it, such as stigmatization, social exclusion, and deterioration of functioning (Ouellet-Plamondon & Abdel-Baki, 2011).

Since the mid-1990s, early intervention for psychosis has been advocated based on the assumption that there exists an early critical period when major biological, psychological, and psychosocial changes—as well as key predictors of the evolution of psychosis—emerge, and are therefore more readily malleable (Iyer & Malla, 2014). Early intervention seeks to foster treatment adherence, a better therapeutic alliance, sustained relationships with the person's family, and a flexible treatment plan tailored to the needs of each person (Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016). The overall goal is to help the person engage quickly in a recovery process and to reduce the risk of relapse (Iyer & Malla, 2014; Ouellet-Plamondon & Abdel-Baki, 2011).

Two main perspectives coexist about recovery. The *biomedical perspective* (Beck et al., 2012) defines recovery in terms of symptom remission, treatment compliance, and reduction of relapse and readmissions. In contrast, the *service users perspective* proposes a broader definition of recovery as a multidimensional, idiosyncratic, and non-linear process with no predetermined endpoint, which does not necessarily entail complete alleviation of symptoms or functional recovery (Wood & Alsawy, 2018). Yet, both perspectives stress that the recovery process is often complex and arduous because of the serious symptoms and other major impairments associated with psychosis. Therefore, many advocate the use of adjunct interventions to usual treatment for psychosis, such as expressive therapies and therapeutic recreation (National Collaborating Centre for Mental Health, 2014; Picton et al., 2019), in order to support the recovery process. Among such adjunct interventions, Adventure Therapy has shown promise with people who have experienced a psychotic episode.

3.1 Adventure Therapy

Adventure Therapy (AT) is part of a broad clinical and research field rooted in the tradition of experiential education. Activities are carried out in nature and range from experiences of contemplation to higher-pressure challenges (Gabrielsen et al., 2018). Programs vary from intensive outdoor group adventures (8-15 persons) over several days (7-60 days), to the integration of adventure experiences to the usual treatment modality of the person, with variable durations (ranging from 1 hour to 1 or a few days combined) (Newes & Bandoroff, 2004).

To the best of our knowledge, only three studies have focused on the use of AT with adults with psychosis. Kelley et al. (1997) used an AT program with 57 participants living with schizophrenia, affective or schizoaffective disorders, and obtained

significant effects on their sense of self-efficacy, of self-esteem, and on their levels of anxiety and depression compared with a control group ($n = 19$). Voruganti et al. (2006) reported an increase in self-esteem, overall functioning, sense of satisfaction and of accomplishment, and a change of perspective on their lives for 23 participants with schizophrenia or schizoaffective disorder as a result of their participation in an AT program compared with a control group ($n = 31$). These results were maintained 1 year after the adventure experience. Finally, Bryson et al. (2013) reported a significant improvement in the recovery process, emotional well-being and energy level of 15 participants with psychosis following AT.

Those few studies show promising potential of AT for adults with psychosis, although no research has been conducted specifically with adults living with *early* psychosis. Given the novelty of studying AT with this specific population, and given competing views as to what defines recovery, our qualitative study aimed at describing the experience of AT without preconceptions, turning rather to young adults living with early psychosis as primary informants. We aimed at gaining insight into the participants' subjective inner experience of AT *per se* (objective #1), and with regard to factors in that experience they perceived as helpful in their recovery process from psychosis (objective #2). We hoped to thus provide a rich and nuanced picture of the effects of AT on their recovery process and to capture a wider spectrum of aspects of their experience, resulting in a potentially useful guide for future research.

3.2 Method

3.2.1 Participants

We conducted a qualitative study with participants treated at the Early Intervention for Psychosis Service (known in French as “Clinique JAP”) of the Centre Hospitalier de l’Université de Montréal (Canada). Because of limited places in the AT program, mental health professionals identified potential participants to whom the intervention seemed best to meet their needs, based on the following criteria: clinical stability (that is, no acute symptom exacerbation, but persistent symptoms could be present); ability to abstain from consuming drugs and alcohol during the four-day adventure; social isolation; and difficulty with either maintaining a vocational project and/or adhering to the usual treatment offered at the clinic. During the first session of the AT program, the research project was presented and participants were invited to join it on a voluntary basis. Participants who decided not to participate in the study participated in the AT program nonetheless.

Nineteen out of the 20 identified participants gave their written informed consent to join the study. Four of them did not complete the AT program because of increased symptoms and/or difficulty to engage or to participate to the program. Thus, in total, 15 participants, 5 women and 10 men, aged between 19 and 30 years, completed the AT program and the data collection. Their diagnoses were as follows: bipolar disorder ($n = 3$), schizophrenia ($n = 3$), schizoaffective disorder ($n = 7$), psychotic depression ($n = 1$), and psychotic disorder not otherwise specified ($n = 1$). In all cases, their first psychotic episode had occurred within the past two years. While participating in the AT program, participants continued their individualized treatment at the clinic which could include: individual meetings with a mental health professional and with a psychiatrist; family interventions; group therapies such as psychoeducation,

occupational therapy, sports and cognitive-behavioural therapy; employment support; and motivational therapy for comorbid substance use disorders.

3.2.2 Adventure Therapy program

The AT program was the result of a collaboration between the “Clinique JAP” and “Face aux vents,” a community organization specializing in AT, which planned and supervised the adventure activities. Two mental health professionals from the clinic and two adventure guides from the community organization accompanied the participants throughout the program. The *first phase* (4-6 weeks) encompassed the bi-weekly preparatory group meetings lasting 2 hours that included outdoor basic physical training once a week (e.g. slackline, hiking, etc.), and indoor preparatory meetings once a week (e.g. outdoor equipment familiarization, task allocation and identification of personal goals). The *second phase* consisted of a four-day group expedition in the Vallée du Bras-du-Nord, in Quebec (Canada), comprising activities such as hiking, canyoning, zip-lining, as well as camping-related activities (setting camp, outdoor cooking, etc.). The program also included daily therapeutic group discussions lead by the mental health professionals during which participants were invited to share about their experience; and a therapeutic activity during which participants had to write down qualities that they viewed in others, followed by reading what others had written about them. Finally, the *third phase* took place about one week after the expedition, and consisted of a group summary discussion among participants, the adventure guides and the mental health professionals who had accompanied them. The AT program took place in two waves during the summers of 2015 and 2016.

3.2.3 Data collection

The first author and a research assistant (PhD student) conducted individual semi-structured interviews at the clinic in the two weeks following the participants' return from the adventure (Time 1), and again six months later (Time 2). All the interviews were conducted in French. They lasted 20-30 minutes and were audio-recorded for future transcription by the first author and a research assistant (PhD student). The first interview's main emphasis was on gaining insight into the participants' more immediate experience of AT, but we also explored its potential impacts on their life and on their recovery process. In the second interview, the emphasis was reversed because of the time that had elapsed since AT, so that participants were invited to reflect back on the adventure experience, but mostly discussed what they retained from the experience as well as how it applied in their life and in their recovery process.

3.2.4 Data analysis

The first author performed an inductive and descriptive thematic analysis (Paillé & Mucchielli, 2012) on all post-expedition and follow-up verbatim transcripts, using the QSR-Nvivo software version 11. Every transcript was read repeatedly at the outset to allow for familiarization with the data, and themes were attributed in a continuous fashion. This first step of theme selection was then followed by discussions with two graduate students (knowledgeable of qualitative analysis) and with two of the other co-authors in order to refine the initial theme selection, to better convey its organization and description, and to ensure consistency of the thematic analysis.

3.3 Results

We will first review the common themes related to the participants' experience of AT *per se*, those that emerged at Time 1 and those that remained significant or not at Time 2. In a second section, we will present the various impacts of AT on their daily life and recovery process (the 'take-away lessons') according to the participants' perspectives. Finally, a third section will review delayed responses and other related issues brought up in the interviews.

3.3.1 On taking part in Adventure therapy *per se* : perceived effects on 'being in relation with oneself and with others'

One overarching theme emerged through our analysis: namely, a new or renewed experience of *being in relation with oneself and with others* fostered by AT. Under this broad theme, there were five key themes (see Figure 1). These key themes and their respective sub-themes will be discussed below, with interview excerpts in italics².

3.3.1.1 Experiencing intense, yet contained, emotional experiences

An important theme that emerged from our analysis of Time 1 interviews concerned intense but non-overwhelming emotional experiences. *Enjoyment* was the emotion most often mentioned by participants. Some talked about the 'fun' they felt during the

² The excerpts from the interviews were translated from French by the first and second authors.

adventure activities like this participant: "*It was a nice hike; at the top, we had a nice view, it was really fun*". Others mentioned the 'fun' they had with other participants; while others explained that they enjoyed living a new experience, being active, having a structure, and feeling stimulated. In the same vein, some (4/15) participants qualified the expedition experience as a positive one. When asked about what would likely remain of the experience for them, several (7/15) said they were left with a positive memory. Without taking away from the enjoyment they had felt, two participants mentioned that it was nevertheless a demanding experience. It is worth noting that half the participants alluded to the 'fun' they had during the expedition again during the Time 2 interviews.

A second important emotional experience brought up by almost all (14/15) the participants is a *feeling of accomplishment* related to overcoming their initial fears with regard to the adventure activities, especially zip-lining and canyoning. Here is one example of a participant facing her fears:

A significant moment...? Well I think it's that I faced my fears, I did the canyoning, I did the zip-lining, when we were high, when we were on the mountain slope I realized that this was a significant moment for me because I overcame my fears.

A few (3/15) participants spoke of a similar sense of accomplishment felt after the hike: "*It was tough, it took me a lot of physical efforts [...] I succeeded, I achieved my goals, I was really satisfied with myself. [...] it's like a challenge that I overcame*". Two other participants felt an accomplishment with regard to personal challenges, such as overcoming social anxiety in participating in evening discussions.

Several (7/15) participants talked about the positive effect of this feeling on their self-confidence or on their sense of personal efficacy. Many (10/15) also alluded to either feelings of pride, satisfaction or well-being as a result of their sense of accomplishment.

Interestingly, even though this theme was central for participants immediately following the expedition, only one participant mentioned it six months later.

Another theme related to intense emotions was mentioned by some (4/15) participants: a *feeling of thrill or exaltation* during zip-lining and canyoning. Especially for one participant, who had had suicidal thoughts before participating in the program, the intense ‘adrenaline boost’ she experienced made her feel acutely alive:

[...] at the second fall, I was afraid, it gave me some adrenaline, it was good, to see that ‘I am capable to do it’ even though I was scared, I did it. [...] I felt alive, it felt good [...] to feel as if there is a goal, a point to all of it.

During the follow-up interview, the same participant said:

[...] when we were on the verge of descending the fall, I could not think of anything other than ‘I must go down, I must survive the descent’ [...] it made me realize that ‘yes, I’m still afraid of dying [...] I still have feelings that I want to live’.

Finally, the last sub-theme that was mentioned concerning the emotional experience was a *feeling of relief and well-being* that some (6/15) had during the adventure. For some participants, it had to do with being in a natural environment: "*It was relaxing to get out of town and spend time in the woods [...] it relieved my stress.*" For others, it had to do with being active or with being well taken care of by virtue of the program’s structure. A few (3/15) participants explained that they were able to better appreciate the present moment than is usual for them. Also, one participant talked about feeling more connected with himself because of his relaxed mental state at the time. At Time 2, some (4/15) participants mentioned again that they had enjoyed being out of the city, far from their daily worries, and in a setting that allowed them to relax and to be in the present moment.

3.3.1.2 New perceptions of one's abilities, qualities or interests

Almost all (13/15) the participants explained having developed *new perceptions of their abilities, qualities or interests*. They ascribed these new perceptions especially to their responses to the challenges brought upon them by the physical activities themselves, or to their reactions to the unfamiliar surroundings of 'the great outdoors.' For example, some participants reconnected with inner strengths that they felt they had lost; while others discovered new aspects of themselves, such as an interest for outdoor activities. For example, a participant explained how she reconnected with her perseverance during the expedition:

It highlighted precisely a side of me that I had always had, my perseverance, but that I had not used during the last year; I was weary, I didn't feel like doing much, I didn't have to challenge myself for months, so it's something big that I managed to do.

This theme, though prominent at Time 1, was not explicitly mentioned at Time 2. However, some (5/15) participants readily talked about their newfound great interest for outdoor activities and nature.

3.3.1.3 New insights about oneself through the feedback of others

Some (5/15) mentioned that they had acquired new insights about themselves through the feedback offered by other participants. One participant said: "*I was like 'Really? I don't see myself like that at all!' I see myself as sort of an extreme kind of guy! Either super happy or super sad, but no, people rather see me as rather 'chill'.*" Others (5/15) reported more explicitly a beneficial effect of the feedback they received from others on their self-view, such as in the case of this participant reflecting upon what others had written about him: "*[...] it seems they viewed me as persevering and friendly... It*

feels good to see that people think beautiful things about you." At Time 2, two participants mentioned again the beneficial effect of the feedback they got from others.

3.3.1.4 Positive social experience

Almost all the participants seem to have viewed the expedition as a *positive social experience*. At Time 1, several (10/15) participants spoke of *mutual help* and *community spirit* as salient features they associated with the group component of AT. At Time 2, a few (2/15) mentioned again those features, and a few others (3/15) also talked about it although they had not at Time 1.

In addition, at Time 1, some (5/15) participants added that the context was *favorable to socialization* and allowed for *overcoming social anxiety*. For example, this participant stated,

The context was right for it [to socialize] [...] I was able to interact with people I didn't know much even though I was stressed about it, I was even able to enjoy talking to others during a quiet moment when we were busy doing something else.

Despite these facilitating features of AT for many, a few (2/15) participants mentioned by contrast having experienced difficulties interacting with or 'reaching out' to others. One of them felt he managed to socialize with some participants in the end, while the other stated he would have liked to be able to. Several (9/15) participants also explained in various forms that they had established *new relationships* during the expedition. One participant said: *"We learned to know each other, it's like we are kind of friends now."* Another participant said that, after the expedition, *"everybody is a little bit more open to others [...] it created openness with one another."* At Time 2, a few (3/15) participants talked about the new relationships they had created, but most of these had not been maintained after the expedition.

3.3.1.5 Sharing one's personal experience with psychosis

An important factor that seems to have contributed to AT being perceived as a positive social experience, is the fact that, according to the participants, they had all experienced a psychotic episode before. One participant explained that this created a safe environment that allowed many of them to share their experience with one another. Indeed, *sharing one's personal experience with psychosis* was an important part of the expedition experience for several (9/15) participants who mentioned it either at Time 1 or at Time 2. For example, one participant had significant exchanges with another one which left him with a feeling that somebody understood what he had been through: *"It was fun to be with people that went through a similar experience, we had really meaningful conversations, we were able to understand each other a little bit."* Some participants said that sharing their personal experience with psychosis with others left them feeling less isolated. In addition, it seems that sharing such experiences generated some hope for certain participants. For example, those meaningful discussions brought, for one participant, *"a certainty that eventually everything does go back to normal [...] that it's just an episode in your life [...] before that, I was skeptical."*

3.3.2 On the perceived take-away lessons from Adventure therapy: perspectives on the recovery process

Whereas the previous section presented the participants' views on the experience of taking part in the expedition, this section focuses on their perception of the effects of AT on their everyday life, and on their recovery process. First, some (5/15) participants said that immediately following the expedition, they experienced an *increase in self-confidence* in general. Some (4/15) specified they felt more confident, for example, in their capacity to overcome challenges, or to start projects related to their recovery

process such as work, school, etc. In the same vein, a few (3/15) of them described an *increase in their feeling of 'being able to'* which suggests an impact on perceived self-efficacy. One participant, when asked about what she would retain of the expedition experience, said,

A feeling that I'm able to do things [...] it remains in you as something positive that makes you move forward [...] when you don't feel capable, you don't do things [...] this feeling that you are proud of yourself, that now you feel able to.

Several (7/15) participants said that the expedition experience would be a reference when they encountered other challenges in their life, and in their recovery process. This boost in perceived self-efficacy appeared salient mostly right after the adventure though—at Time 2, only some (4/15) participants mentioned again this feeling of self-confidence that the adventure had brought them.

A second upshot described by some (4/15) participants was a *momentum effect*. One participant, for example, evoked an increase in motivation immediately following the expedition:

When I came back, my apartment was a mess, so I cleaned it up quickly. After I got back, I felt more motivated to do my things and my chores; and then, when I went back to work, I was also more motivated.

Another participant went back to a significant activity that he had abandoned following his psychotic episode: *"I'm a musician but with my psychosis it'd been two years since I'd played. But the day after I came back, I started playing my instrument again; it's been over a week now that I play every day."* The same participant explained later on in his Time 1 interview how he felt that this momentum effect was nevertheless fragile:

Doing great activities like that, being well surrounded [...] it really gave me a spur of energy, a boost of 'wanting-to-do-something.' [...] A momentum that you must not let go of. If I wait too long, it will fade away.

As seems to have been the case for the renewed self-confidence, though, this momentum effect tended to lose salience or to fade away in the months following the expedition. As a matter of fact, at Time 2, this last participant had stopped playing music.

Other outcomes of AT were mentioned by participants either at Time 1 or Time 2, but those were mostly specific to the challenges each of them encountered at that time in their lives, and their recovery process. For example, at Time 1 an *openness to new experience* was brought up by one participant: "*I believe I will be more open to new experience, something I was reluctant to do in the past, [...] to taking some risks, not crazy risks but calculated ones.*" A decrease in social anxiety, an openness to socializing, feelings of being revitalized, a greater motivation to stay sober or an increased desire to take care of one's physical health were other impacts individually spoken of by participants.

3.3.3 Perceived limitations, post-adventure adjustment, and 'delayed responses'

It should also be noted that, beyond the seemingly positive effects mentioned by the participants—whether they endured or not—, some (5/15) also discussed what they saw as limitations of AT, or shared their experience of a necessary post-expedition readjustment. Indeed, a few (3/15) participants felt a little deflated once they came back home, as this participant explained,

It's a bit tough to come back to town, to go back to being alone again; we were always together as a gang. Trying to return to independent living, it's a little tough [...] there's more responsibility [...] you must go back to your normal life, return to school, to work...

Also, a few (3/15) explained that the effects they felt for some time after the expedition—such as an increased motivation—progressively faded away. In a similar fashion, at Time 2, when asked about what they recalled from the experience of AT, two participants said that they felt they had not been able to fully integrate the experience, so that the effects they had felt at some point dissipated after a short while. One of them suggested that AT be offered as a long-term intervention so as to promote an integration of the experience; the other participant explained that it was difficult for her to transpose the expedition experience to everyday life because the two realities are so different.

Nevertheless, at Time 2, several (7/15) participants mentioned an impact they had previously identified. It would therefore seem that, for some participants at least, there was a certain stability in those impacts.

Finally, it is important to note that for some, the impacts seem to have been perceived after some time post-expedition. Indeed, at Time 2, some (4/15) participants brought up new elements regarding what they took away from AT, as was the case for this participant:

[...] in hindsight, I see that what I've kept of the adventure is that I refocus more on what is important for me, and I accept more the fact that I cannot please everyone, especially my mother [...] I cannot miss out on things that are important to me to make her happy.

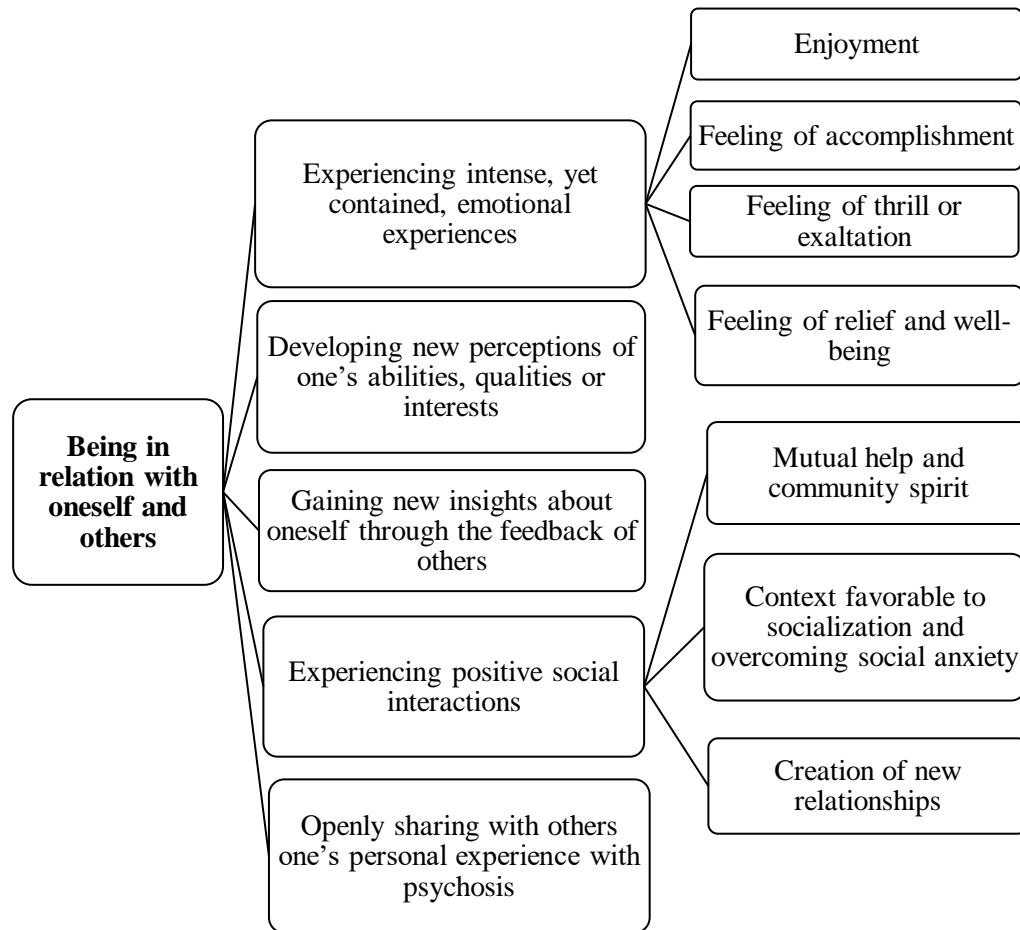


Figure 3.1 *Thematic Tree for "Being in Relation With Oneself and Others"*

3.4 Discussion

With regard to our first objective, which was to gain insight into the participants' subjective inner experience of AT *per se*, our analysis revealed a central theme to the

participants' experience, that of "being in relation with oneself and others". This theme was expressed in various forms, such as intense, yet contained emotional experiences; new perceptions of one's abilities, qualities or interests; new insights about oneself through the feedback from others; positive social experience; and sharing one's personal experience with psychosis. As to our second objective related to factors in AT that participants perceived as helpful in their recovery process, results showed effects on participants immediately following the expedition, including an increase in self-confidence and in motivation.

Considering the disturbance of personal and interpersonal relationships caused by psychosis, AT's likely effect in stimulating the re-establishment of such relationships appears noteworthy and clinically promising in early intervention. Firstly, AT seems to counteract the social isolation experienced by young adults living with psychosis by offering a humanizing and normalizing context in which they can overcome social anxiety, come out of social withdrawal, create new relationships, and share their personal experience with psychosis. AT also seems to offer a non-stigmatizing context, allowing participants to be seen by others and by themselves as 'whole people,' rather than being perceived essentially as 'mentally ill.' As a modality of intervention taking place outside of the hospital setting, AT may facilitate addressing the person in his/her entirety, thus renewing self-perception in a positive way. It can be a meaningful revelation for the person—especially in the context of adapting to a new severe mental illness (a time when the emphasis is often put on the dysfunctional aspects of oneself)—to realize that other personal features are still functional and usable for overcoming challenges. In that sense, AT appears to be both personally and clinically relevant to promoting the recovery process (Vass et al., 2017).

Also, regarding the relation to oneself, the importance of the various emotions felt by the participants during the expedition appears noteworthy. Since psychosis often leads to affect blunting, it is significant and positive that the participants experienced a

certain amount of emotional intensity when connecting with themselves, and thence put something into motion within themselves. For example, the feeling of accomplishment felt after the adventure activities reinforced self-confidence in many participants. In addition, it seems relevant to emphasize the importance of an enjoyable experience for young adults living with psychosis along their recovery path, which can be scattered with pitfalls as this participant illustrated:

I have all these [mental] pictures of hospitals, doctor's appointments, drugs that do not work. And I have this memory [of being] in nature, super 'chill,' with nice people. So it's something that I find super positive in the middle of a 'shit pile,' excuse the term.

This feeling of joy in the context of a therapeutic activity could positively impact commitment to treatment and to recovery process. As suggested by Iwasaki et al. (2010) about the role of leisure in recovery from mental illness, enjoyable and meaningful activities act as "a key context for active living, and as a major pathway to recovery, health and life quality" (p. 486).

Another clinically relevant element of the results is the momentum effect. Indeed, motivation and global functioning remain major issues in recovery—due, among other things, to the negative symptoms of psychosis. So, an intervention that seems to lead to this momentum effect (which may inspire them to undertake a project or to resume meaningful activities) appears clinically significant in promoting recovery (Fulford et al., 2018), especially considering that our participants were selected in part because their recovery process seemed slower or more limited than that of other people followed at the clinic despite the other treatment modalities offered to them. Ways to sustain that momentum over time with AT remain an open question though, as we will discuss below.

As can be seen, not only does AT appear to address issues specific to psychosis, but it also seems to act on factors related to recovery. According to Provencher (2007), the recovery process rests primarily on relationships with oneself and others, encompassing four dimensions: reshaping the sense of self, relation to time-space, personal agency, and relation to others. Our results show that all of these elements seem to be set in motion during AT. In fact, according to many participants, their AT experience contributed to a reshaping of their self-perception by, for instance, allowing them to discover new aspects of themselves. For some participants, the experience was a source of hope; and some felt less isolated when they realized that they were not alone going through psychosis; and some found a renewed confidence in the future. Likewise, AT appears to have an impact on self-efficacy by increasing motivation and self-confidence, and by having a positive influence on self-perception. Finally, according to participants, AT allowed them to come out of social withdrawal and create new relationships. AT appears to have contributed to one or more dimensions in the recovery process of most of the participants, and the experience was significant in one way or another for each of them. Whether they built up self-confidence or socialized, it seems that they all benefited from this experience.

Our results are consistent with those obtained with teenagers and adults living with mental health disorders by other researchers in the AT research field; for example, a positive renewal of self-perception, and an improvement in interpersonal relationships and self-efficacy (Bryson et al., 2013; Cotton & Butselaar, 2013; Gabrielsen et al., 2018; Kelley et al., 1997; Voruganti et al., 2006). They also converge with results obtained using other adjuncts to usual treatment, such as Therapeutic Recreation (Picton et al., 2019) and expressive therapies (Solli & Rolvsjord, 2015) to help people living with mental disorders engage in a recovery process. For example, Picton et al. (2018) highlighted the sense of empowerment experienced by participants throughout an outdoor-based Therapeutic Recreation *Recovery Camp*. They also noted positive changes perceived by participants regarding their social relationships, self-perception

and self-confidence. It appears that AT shares some common components with those other modalities, such as a group setting and the use of activities as a therapeutic medium. Therefore, it is possible that some of the benefits described by the participants following the AT program are not specific to AT but to components that can be found in others modalities too. Additional studies are needed to better identify the active therapeutic components of AT and the benefits that are specific to AT.

3.5 Limitations

Questions remain regarding the long-term effects of AT. Our results suggest positive impacts immediately following the expedition, but, according to participants, some impacts—such as the momentum effect—tend to fade away. Unfortunately, our study provided only a few insights regarding the lasting effects of AT. Some themes that were salient in the post-expedition interviews were not mentioned again at follow-up, such as a feeling of accomplishment and new perceptions of self. It is possible though that the experience served its purpose in modifying the participants' perceptions of themselves, and that it was simply forgotten once those changes were integrated by the participants. Another limitation of our study is that we did not have access to whether—or to what extent—the AT experience and its take-away lessons were used by the participants together with their assigned mental health professionals in their regular interventions post-expedition; therefore, it is difficult to determine if the impacts of AT reached their full potential on the road to recovery.

Also, our data were collected via semi-structured interviews and, for most young adults with psychosis, elaborating on what they feel and what they think can be difficult due to negative symptoms and cognitive impairments caused by psychosis. In that context, future studies could benefit from participant observation by an investigator in the field,

so as to allow for a complementary access to what participants experienced in the course of the AT program.

Finally, the small sample size and the exploratory nature of this study warrant caution in generalizing its results. Indeed, more studies are needed to continue exploring the relevance of using AT as an adjunct to early intervention with young adults living with psychosis.

3.6 Conclusion

According to the participants, AT seems to have had short-term beneficial effects on various aspects related to their recovery process. However, our study did not yield sufficient knowledge as to the lasting effects of AT. Monthly post-adventure research interviews, would be relevant to exploring such lasting effects; it is likely that such an approach would provide a better access to the process that each participant goes through following the AT program.

References

- Beck, R., Heffernan, S., Law, H., McCusker, M., Bentall, R. P., & Morrison, A. P. (2012). Subjective judgements of perceived recovery from psychosis. *Journal of Mental Health, 21*(6), 556-566.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2012.710765>
- Bryson, J., Feinstein, J., Spavor, J., & Kidd, S. A. (2013). An examination of the feasibility of Adventure-based Therapy in outpatient care for individuals with psychosis. *Canadian Journal of Community Mental Health, 32*(2), 1-11.
<https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-015>

- Cotton, S. & Butselaar, F. (2013). Outdoor adventure camps for people with mental illness. *Australasian Psychiatry*, 21(4), 352-358.
<https://doi.org/10.1177/1039856213492351>
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2nd ed. update). Orygen/The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
<https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
- Fulford, D., Piskulic, D., Addington, J., Kane, J. M., Schooler, N. R., & Mueser, K. T. (2018). Prospective relationships between motivation and functioning in recovery after a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 369-377. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx096>
- Gabrielsen, L. E., Eskedal, L., Mesel, T., Aasen, G. O., Hirte, M., Kerlefsen, R. E., Palucha, V. & Fernee, C. R. (2018). The effectiveness of wilderness therapy as mental health treatment for adolescents in Norway: A mixed methods evaluation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 282-296.
<https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1528166>
- Iwasaki, Y., Coyle, C. P., & Shank, J. W. (2010). Leisure as a context for active living, recovery, health and life quality for persons with mental illness in a global context. *Health Promotion International*, 25(4), 483-494.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daq037>
- Iyer, S. N., & Malla, A. K. (2014). Intervention précoce pour la psychose : Concepts, connaissances actuelles et orientations futures. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 201-229. <https://doi.org/10.7202/1027840ar>
- Kelley, M. P., Coursey, R. D., & Selby, P. M. (1997). Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 61-73.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: The Nice guidelines on treatment and management*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- Newes, S., & Bandoroff, S. (2004). What is Adventure Therapy? In S. Bandoroff & S. Newes (Ed.), *Coming of Age: The Evolving Field of Adventure Therapy* (p.1-30). Association for Experiential Education.

- Ouellet-Plamondon, C., & Abdel-Baki, A. (2011). Jeune, urbain... mais psychotique: l'importance du travail de proximité [Young urban adults suffering from psychosis: The importance of proximity team work]. *Santé mentale au Québec, 36*(2), 33-51. <https://doi.org/10.7202/1008589ar>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3rd ed.). Armand Colin.
- Picton, C., Patterson, C., Moxham, L., Taylor, E. K., Perlman, D., Brighton, R., & Heffernan, T. (2018). Empowerment: The experience of Recovery Camp for people living with a mental illness. *Collegian, 25*(1), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.04.005>
- Picton, C., Fernandez, R., Moxham, L., & Patterson, C. (2019). Experiences of outdoor nature-based therapeutic recreation programs for persons with a mental illness: A qualitative systematic review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 17*(12), 2517-2524. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00046>
- Provencher, H. L. (2007). Le paradigme du rétablissement: 1. une expérience globale de santé [The recovery paradigm: 1. A global health experience]. *Le partenaire, 15*(1), 4-12.
- Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2015). "The opposite of treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy, 24*(1), 67-92. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>
- Vass, V., Sitko, K., West, S., & Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: The role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis, 9*(3), 235-244. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1300184>
- Voruganti, N. P., Whatham J., Bard E., Parkey G., Babbey C., Ryan J., Lee, S. & MacCrimmon D. J. (2006). Going beyond: An adventure- and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*(9), 575-580. <https://doi.org/10.1177/070674370605100905>
- Wood, L., & Alsawy, S. (2018). Recovery in psychosis from a service user perspective: A systematic review and thematic synthesis of current qualitative evidence. *Community Mental Health Journal, 54*(6), 793-804. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0185-9>

CHAPITRE IV

LA THÉRAPIE PAR L'AVENTURE AVEC DES JEUNES ADULTES PSYCHOTIQUES : LES COMPOSANTES ACTIVES DU PROGRAMME³

Résumé

Certaines personnes ne répondent que partiellement aux traitements usuels offerts en intervention précoce pour la psychose. Des modalités d'intervention complémentaires telles que la thérapie par l'aventure (TA) sont donc utilisées. L'analyse thématique d'entretiens auprès de 15 adultes suivis à la Clinique jeunes adultes psychotiques du Centre hospitalier de l'Université de Montréal met en lumière six composantes perçues par les participants comme significatives dans leur expérience de la TA : (a) espace-temps hors du quotidien; (b) espace-temps en nature; (c) programmation; (d) activités d'aventure à haute intensité émotionnelle; (e) vie de groupe; (f) présence des intervenants.

Mots-clés : thérapie par l'aventure, premier épisode psychotique, intervention précoce

³ Girard, C., Ouellet-Plamondon, C., Dubé J. É. et Abdel-Baki, A. (sous presse). La thérapie par l'aventure avec des jeunes adultes psychotiques : les composantes actives du programme. *Revue québécoise de psychologie*.

ADVENTURE THERAPY FOR YOUNG ADULTS WITH EARLY PSYCHOSIS :
ACTIVE COMPONENTS OF THE PROGRAM

Abstract

Some individuals only show a limited response to commonly-used treatments in early intervention for psychosis. In such cases, many advocate the use of adjunct interventions, such as Adventure Therapy (AT). A thematic analysis of interviews conducted with 15 adults followed at the Early Intervention for Psychosis services of the Centre Hospitalier de l'Université de Montréal identified six therapeutic components perceived by the participants as significant in their experience of an AT program : (a) space-time outside of everyday life; (b) space-time in nature; (c) programming; (d) emotionally intense adventure activities; (e) group life; and (f) inclusion of health practitioners.

Keywords : Adventure Therapy, early psychosis, early intervention

Depuis le milieu des années 1990, d'importants efforts sont déployés sur le plan de l'intervention précoce (IP) auprès des jeunes adultes présentant un trouble psychotique. Les troubles psychotiques non traités étant associés à un mauvais pronostic, les visées de l'IP sont d'aider la personne à s'engager rapidement dans un processus de rétablissement afin de réduire le risque de rechute et de chronicité (Iyer et Malla, 2014; Ouellet-Plamondon et Abdel-Baki, 2011). L'IP se base sur l'hypothèse de la période critique qui stipule que les facteurs prédictifs de l'évolution du trouble psychotique sont plus malléables au début des manifestations symptomatiques de la maladie et que l'intervention au cours de cette période favorise le rétablissement (Iyer et Malla, 2014).

Deux perspectives coexistent à propos du rétablissement. D'une part, le point de vue biomédical met l'accent sur la rémission des symptômes et l'amélioration du fonctionnement global et social selon des critères objectifs mesurables par des instruments psychométriques (Whitehorn et al., 2002). D'autre part, la perspective des usagers de services, de plus en plus préconisée dans le domaine de la santé mentale, définit le rétablissement comme un processus multidimensionnel et idiosyncrasique relié, entre autres, à l'autonomie, à la qualité de vie, au bien-être, au pouvoir d'agir et à la croissance personnelle (Windell et al., 2015; Wood et Alsawy, 2018). Selon cette perspective, le rétablissement est un processus non linéaire, sans finalité prédéterminée, n'incluant pas nécessairement une rémission complète des symptômes (Wood et Alsawy, 2018).

Les troubles psychotiques entraînent une grande détresse psychologique ainsi que de sérieuses perturbations sur le plan du fonctionnement global et du développement de l'identité, d'un projet vocationnel et/ou des relations intimes (Ouellet-Plamondon et Abdel-Baki, 2011). Le rétablissement qui s'ensuit est souvent complexe et ardu. Les symptômes négatifs (avolition, anhédonie, alogie, etc.) peuvent notamment nuire au fonctionnement social ainsi qu'à l'engagement dans le traitement et les modalités usuelles de traitement ont peu d'effets sur ces symptômes (Galderisi et al., 2013; Gee et al., 2016). Afin de surmonter ces défis thérapeutiques, l'utilisation de modalités d'intervention alternatives telles que la thérapie par l'art, la musique ou la danse est suggérée (Martin et al., 2016; National Collaborating Centre for Mental Health, 2014; Parkinson et Whiter, 2016; Solli et Rolvsjord, 2015). Ces activités thérapeutiques engagent la personne sur un registre sensori-moteur, ce qui pourrait être bénéfique sur le plan thérapeutique lorsque l'utilisation unique de la parole est difficile ou insuffisante (Rabeyron, 2017). À cet égard, considérant le langage comme une source fréquente de malentendus avec la personne souffrant de psychose, Mornet (2006) considère « le corps [...] comme un lieu privilégié de rencontre » avec la personne souffrant de psychose (p. 146). De plus, ces modalités thérapeutiques permettent de

médiatiser la relation thérapeutique dyadique pouvant être vécue comme menaçante par la personne. Parmi ces modalités alternatives qui impliquent le corps et médiatisent la relation thérapeutique, des études ont mis de l'avant le potentiel thérapeutique de la thérapie par l'aventure (TA) auprès de personnes ayant fait l'expérience d'un épisode psychotique (Bryson et al., 2013; Kelley et al., 1997; Voruganti et al., 2006).

4.1 Thérapie par l'aventure

Au sens large, la TA réfère à l'utilisation d'activités d'aventure généralement réalisées en plein air (randonnée pédestre, kayak, etc.), se situant sur un continuum allant d'expériences de contemplation (ex : contempler le paysage au sommet d'une montagne) à des défis de haute intensité (ex : canyoning) (Gabrielsen et al., 2018), qui engagent les participants sur les plans kinesthésique, cognitif, affectif et comportemental (Gass et al., 2012). Les programmes de TA sont d'une durée variable, allant d'une heure à quelques jours, et sont offerts en complément au traitement usuel ou comme traitement principal pour diverses problématiques reliées à la santé mentale (Gass et al., 2012). Plusieurs termes sont également utilisés pour désigner ce type de modalité d'intervention tels que *Therapeutic Adventure*, *Wilderness Therapy*, *Adventure-Based Counselling*, *Outdoor Behavioral Healthcare*, *Outdoor Education* ainsi qu'*Adventure Education* (Gargano et Turcotte, 2018; Ritchie et al., 2016). Cette modalité d'intervention s'inscrit dans un vaste domaine de recherche et de pratique qui intègre certains principes de l'éducation expérientielle stipulant que les apprentissages sont plus significatifs quand la personne est impliquée activement dans le processus.

La TA se caractérise, entre autres, par la mise en place dans un environnement non familier, d'activités perçues comme risquées par les participants alors que le risque réel est moindre. Ce contexte contribue à l'émergence d'un état de déséquilibre chez les

participants qui doivent alors utiliser leurs ressources afin de s'adapter aux défis physiques et psychologiques qui se présentent à eux. Des sentiments d'accomplissement et de réussite peuvent découler de ce processus (Gargano, 2018; Newes et Bandoroff, 2004). La TA se caractérise également par le contexte groupal au sein duquel peut se développer, entre autres, une communauté de soutien et un sentiment d'appartenance (Gass et al., 2012; Newes et Bandoroff, 2004).

Des études ont porté sur l'utilisation de la TA dans le domaine de la santé mentale. Une étude récente effectuée auprès de souffrant de divers troubles mentaux tels que l'anxiété sociale et la dépression, suggère que la TA a contribué à l'amélioration de la santé mentale et du fonctionnement au quotidien de la plupart des participants (Gabrielsen et al., 2018). D'autres études réalisées auprès d'adultes souffrant de troubles mentaux ont montré une augmentation de l'estime de soi et du sentiment de contrôle, ainsi qu'une amélioration des relations sociales et des habiletés à accomplir leurs buts personnels (Cotton et Butselaar, 2013; Schell et al., 2012). En revanche, peu d'études se sont intéressées à la TA auprès d'adultes présentant un trouble psychotique. D'abord, Kelley et al. (1997) ont rapporté une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle et de l'estime de soi ainsi qu'une diminution significative du niveau d'anxiété et de dépression chez 57 participants souffrant de schizophrénie, de troubles affectifs ou troubles schizoaffectifs, à la suite d'un programme de TA et ce, en comparaison à un groupe contrôle ($n = 19$). Ensuite, Voruganti et al. (2006) ont rapporté une augmentation de l'estime de soi et une amélioration du fonctionnement global chez 23 adultes aux prises avec la schizophrénie ou un trouble schizoaffectif en comparaison avec un groupe contrôle ($n = 31$). Un an après le programme, ces résultats s'étaient maintenus. Les participants ont également rapporté un sentiment de satisfaction et d'accomplissement. Enfin, une amélioration significative dans le processus de rétablissement, le bien-être émotionnel ainsi que le niveau d'énergie de 15 adultes souffrant de psychose a été rapportée par Bryson et al. (2013).

Ces études montrent le potentiel thérapeutique de la TA pour les personnes souffrant de psychose bien qu'aucune ne porte spécifiquement sur les jeunes adultes à la suite d'un premier épisode psychotique. De plus, la plupart des études ont porté sur l'efficacité globale de la TA et peu sur les *processus de changement* ainsi que sur les *composantes* de cette modalité susceptibles de favoriser le changement thérapeutique (Fernee et al., 2016; Norton et al., 2014).

Notre équipe de recherche s'intéresse donc à l'expérience subjective de jeunes adultes atteints d'un premier épisode psychotique, participant à un programme de TA, en lien avec leur processus de rétablissement. Nous avons conçu une recherche en deux volets distincts d'emblée, intégrés dans une unique collecte de données. Nous avons choisi une méthodologie qualitative permettant de nous intéresser à l'expérience subjective de chaque participant par le biais d'entretiens semi-structurés (Morrow, 2007). Une première étude (Girard et al., 2021) visait à explorer et à décrire l'expérience des participants, puis à mettre en relief les facteurs de cette expérience perçus par les participants comme significatifs ou non sur le plan du rétablissement. Les résultats ont permis de mettre en évidence dans l'expérience des participants, entre autres, des thèmes reliés à la relation de soi à soi et de soi aux autres contribuant à l'expérience positive de la TA : (a) expériences émotionnelles intenses bien que contenues; (b) développement de nouvelles perceptions sur soi concernant ses habiletés, qualités ou intérêts; (c) développement de nouvelles perceptions sur soi par le biais du regard d'autrui; (d) expériences d'interactions sociales positives; et (e) partage à propos de son expérience de la psychose.

La seconde étude, qui est présentée ici, avait comme objectif d'explorer et de décrire les composantes thérapeutiques de la TA telles que perçues et identifiées subjectivement par les participants.

4.2 Méthodologie

4.2.1 Participants

Les participants ont été recrutés à la Clinique jeunes adultes psychotiques (JAP)⁴ du Centre hospitalier de l'Université de Montréal qui est spécialisée en IP pour la psychose. Guidée par les principes et les meilleures pratiques d'IP, la clinique JAP fournit des soins individualisés et intensifs pouvant inclure : un suivi individuel avec un intervenant-pivot professionnel en santé mentale et un psychiatre, des interventions familiales; de la thérapie cognitivo-comportementale ainsi que plusieurs séances de groupes thérapeutiques (ergothérapie, éducation psychologique, activité physique en groupe et thérapie motivationnelle pour les troubles concomitants de toxicomanie) (Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program, 2016; Ministère de la Santé et Services Sociaux, 2017).

Les participants ont été sélectionnés et approchés par les professionnels en santé mentale de la clinique afin de leur offrir le programme de TA dans le cadre de leur suivi. Ceux-ci ont été sélectionnés selon les critères suivants : isolement social, difficulté à maintenir un projet vocationnel ou à adhérer au traitement offert à la clinique. Les participants présentant une incapacité d'abstinence à la consommation de drogues ou d'alcool durant l'expédition (quatre jours); un handicap physique significatif; un trouble de comportement majeur et/ou des symptômes psychotiques aigus et sévères pouvant nuire au déroulement sécuritaire des activités ne pouvaient participer au programme de TA. Au cours de la première rencontre du programme de

⁴ <https://www.premierepisode.ca>

TA, l'étude a été présentée aux participants et ceux-ci ont été invités à s'y joindre sur une base volontaire et sans que leur participation ait ou non une incidence sur leur poursuite du programme de TA ou sur leur traitement à la clinique.

Dix-neuf des 20 participants sélectionnés pour participer au programme de TA ont initialement accepté de s'impliquer dans cette étude. Les 19 participants ont donné leur consentement éclairé par écrit et les comités d'éthique concernés (hospitalier et universitaire) ont chacun approuvé l'étude. Toutefois, quatre d'entre eux n'ont pas poursuivi le programme de TA en raison d'une exacerbation de leurs symptômes et/ou d'absentéisme aux rencontres préparatoires. Au total, cinq femmes et dix hommes ($N = 15$), âgés entre 19 et 30 ans, ont participé à cette étude. Ayant vécu leur premier épisode psychotique au cours des deux années précédant le programme de TA, les participants présentaient divers troubles psychotiques : trouble affectif bipolaire ($n = 3$), schizophrénie ($n = 3$), trouble schizo-affectif ($n = 7$), dépression psychotique ($n = 1$) et trouble psychotique non spécifié ($n = 1$).

4.2.2 Programme de thérapie par l'aventure (TA)

Le programme de TA est le résultat d'une collaboration entre la clinique JAP et Face aux vents⁵ (FAV), organisme à but non lucratif spécialisé en intervention par la nature et l'aventure dans le domaine de la santé mentale. Il a été conçu de manière à correspondre aux capacités physiques et psychologiques de la clientèle tout en offrant des expériences variées et des défis favorisant les expériences d'accomplissement. Deux intervenants de la clinique JAP (ergothérapeutes, infirmiers et/ou travailleurs

⁵ <https://faceauxvents.org>

sociaux) ainsi que le guide d'aventure de FAV ont accompagné les groupes (deux cohortes), tout au long du programme qui s'est déroulé au cours des étés 2015 et 2016.

La première phase du programme (quatre à six semaines selon la cohorte) était constituée de rencontres préparatoires hebdomadaires visant la familiarisation avec l'équipement de plein air et l'activité physique, la planification et le partage des tâches pour l'expédition ainsi que l'identification d'objectifs personnels. Par exemple, les participants étaient invités à effectuer des activités sportives afin de permettre, entre autres, une évaluation sommaire de leur capacité à participer aux activités d'aventure proposées et à ajuster celles-ci au besoin. La deuxième phase du programme était constituée de quatre jours d'expédition dans la Vallée du Bras-du-Nord au Québec (Canada) durant laquelle les participants ont effectué de la randonnée pédestre, du canyoning, de la tyrolienne et des activités reliées au campement (cuisiner les repas, faire le feu de camp, etc.). À la fin de chaque journée avait lieu une rencontre thérapeutique de groupe animée par les professionnels en santé mentale participant au programme. Lors de la troisième phase, les participants étaient conviés à une rencontre bilan à la clinique JAP, environ une semaine suivant le retour de l'expédition. Au cours de cette rencontre, ils étaient invités à partager leur expérience de la TA en lien avec leur rétablissement et les objectifs personnels qu'ils avaient formulés au début du programme.

4.2.3 Collecte de données

La première auteure ainsi qu'une assistante de recherche ont conduit des entretiens individuels semi-structurés d'une durée approximative de trente minutes au cours des deux semaines suivant le retour de l'expédition ainsi que six mois plus tard. Les participants étaient alors invités à partager leur expérience de la TA en lien avec leur

processus de rétablissement. Les thèmes abordés concernaient, entre autres, leur appréciation du programme de TA, les moments significatifs et/ou difficiles vécus au cours de la TA, les impacts de cette expérience dans leur vie et les apprentissages à propos de soi et/ou des autres. À partir de ces thèmes principaux, des questions de relance étaient formulées en cours d'entretien afin de soutenir l'élaboration des participants, permettant ainsi d'avoir accès à de multiples facettes de leur expérience de la TA telles que leur perspective sur les composantes du programme. Chaque entretien était enregistré à l'aide d'un enregistreur audio et ont été retranscrits verbatim par deux assistantes de recherche aux fins d'analyse.

4.2.4 Analyse qualitative

La première auteure a procédé à une analyse thématique inductive et descriptive des entretiens transcrits (Paillé et Mucchielli, 2012). L'analyse inductive permet de faire ressortir des dimensions parfois inexplorées à partir de la perspective subjective des participants. Cette méthode semblait appropriée pour répondre à notre objectif de recherche qui consistait à explorer et décrire les composantes de la TA à partir de l'expérience subjective des participants. Toutes les transcriptions ont d'abord été lues pour permettre une familiarisation avec les données. Des thèmes ont ensuite été attribués en continu au fil de la lecture des transcriptions et par la suite, des regroupements ont été effectués. Les résultats de cette analyse préliminaire ont été discutés avec deux assistantes de recherche, formées en analyse qualitative, ainsi qu'avec les co-auteurs de l'étude afin de peaufiner la sélection, l'organisation et la description des thèmes.

4.3 Résultats

Six composantes du programme de TA ont émergé au fil de notre analyse : (a) un espace-temps hors du quotidien; (b) un espace-temps en nature; (c) la programmation; (d) des activités à haute intensité émotionnelle; (e) la vie de groupe; et (f) la présence des intervenants. Ces composantes sont décrites ci-dessous.

4.3.1 Espace-temps hors du quotidien

D'abord, selon les participants, la TA offre un *espace-temps hors du quotidien*, c'est-à-dire que ceux-ci se retrouvent dans un environnement physique, interpersonnel et occupationnel complètement différent de leur quotidien. Pour plusieurs participants ($n = 8$), cela leur a permis de vivre de nouvelles expériences ainsi que d'acquérir de nouvelles connaissances, entre autres, à propos des activités reliées au plein air (ex : camping, etc.). Aussi, cette composante de la TA a eu divers effets auprès des participants. Par exemple, pour les consommateurs de drogues et/ou d'alcool, il s'agissait d'un environnement sans consommation. Malgré une certaine ambivalence à l'égard de cette abstinence imposée, il semble que celle-ci ait été bénéfique pour certains tel que le mentionne ce participant : « [...] *j'ai aimé ça parce que personne consomme, on faisait une activité, on est contents, on rigolait, on riait* ». Il semble également que ce séjour hors du quotidien ait permis à un participant de prendre du recul face à l'entretien de son lieu de vie; recul l'ayant motivé à apporter des changements à son retour de l'expédition. Enfin, pour un autre participant, il s'agissait d'une expérience positive de sortir de son quotidien et par le fait même, de se détacher des appareils technologiques pendant quelques jours.

4.3.2 Espace-temps en nature

Une autre particularité de la TA qui est ressortie de l'analyse est l'*espace-temps en nature*. Quelques participants ($n = 5$) ont mentionné que l'environnement naturel dans lequel s'est déroulé le programme leur a permis d'apaiser leur stress, de se détendre, de ressentir un bien-être ou encore, de mieux connecter avec eux-mêmes. Par exemple, au retour de l'expédition, un participant a indiqué qu'en nature il s'est senti « *beaucoup plus calme [...] beaucoup moins stressé* » ainsi que plus conscient de son état et de son énergie. Ce même participant a mentionné six mois plus tard qu'il considérait le contact avec la nature important pour tous « *mais pour les gens qui ont besoin de guérir d'un choc dans tête, je pense que ça peut les aider.* » Aussi, un participant a rapporté que cet environnement naturel l'avait aidé à demeurer dans le moment présent et à être en contact avec son environnement :

C'est plus facile là-bas d'être dans le moment présent qu'ici en ville [...] j'ai pu observer les affaires qui étaient autour de moi, les apprécier, c'est plus facile d'apprécier les arbres pis la nature que les autos et ce qu'il y a en ville [...] ça me ramène sur terre quand je suis dans la nature.

4.3.3 Programmation

La *programmation* semble être une composante importante de la TA pour plusieurs participants car elle les placerait, selon eux, dans un rôle actif en les incitant à se mobiliser afin d'accomplir leurs tâches et les activités proposées. Par exemple, l'un des participants qui réside dans une ressource d'hébergement où les repas sont préparés, a indiqué qu'il trouvait « *spécial* » que ce soit lui qui cuisine l'un des repas alors qu'il est habitué à ce que ce soient les intervenants qui cuisinent. Quelques autres participants ($n = 6$) ont fait mention de la *programmation* comme ayant été importante

dans leur expérience pour différentes raisons. Un participant a ainsi mentionné que cette posture active lui a permis de diminuer son anxiété et d'apprécier le moment présent :

Une chose que j'ai beaucoup aimée c'est que pendant tout le voyage t'es beaucoup dans le présent [...] Fait que mon stress y'était pas là, j'avais pas le temps d'être dans mon stress [...] tu buvais ton café après il fallait penser à la bouffe ou sinon t'étais déjà en train de marcher [...] t'es pas dans ta tête, t'es dans le présent, tu fais les choses, les gens parlent pis tu penses pas à « qu'est-ce que j'veis dire? ». T'es juste là pis t'interagis avec le monde. Ça se passe naturellement, c'est bien agréable.

Pour d'autres, la *programmation* a eu un effet d'apaisement des tracas quotidiens ($n = 2$), c'est-à-dire que cela les a soulagés des soucis tels que la préparation de tous leurs repas et la gestion de leur budget. Enfin, pour un participant, cette composante lui a permis de réaliser qu'il est en mesure d'accomplir des choses :

Selon ce que moi ça m'a apporté, je le recommanderais à des gens qui ont moins d'énergie, justement pour leur faire réaliser qu'en réalité ils sont capables d'en faire des choses dans leur journée s'ils sont bien guidés, s'ils sont dans une bonne structure parce que des fois quand t'es laissé à toi-même, c'est sûr t'en fais moins des choses, pis tu te sens fatigué, c'est encore pire, mais si t'es dans une certaine structure et y a des activités plaisantes, tu vas être plus incité à agir et à te dépenser.

4.3.4 Activités d'aventure à haute intensité émotionnelle

Cette composante de la TA apparaît comme importante puisque plusieurs thèmes saillants de l'expérience des participants sont reliés aux activités d'aventure à haute intensité émotionnelle. Par exemple, le sentiment d'accomplissement, thème au cœur de l'expérience des participants, apparaît avoir été vécu particulièrement lors des activités de tyrolienne et de canyoning ayant suscité des émotions fortes de par, entre

autres, le risque perçu. Un autre exemple est celui d'un participant présentant des idéations suicidaires qui a expliqué que l'activité de canyoning l'a aidé à être dans le moment présent et à réaliser qu'il avait encore envie de vivre :

J'étais dans le moment présent à cause que j'avais peur [...] quand on était sur le bord de descendre la chute, comme je pouvais pas penser à autre chose que « faut que je descende et faut que je survive » [...] ça m'a fait réaliser que oui j'ai encore peur de mourir, des fois même je veux mourir, j'ai comme des mauvaises idées, mais ça me dit que oui j'ai encore peur de mourir pis j'ai encore des sentiments comme « je veux quand même vivre ».

Pour plusieurs participants ($n = 8$), la randonnée pédestre a suscité des émotions intenses en sollicitant leur persévérance au cours de cette activité de longue durée. Par exemple, ce participant a mentionné :

Je suis content de ne pas avoir abandonné, on aurait pu retourner de bord facilement [...] le plus gros défi physiquement, c'était le plus dur [...] c'était physique mais aussi fallait pas que je me décourage mentalement parce que physiquement j'ai été capable de le faire.

4.3.5 Vie de groupe

La *vie de groupe* avec des pairs ayant vécu une expérience similaire (épisode psychotique) ressort aussi comme un élément essentiel de la TA selon les participants. En effet, plusieurs thèmes saillants de leur expérience font référence à cette composante. Les participants ($n = 15$) ont abordé le groupe comme ayant été une source de plaisir, d'entraide, de soutien, de partage et de création de nouvelles relations. Par exemple, un participant a mentionné que le contexte était favorable pour surmonter son anxiété sociale :

[...] ça crée une dynamique assez particulière, on a tous passé par une psychose, tu te sens plus à l'aise, t'es en train de partager comme la vie, tu te couches pis

tu te lèves avec les mêmes personnes [...] je me sentais très à l'aise, pas si stressé. C'est ça que j'ai beaucoup aimé.

D'une part, cette expérience commune de la psychose semble avoir créé un environnement confortable ainsi que sécurisant pour les participants et d'autre part, elle apparaît avoir donné lieu à des échanges significatifs entre certains participants. À cet égard, un participant a indiqué :

[...] les conversations qu'on a eues autour du feu vraiment c'était l'fun, on a échangé sur plein de choses pas seulement sur la musique ou sur la vie, c'est comme quelque chose rattaché plus à la psychose qui faisait un peu plus spécifique au groupe. Ces conversations, j'veins les tenir à cœur.

Certains participants ont également fait mention que la vie de groupe a contribué à les sortir de leur isolement social. Un participant a expliqué qu'« *en ville je suis plus toute seul, dans ma bulle, je fais mes choses, c'est moins comme une communauté. Je me sens plus seul ici que quand on était là-bas.* » À ce propos, un autre participant a mentionné que « *chacun semblait trouver quelque chose dans cette aventure, j'étais pas le seul, on semblait tous en profiter [...] je suis pas le seul à être comme ça, à vivre ce que je vis.* »

4.3.6 Présence des intervenants

De nombreux participants ($n = 8$) ont souligné positivement le soutien et la disponibilité constante des intervenants au cours de l'expédition. Par exemple, deux participants ont décrit un moment de crise qu'ils ont vécu au cours de l'expédition et lors duquel les intervenants les ont soutenus. Un participant a expliqué :

[...] j'ai eu un petit moment de panique [...] j'ai ressenti des choses que j'ai vécues dans la psychose [...] ça m'a donné beaucoup de stress, beaucoup de peur [...] l'intervenant m'a demandé : « Ça va? » et j'ai dit : « Non ça va pas. ». Je

lui ai expliqué toute la situation, j'étais vraiment en détresse [...] finalement c'est passé, j'me suis senti beaucoup plus à l'aise par la suite [...] ç'a été intense, mais ç'a été tout un petit moment de panique qu'on a bien géré. J'étais très content de pouvoir en parler [...] Ça m'a vraiment beaucoup aidé [...].

D'autres participants ($n = 4$) ont rapporté qu'en raison du temps partagé dans un contexte différent de celui de la clinique, les intervenants et eux ont pu apprendre à se connaître autrement. Par exemple, un participant a expliqué qu'un moment significatif de l'expédition était « *d'être avec les intervenants de JAP, on pouvait plus apprendre à se connaître vu qu'on se voyait 24 heures sur 24.* » Un autre participant a mentionné : « *c'était cool de le voir [l'intervenant] en dehors de la clinique, on découvre d'autres aspects de sa personnalité, des choses qu'il a accomplies à travers les années.* »

Enfin, lors des entretiens six mois après l'expédition, certains participants ($n = 2$) ont rapporté une amélioration de leur rapport avec leur intervenant et la clinique depuis leur participation à la TA. Par exemple, un participant a expliqué :

L'activité m'a aidé à avoir un meilleur rapport à l'équipe de soutien de l'hôpital [...] c'est différent de parler à son ergothérapeute dans le bureau ou autour du feu en plein bois. On parle pas nécessairement des mêmes affaires, ça reste le même rapport professionnel mais on peut tomber sur d'autres sujets pis changer la relation un peu [...] je trouve que c'est comme humanisant [...] d'avoir tout le temps des rapports professionnels derrière un bureau avec un crayon pis t'as l'impression qu'il faut que tu répondes la bonne affaire tandis que autour du feu tu dis plus qu'est-ce que tu ressens pis comment tu vois les choses [...] [Q: perception de la clinique JAP?] Elle a changé positivement. Des fois, le parcours du patient c'est quasiment administratif. Faut que tu passes par telle case, après ça quand t'as rempli tel document, il faut que t'aïlles là, pis là « Prends tes pilules. ». Mais d'inclure des activités qui ont rien à voir avec les paperasses de l'hôpital, ça donne l'impression que c'est un peu plus vivant, un peu plus humain que c'est plus normal [...] des fois j'ai l'impression quand je vais voir un professionnel de la santé, il fait sa job, tout ce qu'il fait c'est appliquer son savoir. Mais là je veux dire on est deux à la monter la montagne, lui aussi faut qu'il marche. Fait que c'est le fun de voir comme une espèce d'équité de statut.

4.4 Discussion

De notre analyse ont émergé six composantes thérapeutiques de la TA apparaissant avoir joué un rôle important dans l'expérience des participants. Fidèles à la méthode utilisée pour nos analyses, nous avons tenté de retenir, pour les désigner, des expressions au plus près de l'esprit des propos des participants. Certains recouvrements et parallèles avec des efforts antérieurs visant à décrire ces composantes par d'autres moyens semblent néanmoins exister et nous allons tenter de les souligner dans ce qui suit.

D'abord, au cœur de l'*espace-temps hors du quotidien*, les participants ont mentionné avoir acquis de nouvelles expériences et connaissances, en plus de prendre un recul par rapport à leur quotidien, leur permettant ainsi d'adopter une perspective différente sur celui-ci. Cette composante semble correspondre à une caractéristique reconnue de la TA, soit l'environnement non familier qui entraîne un état de déséquilibre chez le participant qui doit alors recourir à ses ressources personnelles pour s'adapter et retrouver son équilibre (Gargano et Turcotte, 2018; Newes et Bandoroff, 2004).

À cela s'ajoute la composante des *activités d'aventure à haute intensité émotionnelle* lesquelles semblent avoir suscité des émotions intenses en raison du risque perçu au cours des activités de tyrolienne et de canyoning ainsi qu'en raison de l'expérience multisensorielle qu'elles impliquent. De plus, bien que le risque perçu puisse être faible au cours de la randonnée pédestre, cette activité semble également avoir éveillé des émotions fortes chez les participants en lien avec la persévérance et l'endurance qui sont sollicitées par les efforts requis afin d'accomplir cette activité. Le risque perçu élevé par rapport au risque réel est l'une des caractéristiques identifiées antérieurement comme au cœur de la TA (Newes et Bandoroff, 2004). La combinaison du risque perçu comme élevé avec l'environnement non familier apparaît contribuer à créer un état de

déséquilibre chez le participant qui doit alors rechercher des moyens pour s'adapter aux nouvelles situations auxquelles il est confronté. En cohérence avec les écrits et certaines études à propos de la TA (Russell et Phillips-Miller, 2002; Newes et Bandoroff, 2004), nos résultats suggèrent que la *combinaison* de cette mise en mouvement hors de la « zone de confort » des participants d'une part, et de cette intensité émotionnelle et sensorielle des activités d'autre part, ouvre un espace potentiel de découvertes à propos de soi et d'occasions de réussite contribuant au sentiment d'accomplissement. Par ailleurs, il est possible de faire des liens entre la composante des *activités d'aventure à haute intensité émotionnelle* et le domaine des médiations thérapeutiques, en particulier des médiations corporelles qui impliquent le mouvement dans le processus thérapeutique par le biais d'activités telles que la voile et l'escalade (Sabouret, 2006; Saint-André et al., 2011). Cela rejoint également l'approche d'*embodiment* qui suggère d'impliquer le corps dans la thérapie, en particulier, auprès des personnes souffrant de troubles de santé mentale sévères avec lesquelles l'utilisation unique de la parole et de l'entretien en dyade peut être difficile (Martin et al., 2016). Selon cette perspective, en intégrant la sensorialité et le mouvement, les perturbations sur le plan de l'image de soi (schémas corporels et/ou limites mal intégrées), présentes dans l'expérience de la psychose, sont ciblées et les comportements expressifs ainsi que communicatifs sont favorisés, permettant ainsi de diminuer le retrait affectif (Röhricht et al., 2011).

L'*espace-temps en nature* apparaît contribuer également à l'environnement non familier dans lequel se retrouvent les participants et semble permettre un apaisement de l'anxiété chez certains participants. Ceci est cohérent avec les études montrant les bienfaits du contact avec la nature sur la santé mentale (Bratman et al., 2019). Par ailleurs, Taylor et al. (2010) ont proposé que la nature soit considérée comme co-facilitateur du changement thérapeutique dans le cadre de la TA. Dans le même sens, Russell et Farnum (2004) considèrent le contact avec la nature comme l'un des facteurs déterminants dans le processus de changement thérapeutique engendré par la TA.

Quant à la *programmation* de TA, elle placerait les participants dans un rôle actif avec la réalisation des activités et de certaines responsabilités (cuisiner le repas, laver la vaisselle, etc.). Cette prise en charge de la routine a semblé soulager certains d'entre eux de leurs soucis quotidiens. Cette composante semble opérer sur les difficultés à se mobiliser que vivent plusieurs jeunes adultes à la suite d'un épisode psychotique en raison des symptômes négatifs, en stimulant la motivation et le sentiment d'efficacité personnelle comme l'ont souligné d'autres études (Fulford et al., 2018; Lyne et al., 2018; Vass et al., 2017).

La *vie de groupe* est également ressortie comme une composante importante pour les participants à notre étude. Il semble que la TA favorise la socialisation par les activités et les moments de vie partagés donnant lieu à des échanges informels. De surcroît, ce contexte particulier semble permettre aux participants de briser l'isolement social et/ou de surmonter l'anxiété sociale en prenant contact avec des pairs auxquels ils peuvent s'identifier car ayant tous vécu un épisode psychotique. En effet, des participants ont rapporté avoir eu des échanges significatifs à propos de leur expérience de la psychose avec d'autres participants et pour certains, ces échanges ont été source d'espoir quant au rétablissement possible. Évidemment, cette composante est partagée avec d'autres modalités thérapeutiques groupales qui permettent de pallier le sentiment de menace parfois ressenti dans les entretiens en dyade (Martin et al, 2016). Toutefois, le groupe de participants à la TA est confronté, entre autres, à des défis et des problèmes concrets à résoudre qui demandent, à notre avis, l'implication de chaque participant de manière plus marquée que la thérapie de groupe traditionnelle. Cela pourrait contribuer au développement d'un climat de coopération et d'entraide au sein du groupe (Newes et Bandoroff, 2004) qui serait, en soi, thérapeutique. Il est également possible de penser que cela favorise l'engagement des participants pour lesquels la thérapie par la parole convient moins à leurs besoins (Newes et Bandoroff, 2004).

Enfin, une composante essentielle de la TA dont les participants ont fait mention est la *présence des intervenants*. Il importe d'abord de souligner le contexte très différent dans lequel se vit la relation entre l'intervenant et la personne en comparaison avec le contexte d'intervention en clinique externe au sein d'un milieu hospitalier. En effet, tel que rapporté par d'autres auteurs (Newes et Bandoroff, 2004; Russell et Phillips-Miller, 2002), la TA semble créer un espace partagé dans le quotidien permettant ainsi une relation plus symétrique. Au cours des quelques jours d'expédition, il semble que la problématique psychotique ne se soit plus trouvée au cœur de la rencontre. En effet, tel que mentionné par les participants, les intervenants et eux auraient appris à se connaître autrement, de manière plus globale. De même, il semble que la gestion d'un moment de crise pendant l'expédition peut être hautement significative pour la dyade thérapeutique puisqu'elle permettrait aux deux protagonistes de mieux comprendre ce qui se passe lors d'une crise et elle permettrait à la personne en crise de mettre en pratique, *in vivo* et *in situ*, des moyens pour se réguler et ce, avec le soutien de l'intervenant. De retour en clinique, l'intervenant pourrait reprendre ce qui a été vécu au sein de cet espace partagé qu'est l'expédition, au service du processus thérapeutique avec le participant concerné. Ces éléments reliés à la présence des intervenants sont également ressortis d'une étude qualitative de Séguin-Green et al. (2017) portant sur ce même programme de TA, mais s'intéressant plutôt à la perspective des intervenants accompagnateurs.

Aussi, par le fait que la TA permette à l'intervenant et au participant de se considérer de manière plus globale, il est possible de penser que la TA ait un effet bénéfique contre la fragmentation qui est au cœur de la problématique psychotique et qui peut être accentuée par le contexte psychiatrique lorsque, par exemple, les interventions sont centrées sur la maladie et les symptômes. En partageant le quotidien avec une personne ayant vécu un épisode psychotique, l'intervenant la découvre sous de multiples facettes ce qui pourrait l'aider à éviter la collusion avec la fragmentation, c'est-à-dire à se relier

seulement aux fragments que présente cette personne dans le cadre du suivi et non à ce qu'elle est dans sa globalité (Hamm et al., 2017).

De plus, cet espace partagé permet de sortir d'une relation thérapeutique dyadique qui peut être vécue comme menaçante pour les jeunes adultes souffrant de psychose; cette relation duelle pouvant par exemple, faire écho à des angoisses d'intrusion ou de persécution. Cet aspect de la TA rejoint les postulats du domaine des médiations thérapeutiques dont nous avons traité précédemment. En effet, l'activité thérapeutique que constitue la TA peut être pensée comme un objet médiateur qui d'une part, est un prétexte à la rencontre et qui d'autre part, sépare, rendant le lien plus tolérable comme le mentionne Saint-André et al. (2011). Le fait d'être à l'extérieur de l'hôpital, de « dépsychiatriser » l'intervention, peut aussi permettre un relâchement des défenses chez la personne rendant ainsi l'échange plus aisé (Newes et Bandoroff, 2004; Sabouret, 2006). Établir une alliance avec la personne qui consulte est une étape préalable à tout processus thérapeutique, et cela représente un défi, particulièrement dans la psychose, où le rapport à soi et aux autres est grandement perturbé, souvent teinté par la méfiance psychotique. Il est possible que le « faire avec » dans cet espace partagé puisse contribuer à créer une alliance implicite ainsi que les conditions pour qu'émerge le plaisir d'être en lien (Mille et al., 2015). À cet égard, certains participants ont rapporté une amélioration de leur relation avec leur intervenant ainsi que de leur rapport avec la clinique JAP à la suite de leur participation au programme de TA.

4.5 Limites

Nos résultats, tout stimulants en soi et cohérents avec les résultats de travaux antérieurs soient-ils, proviennent exclusivement de l'analyse d'entretiens semi-structurés effectués auprès de 15 jeunes adultes issus du même milieu de soin. Cela invite à la

prudence dans leur interprétation et leur transférabilité. Tel que mentionné précédemment, pour plusieurs jeunes adultes souffrant de psychose, il est difficile d'élaborer sur ce qu'ils ressentent et pensent, entre autres, en raison des symptômes négatifs et des perturbations cognitives causés par la psychose. Ainsi, il pourrait avoir été pertinent qu'au moins un des chercheurs participe au programme de TA en tant qu'observateur afin d'accéder à d'autres facettes de l'expérience des participants et des composantes de la TA.

4.6 Conclusion

Notre étude suggère que l'utilisation de la TA peut être pertinente sur le plan clinique pour promouvoir le rétablissement des jeunes adultes souffrant de psychose. En effet, les six composantes de la TA qui ont émergé de nos analyses renvoient à des enjeux importants du rétablissement des troubles psychotiques. Le contexte unique de la TA permet aux participants de faire l'expérience de situations nouvelles et de formes nouvelles de relation à soi et à l'autre, et il semble ouvrir ainsi un espace potentiel aux réussites et au plaisir d'être en lien, permettant ainsi de progresser vers le rétablissement.

Si les composantes qui ont émergé recourent un ensemble d'autres composantes identifiées parfois isolément dans des études précédentes, il semble important de noter que la TA tend à combiner ces composantes en un tout complexe et cohérent, qui pourrait donner lieu à des interinfluences les potentialisant ou encore agissant de manière différentielle selon les besoins individuels des participants. D'autres études et réflexions cliniques sont donc requises concernant la TA et son utilisation dans le traitement de personnes souffrant de premiers épisodes de psychose. Afin de maximiser le potentiel thérapeutique de cette modalité d'intervention, il est nécessaire de

poursuivre l'identification des composantes actives au cœur de la TA, de mieux comprendre de quelle façon elles s'interinfluencent et de mieux saisir ce qui potentialise les effets de cette expérience au long cours afin de soutenir le processus de rétablissement des jeunes adultes souffrant de troubles psychotiques.

Références

- Bratman, G. N., Anderson, C. B., Berman, M. G., Cochran, B., de, V. S., Flanders, J., Folke, C., Frumkin, H., Gross, J. J., Hartig, T., Kahn, P. H. J., Kuo, M., Lawler, J. J., Levin, P. S., Lindahl, T., Meyer-Lindenberg, A., Mitchell, R., Ouyang, Z., Roe, J., ... Daily, G. C. (2019). Nature and mental health: an ecosystem service perspective. *Science Advances*, 5(7), 1-14.
<https://doi.org/10.1126/sciadv.aax0903>
- Bryson, J., Feinstein, J., Spavor, J. et Kidd, S.A. (2013). An Examination of the Feasibility of Adventure-Based Therapy in Outpatient Care for Individuals with Psychosis. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(2), 1-11.
<https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-015>
- Cotton, S. et Butselaar, F. (2013). Outdoor adventure camps for people with mental illness. *Australasian Psychiatry*, 21(4), 352-358.
<https://doi.org/10.1177/1039856213492351>
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2nd ed. update). Orygen/The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
<https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
- Fernee, C.R., Gabrielsen, L.E. et Mesel, T. (2016). Unpacking the black box of wilderness therapy: A realist synthesis. *Qualitative Health Research*, 27(1), 114-129. <https://doi.org/10.1177/1049732316655776>
- Fulford, D., Piskulic, D., Addington, J., Kane, J. M., Schooler, N.R. et Mueser, K.T. (2018). Prospective relationships between motivation and functioning in recovery after a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 369-377. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx096>

- Gabrielsen, L.E., Eskedal, L., Mesel, T., Aasen, G.O., Hirte, M., Kerlefsen, R.E., Palucha, V. et Fernee, C.R. (2018). The effectiveness of Wilderness Therapy as mental health treatment for adolescents in Norway: A mixed methods evaluation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 282-296. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1528166>
- Gargano, V. (2018). *L'intervention en contexte de nature et d'aventure : une analyse sous l'angle des facteurs d'aide* [thèse de doctorat, Université Laval]. Corpus. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/31844>
- Gargano, V. et Turcotte, D. (2018). L'intervention en contexte de nature et d'aventure : différences et similitudes entre les programmes éducatifs et les programmes thérapeutiques. *Canadian Journal of Education*, 41(1). 195-222. <https://cje-rce.ca/wp-content/uploads/sites/2/2018/04/3.-3130-Gargano-Turcotte-March-28-194-222.pdf>
- Galderisi, S., Mucci, A., Bitter, I., Libiger, J., Bucci, P., Fleischhacker, W.W. et Kahn, R.S. (2013). Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: Results from the european first episode schizophrenia trial. *European Neuropsychopharmacology*, 23(3), 196-204. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.04.019>
- Gass, M.A., Gillis, H.L.L. et Russell, K.C. (2012). *Adventure therapy: Theory, research, and practice*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gee, B., Hodgekins, J., Fowler, D., Marshall, M., Everard, L., Lester, H., Jones, P.B., Amos, T., Singh, S.P., Sharma, V., Freemantle, N. et Birchwood, M. (2016). The course of negative symptom in first episode psychosis and the relationship with social recovery. *Schizophrenia Research*, 174(1-3), 165-171. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.017>
- Girard, C., Dubé, J. É., Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2021). Off the beaten path: Adventure Therapy as an adjunct to early intervention for psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative approaches*, 13(4), 338-348. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1901301>
- Hamm, J.A., Buck, B., Leonhardt, B.L., Wasmuth, S., Lysaker, J.T. et Lysaker, P.H. (2017). Overcoming fragmentation in the treatment of persons with schizophrenia. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 37(1), 21-33. <https://doi.org/10.1037/teo0000054>
- Iyer, S.N. et Malla, A.K. (2014). Intervention précoce pour la psychose : Concepts, connaissances actuelles et orientations futures. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 201-229. <https://doi.org/10.7202/1027840ar>

- Kelley, M.P., Coursey, R.D. et Selby, P.M. (1997). Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 61-73.
- Lyne, J., O'Donoghue, B., Roche, E., Renwick, L., Cannon, M. et Clarke, M. (2018). Negative symptoms of psychosis: A life course approach and implications for prevention and treatment. *Early Intervention Psychiatry*, 12(4), 561-571.
<https://doi.org/10.1111/eip.12501>
- Martin, L.A.L, Koch, S.C, Hirjak, D. et Fuchs, T. (2016). Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia—A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00483>
- Mille, C., Barthe, E., Bon Saint Come, M. et Delhayé, M. (2015). Thérapies avec médiations, ou la thérapeutique par surcroît : comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, 63(5), 332-340.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.11.003>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017, octobre). *Cadre de référence : programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)* (publication n° 18-914-12W).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf>
- Mornet, J. (2006). Corps, psychose et groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(46), 145-160.
- Morrow, S. L. (2007). Qualitative research in counseling psychology: Conceptual foundations. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 209-235.
<https://doi.org/10.1177/0011000006286990>
- National Collaborating Centre for Mental Health (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: The Nice Guidelines on Treatment and Management*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- Newes, S. et Bandoroff, S. (2004). What is Adventure Therapy? Dans S. Bandoroff et S. Newes (dir.), *Coming of Age... The Evolving Field of Adventure Therapy* (p. 1-30). Association of Experiential Education.
- Norton, C. L., Tucker, A., Russell, K.C., Bettmann, J. E., Gass, M.A., Gillis, H.L.L. et Behrens, E. (2014). Adventure Therapy with youth. *Journal of Experiential Education*, 37(1), 46-59. <https://doi.org/10.1177/1053825913518895>

- Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2011). Jeune, urbain... mais psychotique : l'importance du travail de proximité. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 33-51. <https://doi.org/10.7202/1008589ar>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Armand Colin.
- Parkinson, S. et Whiter, C. (2016). Exploring art therapy group practice in early intervention psychosis. *International Journal of Art Therapy*, 21(3), 116-127. <https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1175492>
- Rabeyron, T. (2017). Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation: De l'expérience sensible à la modélisation. *L'Évolution psychiatrique*, 82, 351-364. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.01.001>
- Ritchie, S. D., Patrick, K., Corbould, G. M., Harper, N. J. et Oddson, B. E. (2016). An environmental scan of Adventure Therapy in Canada. *Journal of Experiential Education*, 39(3), 303-320. <https://doi.org/10.1177/1053825916655443>
- Röhrich, F., Papadopoulos, N., Holden, S., Clarke, T. et Priebe, S. (2011). Therapeutic processes and clinical outcomes of body psychotherapy in chronic schizophrenia – An open clinical trial. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 196-203. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.06.001>
- Russell, K. C. et Phillips-Miller, D. (2002). Perspectives on the Wilderness Therapy process and its relation to outcome. *Child & Youth Care Forum*, 31(6), 415-437. <https://doi.org/10.1023/A:1021110417119>
- Russell, K. C. et Farnum, J. (2004). A concurrent model of wilderness therapy process. *Journal of Adventure Education & Outdoor Learning*, 4(1), 39-55. <https://doi.org/10.1080/14729670485200411>
- Sabouret, E. (2006). L'adolescent malade : quelle guérison pour le corps? *L'Évolution psychiatrique*, 71(2), 311-330. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2006.04.003>
- Schell, L., Cotton, S. et Luxmoore, M. (2012). Outdoor adventure for young people with a mental illness. *Early Intervention Psychiatry*, 6(4), 407-414. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00326.x>
- Saint-André, S., Richard, Y., Doukouré, M., Caraes, P., Porchel, G. et Lazartigues, A. (2011). Activités à médiation : de l'occupationnel au thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, 59(3), 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.09.007>

- Séguin-Green, C. (2017). *La thérapie d'aventure auprès des jeunes adultes psychotiques : la perspective des intervenants accompagnateurs* [thèse de spécialisation de baccalauréat inédite]. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Solli, H. P. et Rolvsjord, R. (2015). "The opposite of treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 67-92.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>
- Taylor, M. D., Segal, D. et Harper, J. N. (2010). The ecology of Adventure Therapy: An integral systems approach to therapeutic change. *Ecopsychology*, 2(2), 77-83. <https://doi.org/10.1089/eco.2010.0002>
- Vass, V., Sitko, K., West, S. et Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: The role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*, 9(3), 235-244.
<https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1300184>
- Voruganti, N. P., Whatham, J., Bard, E., Parkey, G., Babbey, C., Ryan, J., Lee, S. et MacCrimmon, D. J. (2006). Going beyond: An adventure- and recreation-based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 575-580.
<https://doi.org/10.1177/070674370605100905>
- Whitehorn, D., Brown, J., Richard, J., Rui, Q. et Kopola, L. (2002). Multiple dimensions of recovery in early psychosis. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 273-283. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016914>
- Windell, D.L., Norman, R., Lal, S. et Malla, A. (2015). Subjective experiences of illness recovery in individuals treated for first-episode psychosis. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1069-1077.
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-1006-x>
- Wood, L. et Alsawy, S. (2018). Recovery in psychosis from a service user perspective: A systematic review and thematic synthesis of current qualitative evidence. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 793-804.
<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0185-9>

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

Nous présenterons d'abord une synthèse des principaux résultats en lien avec nos objectifs de recherche ainsi qu'une synthèse des éléments discutés dans le cadre des articles présentés aux chapitres III et IV. Nous aborderons ensuite des éléments de réflexion clinique psychodynamique à propos de l'utilisation de modalités d'intervention alternatives au traitement usuel auprès des jeunes adultes présentant un trouble psychotique.

5.1 Synthèse des principaux résultats

5.1.1 Premier objectif : explorer et décrire l'expérience subjective des participants au programme de TA

Tel que rapporté dans notre premier article s'intitulant « *Off the beaten path: Adventure Therapy as an adjunct to early intervention for psychosis* », notre analyse qualitative des entretiens auprès des participants nous a permis de relever des thèmes reliés à une *expérience renouvelée de la relation à soi et à l'autre* : a) expériences émotionnelles intenses bien que contenues; b) développement de nouvelles perceptions sur soi concernant ses habiletés, qualités ou intérêts; c) développement de nouvelles

perceptions sur soi par le biais du regard d'autrui; d) expériences d'interactions sociales positives; e) partages à propos de son expérience de la psychose.

D'abord, il semble que les participants aient fait l'expérience d'une certaine intensité émotionnelle sans toutefois que celle-ci soit désorganisée. L'émotion ayant fait l'unanimité parmi les participants est le plaisir ressenti au cours de la TA. Par exemple, certains ont mentionné le plaisir vécu lors des activités d'aventure; d'autres lors de moments en groupe avec les participants et les intervenants. Ensuite, le sentiment d'accomplissement à la suite des activités d'aventure ou de l'atteinte de défis personnels est également ressorti comme un thème important ayant contribué à soutenir la confiance en soi et le sentiment d'efficacité personnelle des participants. Quelques participants ont rapporté un sentiment d'exaltation lors des activités d'aventure (canyoning et tyrolienne). Aussi, certains ont mentionné avoir fait l'expérience d'un sentiment de bien-être et d'apaisement en raison d'une plus grande facilité à être dans le moment présent ou encore à être libéré des tracas quotidiens. Ensuite, l'expérience de la TA semble avoir permis à plusieurs participants de se découvrir autrement que ce soit sur le plan de leurs habiletés, de leurs qualités ou de leurs intérêts. Certains ont mentionné s'être découvert de nouvelles forces; d'autres ont mentionné avoir reconnecté avec des aspects d'eux-mêmes mis de côté depuis la psychose. Dans un même ordre d'idée, il semble que certains participants ont vu le regard sur eux-mêmes renouvelé par la rétroaction positive d'autrui. Enfin, les participants ont rapporté des interactions sociales positives empreintes d'entraide et de confiance favorisant ainsi la socialisation ainsi que les échanges à propos de leurs expériences de la psychose.

5.1.2 Deuxième objectif : mettre en relief les facteurs de cette expérience perçus comme significatifs ou non au plan du processus de rétablissement

Certains participants ont rapporté un changement significatif sur le plan de la confiance en soi et du sentiment d'efficacité personnelle au retour de l'expédition. D'autres ont mentionné un effet d'impulsion à la suite de l'expédition leur ayant donné la motivation ou l'élan à reprendre certaines activités. D'autres retombées plus individuelles ont été rapportées par les participants telles qu'une plus grande ouverture à tenter de nouvelles expériences. Ces effets ont toutefois été rapportés comme ayant tendance à diminuer avec le temps, c'est-à-dire que bien que l'effet était significatif au retour de l'expédition, il a perdu en intensité dans les semaines subséquentes. Par ailleurs, six mois après le retour de l'expédition, certains participants ont rapporté une difficulté à intégrer les bienfaits de l'expérience de la TA à leur quotidien en raison de l'écart important entre celle-ci et leur réalité quotidienne ainsi qu'en raison de la courte durée de l'expérience de la TA. Pour d'autres, il semble que le temps écoulé leur ait permis d'intégrer une partie de l'expérience puisqu'ils ont mentionné les mêmes effets six mois après l'expédition. Enfin, quelques participants ont rapporté un sentiment de « déprime » au retour dans leur quotidien à la suite de l'expédition.

5.1.3 Troisième objectif : explorer et décrire les composantes thérapeutiques de la TA telles que perçues subjectivement par les participants

Six composantes de la TA ont émergé de l'analyse. D'abord, l'espace-temps hors du quotidien et en nature semble avoir contribué à l'acquisition de nouvelles expériences et connaissances chez les participants. Il est possible de lier la composante de l'espace-temps hors du quotidien avec une caractéristique reconnue de la TA, soit l'environnement non familier qui peut provoquer un état de déséquilibre chez le participant favorisant l'utilisation de sa capacité d'adaptation pour retrouver un

équilibre (Gargano et Turcotte, 2018; Newes et Bandoroff, 2004). Quant à l'espace-temps en nature, quelques participants ont mentionné l'effet d'apaisement et de bien-être relié à être en nature. Ce résultat appuie les études montrant les bénéfices du contact avec la nature sur la santé mentale (Bratman et al., 2019). Ensuite, la programmation est ressortie comme une composante significative de par son effet mobilisateur en plaçant les participants dans une posture active ainsi que par son effet de soulagement des tracas quotidiens (budget, repas, etc.) vécus par les participants. Les activités à haute intensité émotionnelle ont été soulevées comme une autre composante importante de la TA; l'une des sources du sentiment d'accomplissement ressenti par la majorité des participants au cours de l'expédition. Cette composante est en lien avec le risque perçu comme élevé par rapport au risque réel, élément identifié par certains auteurs comme constitutif de la TA (Newes et Bandoroff, 2004). Enfin, la vie de groupe ainsi que la présence des intervenants sont ressorties comme des composantes significatives de la TA. D'abord, la vie de groupe apparaît avoir été une source d'entraide, de partage et d'échanges entre les participants brisant ainsi l'isolement social et aidant certains à surmonter leur anxiété sociale. Puis, la présence des intervenants a permis à certains participants d'être soutenus pendant un moment de crise au cours de l'expédition et a permis aux participants et aux intervenants d'apprendre à se connaître autrement que dans le cadre du suivi en clinique. Quelques participants ont d'ailleurs mentionné une amélioration dans leur rapport à la clinique et aux intervenants à la suite de leur participation à la TA.

5.2 Synthèse des éléments discutés dans le cadre des articles

5.2.1 Expérience renouvelée de la relation à soi : perspectives sur le processus de rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique

La personne qui souffre de psychose peut éprouver des difficultés à poursuivre ses activités professionnelles, académiques ou de loisirs. Ces pertes parfois abruptes et soudaines chamboulent la vie de la personne et entraînent des perturbations majeures dans le rapport à soi en bouleversant les perceptions et l'estime de soi. Par ailleurs, il est connu que vivre avec un trouble de santé mentale est une source de stigmatisation qui peut avoir un effet délétère sur l'estime de soi et le processus de rétablissement. La personne intègre parfois le stigma à sa perception d'elle-même ce qui peut l'amener à s'identifier ainsi qu'à se définir uniquement par son trouble de santé mentale, perdant ainsi de vue les autres caractéristiques qui la définissent (Vass et al., 2017). À cet égard, la TA semble avoir permis aux participants de renouveler leur perception d'eux-mêmes. En effet, plusieurs d'entre eux ont rapporté avoir découvert des nouvelles habiletés, qualités ou forces ainsi qu'avoir reconnecté avec des forces mises de côté depuis la survenue de la psychose dans leur vie. Il est possible de penser que le contexte unique qu'offre la TA, c'est-à-dire en groupe, en nature, hors du quotidien et hors des murs de l'hôpital puisse avoir un effet normalisant et humanisant permettant à chaque participant d'être perçu et de se percevoir dans sa globalité. La TA apparaît donc comme une modalité d'intervention pertinente pour aider à contrer l'auto-stigmatisation et soutenir l'estime de soi, composante essentielle au processus de rétablissement. En effet, selon Provencher (2007), le rétablissement implique un processus de redéfinition du soi, c'est-à-dire qu'en s'investissant progressivement dans de nouveaux rôles qui lui permettent de se découvrir autrement, de se reconstruire et de développer une meilleure estime d'elle-même, la personne apprend à se définir

autrement qu'en fonction de son trouble de santé mentale et à ajuster ses projets au nouveau soi qu'elle découvre.

De plus, plusieurs participants ont fait mention du sentiment d'accomplissement vécu au cours de l'expédition ayant eu un impact positif sur leur confiance en eux et leur impression « d'être capable » de relever de nouveaux défis dans leur vie. Il est possible que l'expérience de la TA contribue à renforcer et soutenir une autre dimension importante du processus de rétablissement soit le pouvoir d'agir (Provencher, 2007). Cette dimension est liée au sentiment d'efficacité personnelle qui se définit comme « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (Bandura, 2007, p.12). Cette croyance influence notamment la quantité d'énergie investie dans l'effort ainsi que le degré de persévérance et de résilience devant les difficultés et les échecs (Bandura, 2007). Il est connu que le sentiment d'efficacité personnelle est souvent faible chez la personne qui souffre de psychose (Bentall et al., 2010) et que son augmentation peut contribuer à réduire l'écart entre les capacités de la personne et son fonctionnement réel (Cardenas et al., 2012). Le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle permet à la personne de relever des défis et de résoudre des situations problématiques reliées à son rétablissement (Provencher, 2007).

La psychose entraîne également des perturbations majeures au plan affectif desquelles découlent des bouleversements dans la relation à soi et au monde. En effet, l'une des conséquences de la psychose est la difficulté à réguler les affects qui peut se manifester notamment par un affect émoussé ou par des moments de décharge émotionnelle intense (Barthélémy et Gimenez, 2011). Dans le cadre du programme de TA, les participants ont rapporté avoir fait l'expérience d'une variété d'émotions fortes, en particulier, lors des activités à haute intensité émotionnelle. Cette mobilisation des affects apparaît significative puisqu'elle semble avoir contribué à connecter ou à reconnecter les participants à eux-mêmes, à leurs besoins, à leurs souhaits, etc. Par

exemple, la confrontation avec un affect de peur lors des activités (tyrolienne et canyoning) a fait prendre conscience à l'un des participants que malgré ses idéations suicidaires, il souhaitait poursuivre sa vie. Cette mobilisation se déroulant dans un dispositif groupal au sein duquel les affects peuvent être verbalisés et partagés, favorise probablement leur métabolisation et leur intégration par les participants. Par ailleurs, il importe de souligner le plaisir rapporté par ceux-ci. Il est plausible que le plaisir vécu et partagé au cours de la TA contribue positivement à leur engagement dans leur processus de rétablissement.

Ces éléments de l'expérience de la TA rapportés par les participants permettent d'entrevoir la contribution de cette modalité d'intervention au processus de rétablissement notamment en renouvelant la relation à soi. De plus, ces résultats soulignent l'importance des interventions qui mobilisent les jeunes adultes présentant un trouble psychotique afin de soutenir leur agentivité, leur estime de soi et ainsi, leur processus de rétablissement.

5.2.2 Expérience renouvelée de la relation à l'autre : perspectives sur le processus de rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique

La rupture de l'arrimage entre la personne et la réalité cause des perturbations importantes au plan des relations sociales. La personne souffrant de psychose tend à s'isoler, à se retirer dans son monde psychotique; sa capacité à créer des relations interpersonnelles significatives s'en trouve grandement affectée (Martindale, 2007). À ce propos, il semble que l'expérience de la TA ait permis à plusieurs participants de briser leur isolement social ou encore de surmonter leur anxiété sociale. Dans un climat d'entraide et de communauté, les participants ont mentionné avoir été en mesure de créer de nouvelles relations et d'échanger à propos de leur expérience de la psychose. Certains participants ont indiqué que ces échanges avaient été une source d'espoir. Ces

aspects de l'expérience de la TA rapportés par les participants s'avèrent pertinents pour le processus de rétablissement qui est soutenu par la capacité à créer et entretenir des relations satisfaisantes ainsi que par l'espoir, c'est-à-dire la capacité d'envisager l'avenir avec confiance (Provencher, 2007).

Enfin, plusieurs participants ont mentionné que l'expérience de la TA avait permis aux intervenants et aux participants de se connaître autrement, de manière plus globale. Par ailleurs, certains participants ont mentionné une amélioration de leur relation aux intervenants et à la clinique à la suite du programme de TA. Il est possible de penser qu'il y ait également un effet bénéfique pour les intervenants d'apprendre à connaître les participants dans leur globalité, autrement dit, que la problématique psychotique ne soit plus au coeur de la relation. Il semble donc que la TA puisse favoriser l'alliance thérapeutique et par le fait même, l'engagement de la personne dans son processus de rétablissement.

5.2.3 Limites du programme de TA et de notre recherche

Dans le cadre des articles (chapitre III et IV), certaines limites de notre recherche ont été abordées : la petite taille de l'échantillon, les données provenant uniquement d'une modalité verbale (entretiens semi-structurés) et l'accès limité aux interventions individuelles effectuées à la suite du programme de TA. La sélection d'un plus grand échantillon et l'observation participante d'un chercheur au cours du programme de TA pourraient pallier à ces limites et enrichir la collecte de données. L'observation participante permettrait l'accès à des données qui ne sont pas recueillies par le biais d'entretiens semi-structurés telles que la dynamique groupale, le type d'interventions effectuées, les interactions et les comportements non verbaux ainsi que la part du cheminement des participants qui n'est pas traduite en mots par ceux-ci.

Enfin, une autre limite concerne le transfert de l'expérience de la TA à la réalité quotidienne des participants, c'est-à-dire à l'utilisation de cette expérience dans la poursuite de leur processus de rétablissement. Certains effets rapportés par les participants à la suite de l'expédition se sont dissipés au cours des mois qui ont suivi puisqu'au T2, ils n'étaient plus saillants. Il est possible qu'ils se soient dissipés par manque d'intégration, ce que certains participants ont d'ailleurs mentionné au T2. Ces derniers ont fait mention de leur difficulté à intégrer les effets de la TA en raison de la courte durée du programme de TA et du grand écart entre la TA et leur quotidien. Il est aussi possible que la dissipation observée au T2 soit due au fait que certains participants aient intégré les effets de la TA à leur comportement ou à leur concept de soi de sorte que ceux-ci ne sont plus saillants au T2. Notre recherche ne permet pas de mettre en lumière ce qui advient des effets de la TA au cours des mois suivant le retour de l'expédition. Une manière d'en apprendre plus sur le processus que traversent les participants à la suite du programme de TA et d'enrichir ainsi la compréhension des effets à long terme de cette modalité d'intervention serait l'ajout d'entretiens entre la fin du programme de TA et la relance six mois plus tard. Aussi, il pourrait être pertinent d'effectuer une recherche-action afin d'utiliser au fur et à mesure les résultats pour ajuster le programme et les interventions visant à maximiser les gains thérapeutiques.

Sur le plan du programme de TA, nos résultats pointent vers la nécessité de réfléchir à sa durée et à son organisation afin de maximiser son potentiel thérapeutique. Certains participants ont mentionné que le programme était trop court pour permettre l'intégration de l'expérience tandis que d'autres ont relevé l'écart trop important entre la réalité vécue lors de l'expédition et leur réalité quotidienne. Il pourrait être pertinent de prolonger le programme en intégrant des activités de plein air au cours des semaines qui suivent le retour de l'expédition. Cela permettrait possiblement d'amoindrir le moment de déprime rapporté par certains au retour de l'expédition et de faire perdurer les effets de la TA notamment sur la motivation et le pouvoir d'agir.

La prochaine section de cette discussion vise à poursuivre les réflexions entamées dans le cadre de notre deuxième article (chapitre IV) à propos de la TA comme médiation thérapeutique.

5.3 Réflexions théorico-cliniques psychodynamiques à propos de l'utilisation de la thérapie par l'aventure auprès des jeunes adultes psychotiques

Selon une perspective théorico-clinique psychodynamique, nous aborderons certaines caractéristiques du fonctionnement psychotique du psychisme qui peuvent poser obstacle à la rencontre entre le thérapeute et la personne ainsi qu'à l'engagement de la personne dans son processus de rétablissement. Puis, nous discuterons des médiations thérapeutiques comme une voie potentielle pour surmonter ces obstacles.

5.3.1 Obstacles à la rencontre et à l'engagement dans un processus de rétablissement

D'abord, la personne qui souffre de psychose est souvent réticente à rencontrer le thérapeute. Sans demande, souvent passive, la personne peut demeurer à distance longtemps, entre autres, par méfiance à l'égard des risques que représente pour elle la proximité relationnelle (Sassolas, 1981). La personne peut se méfier « de la vulnérabilité particulière de son fonctionnement mental, de la fragilité excessive de ses structures psychiques susceptibles de voler en éclat sous l'effet des blessures ou des stimulations intenses nées des aléas de toute relation » (Sassolas, 1981, p. 49). La différenciation entre soi et l'autre n'étant pas suffisamment définie, la relation dyadique peut être la source de fantasmes de fusion avec le thérapeute, perçu parfois comme omnipotent. Cela peut d'ailleurs induire le vécu d'être persécuté par le thérapeute; vécu parfois camouflé par une idéalisation massive de celui-ci. Aussi, la

rencontre avec le thérapeute peut être la source de souffrances au plan narcissique puisqu'elle signifie à la personne qu'elle est défaillante psychiquement alors que le thérapeute possède une bonne santé mentale. Entretenant parfois une image de soi grandiose et omnipotente, la personne souffrant de psychose peut donc vivre cette rencontre comme une « injure à son omnipotence » (Sassolas, 1981, p. 55) et présenter des réactions d'envie sous forme d'attaques envers le thérapeute ou sous forme de marques de sollicitude excessive envers le thérapeute visant à masquer cette envie (Sassolas, 1981).

À ces enjeux liés à la relation dyadique s'ajoute l'utilisation unique de la parole qui peut être source de malentendus et de confusion entre le thérapeute et la personne souffrant de psychose, entre autres en raison de la concrétude de la pensée psychotique (Mornet, 2006; Rabeyron, 2017; Sassolas, 2018). Par ailleurs, plus l'interaction est basée sur l'expression verbale, plus la personne peut se sentir dépourvue de cette capacité devant le thérapeute et cela peut contribuer à la perception du thérapeute comme omnipotent, favorisant ainsi les réactions envieuses qui constituent des obstacles au processus thérapeutique (Sassolas, 2018). Aussi, il faut mentionner que les expériences précoces qui sont susceptibles de prédisposer au développement de la psychose surviennent avant l'apparition du langage; ce sont des expériences qui sont inscrites dans le corps, qui appartiennent au registre sensori-moteur (Brun, 2011). L'utilisation unique du langage verbal dans le traitement de la personne souffrant de psychose ne serait donc pas toujours la voie à privilégier. De plus, le vécu psychotique ainsi que les angoisses et les défenses massives que présente la personne peuvent compliquer la rencontre avec le thérapeute. En effet, les mécanismes psychotiques peuvent causer de l'interférence dans la rencontre, rendant difficile l'accès à l'expérience subjective de la personne et rendant son élaboration complexe autant pour le thérapeute que pour la personne.

En somme, le fonctionnement psychotique du psychisme pose plusieurs obstacles à la rencontre; la relation dyadique et l'utilisation de la voie verbale constituent un chemin parsemé d'embûches pour le thérapeute et la personne. Devant ces obstacles, l'intégration d'un support non verbal à la rencontre peut être pertinent afin d'aider la personne à symboliser des aspects de son expérience qui sont difficiles à se représenter ou à exprimer par le biais du langage verbal. En psychanalyse, plusieurs voies thérapeutiques intégrant un support non verbal ont été explorées telles que l'art et le théâtre. Celles-ci sont généralement regroupées sous le vocable « médiations thérapeutiques ». Nous suggérons de concevoir la TA comme une forme de médiation thérapeutique puisqu'elle propose également une voie thérapeutique alternative intégrant un support non verbal.

5.3.2 La thérapie par l'aventure comme médiation thérapeutique

L'utilisation des médiations thérapeutiques telles que l'art, la musique, la danse et le théâtre est suggérée auprès des personnes souffrant de psychose, en particulier, lorsqu'il y a une impasse thérapeutique que le traitement usuel ne permet pas de surmonter (Brun, 2011). Ces modalités d'intervention alternatives peuvent faciliter la rencontre entre le thérapeute et la personne et ainsi, favoriser le travail thérapeutique.

D'abord, l'utilisation des médiations thérapeutiques permet d'introduire un support non verbal (p. ex. : matériel ou activité artistique) jouant un rôle de tiers dans la relation dyadique rendant ainsi le lien plus tolérable (Saint-André et al., 2011). L'objet ou l'activité constitue un objet médiateur qui « est finalement prétexte à la rencontre en même temps qu'il sépare, sorte de pare-excitation face au risque de débordement pulsionnel » (Saint-André et al., 2011, p. 171). En effet, l'objet médiateur sépare, ce qui peut avoir comme effet de diminuer les angoisses et les défenses liées à la proximité

relationnelle telles que l'angoisse de persécution et l'idéalisation excessive du thérapeute qui peuvent entraver le processus thérapeutique (Chouvier, 2011; Sassolas, 1981). Auprès de personnes dont le processus de symbolisation est « en panne ou en faillite » (Roussillon, 2018, p. 472), l'utilisation d'un objet médiateur peut relancer ce travail de symbolisation et de liaison en produisant « un effet de langage, et plus précisément de parole, là où elle fait défaut, là où elle est en souffrance » (Kaës, 2012, p. 16). Dans le cadre de la TA, il est possible de penser que les activités préparatoires et les activités au cours de l'expédition jouent ce rôle d'objet médiateur au sein du groupe et entre les intervenants et les participants. Les échanges que suscitent les différentes activités sont une occasion de soutenir l'élaboration, la réflexivité chez les participants qui observent et entendent également les autres élaborer à propos de leurs expériences. Se crée alors un espace pour verbaliser leur expérience; un espace moins menaçant puisque « tiercisé » par les activités ainsi que par le groupe. En effet, en plus des activités comme objet médiateur, le groupe peut également avoir une fonction de tiers en tant qu'espace intermédiaire permettant le dialogue entre la réalité interne du sujet, la réalité interne d'autrui et la réalité externe. Cet espace offre une aire transitionnelle au sein de laquelle des expériences de jeu peuvent émerger (Winnicott, 1971). Il est possible que le climat d'entraide et de communauté rapporté par les participants soit un effet de l'utilisation des activités et du groupe comme objet médiateur qui favorise un relâchement des défenses et ainsi, une plus grande ouverture à soi et à l'autre. Il semble que cela ait permis, entre autres, des échanges privilégiés entre les participants à propos de leurs expériences de la psychose. Tel que le mentionne Mornet (2007), le groupe offre un « certain confort et une protection : la personne n'est pas toujours contrainte d'occuper le devant de la scène, ni de parler d'elle. Elle peut se taire, ou parler à partir de la parole de l'autre » (p.31).

Une vie semble se mettre en place autour des activités de la TA, c'est-à-dire une réalité partagée qui fait aussi office de tiers dans la relation entre les participants et les intervenants ainsi qu'au sein du groupe de participants. Sassolas (2018) insiste sur la

pertinence de l'utilisation de la réalité quotidienne auprès des personnes souffrant de psychose afin de contourner les difficultés liées à l'utilisation du langage verbal et ainsi, faciliter la relation et rétablir la communication potentiellement bloquée par la nécessité de parole. Selon lui, la réalité partagée médiatise la relation et permet « de l'assouplir, de ménager des moments de retrait salutaire où l'un ou l'autre, le thérapeute comme [la personne], peuvent reprendre souffle en se centrant sur une tâche à accomplir, quelquefois même ensemble » (Sassolas, 2009, p. 234). Les exemples de ce que décrit Sassolas (2009, 2018) foisonnent lorsqu'il est question de la TA puisque la réalité partagée est au cœur de celle-ci. Les moments de routine tels que la préparation des repas sont une occasion pour l'intervenant et le participant d'accomplir des tâches ensemble favorisant ainsi les échanges informels ou encore le langage de l'acte. Par exemple, les gestes de l'intervenant et du participant qui forment une équipe pour laver la vaisselle ou qui collaborent pour aider un autre participant avec la préparation du repas, peuvent inscrire quelque chose de significatif dans la relation thérapeutique qui va bien au-delà du langage verbal.

Cette réalité partagée permet également à la personne d'exprimer indirectement les affects vécus au sein de la relation et d'être protégée également de la blessure narcissique liée à la rencontre avec le thérapeute (Sassolas, 2018). En effet, la réalité partagée permet de mettre l'accent sur les forces et les compétences de chacun et d'échanger à propos des difficultés rencontrées (Sassolas, 2009). Dans la TA, les occasions de souligner les forces de chacun abondent que ce soit lors des activités d'aventure ou lors des moments de routine qui font ressortir les habiletés et les forces de chacun. Ce sont aussi des opportunités pour discuter des obstacles ou des difficultés auxquelles chacun est confronté. Les participants rapportent d'ailleurs que les intervenants et eux ont appris à se connaître autrement sous d'autres facettes, en plus d'avoir découvert de nouvelles forces, habiletés et qualités à propos d'eux-mêmes.

Au coeur de cette réalité partagée, tous sont égaux, ce qui permet à la personne de retenir les éléments « qui soulignent ce qu'il y a de semblable, de commun, entre les soignants et [elle], plutôt que ce qui les différencie d'[elle], c'est-à-dire sa pathologie et son statut de patient » (Sassolas, 2018, p. 97). De la même manière, le fait de voir le thérapeute en interaction avec d'autres personnes et de le voir dans un contexte non traditionnel permet de réduire les angoisses liées à la perception du thérapeute comme omnipotent (Sassolas, 1981). Certains participants ont fait mention de ce rapport différent aux intervenants et de leur appréciation de cette relation plus symétrique. À ce sujet, les propos d'un participant sont éloquentes :

Des fois, le parcours du patient c'est quasiment administratif. Faut que tu passes par telle case, après ça quand t'as rempli tel document, il faut que t'aïlles là, pis là « Prends tes pilules. ». Mais d'inclure des activités qui ont rien à voir avec les paperasses de l'hôpital, ça donne l'impression que c'est un peu plus vivant, un peu plus humain, que c'est plus normal [...] des fois j'ai l'impression quand je vais voir un professionnel de la santé, il fait sa job, tout ce qu'il fait c'est appliquer son savoir. Mais là je veux dire on est deux à la monter la montagne, lui aussi faut qu'il marche. Fait que c'est le fun de voir comme une espèce d'équité de statut.

Le dispositif de la TA semble offrir un espace où la relation thérapeutique peut prendre une dimension plus collaborative et symétrique; une réalité partagée au sein de laquelle peuvent émerger des expériences de plaisir partagé, de plaisir à être ensemble. La relation transférentielle du participant aux intervenants et à l'institution se trouve donc modulée par les effets de la réalité partagée sur la relation thérapeutique. Il est possible notamment qu'un transfert massif envers les intervenants ou l'institution perçus comme omnipotents par le participant soit amoindri, favorisant potentiellement l'alliance thérapeutique. Enfin, comme c'est le cas de la TA, certains types de médiations thérapeutiques impliquent le corps dans le processus thérapeutique au moyen d'activités telles que la voile, l'escalade et la danse (Martin et al., 2016; Sabouret, 2006; Saint-André et al., 2011). Ces médiations corporelles qui intègrent la sensorialité et le mouvement sont particulièrement indiquées auprès des personnes aux

prises avec des perturbations au plan des schémas corporels et de l'intégration des limites (dedans-dehors) ainsi qu'auprès des personnes présentant un déficit au plan du processus de symbolisation (Saint-André et al., 2011). Les activités qui impliquent le registre sensori-moteur peuvent soutenir le développement de la conscience corporelle et l'intégration des limites corporelles. En mobilisant le corps dans les activités d'aventure, la TA provoque des sensations physiques notamment de fatigue, de douleurs musculaires et de températures corporelles variées. Il est possible que cela amorce chez les participants un processus de conscientisation de leur corps et de celui-ci par rapport aux autres via les échanges informels qui peuvent avoir lieu à propos des sensations vécues par chacun pendant ou à la suite d'une activité. De plus, en éveillant les sens, les éléments naturels (vent, eau, soleil, odeurs de la végétation, etc.) contribuent à cette potentialité de développement de la conscience corporelle. Le registre sensori-moteur à l'avant-plan dans la TA permet possiblement aux participants de « se sentir » et cela peut contribuer à l'intégration des limites corporelles ainsi qu'à la différenciation de ce qui est moi et non-moi. De même, l'implication du corps de manière particulière dans les activités d'aventure peut possiblement susciter des affects intenses liés à des angoisses psychotiques de chute sans fin, « de tomber en morceaux ou encore de se répandre dans l'espace ». Lors des activités de tyrolienne et de canyoning, le corps peut vivre des sensations de chute et de vide, accompagnées de la sensation d'être soutenu par l'équipement. Dans le cas où ces sensations réactivent des vécus d'angoisses psychotiques non symbolisés, il est possible que le fait que le corps soit alors soutenu et qu'il y ait également un accompagnement physique ainsi que psychologique par les intervenants, aide à tolérer ces vécus. Il est probable qu'il soit thérapeutique de ressentir ce type d'affects et d'angoisses dans un contexte où les intervenants peuvent soutenir l'élaboration de l'expérience et ainsi, y donner un sens (Roussillon et al., 2018).

En somme, la TA se présente comme une médiation thérapeutique pouvant favoriser la rencontre entre la personne et le thérapeute. En effet, la TA introduit un tiers dans la

relation dyadique ce qui peut être salvateur pour l'alliance et le processus thérapeutique, contribuant ainsi à engager la personne dans son processus de rétablissement. De plus, en sollicitant le corps, la TA permet de contourner les difficultés liées à l'utilisation unique du langage verbal auprès des personnes souffrant de psychose et permet également l'activation de vécus précoces non symbolisés dans un contexte thérapeutique où les intervenants peuvent soutenir l'élaboration de l'expérience.

CONCLUSION

Notre recherche visait l'exploration et la description de l'expérience subjective des participants au programme de thérapie par l'aventure (TA), l'identification des facteurs de cette expérience perçus comme significatifs ou non au plan du processus de rétablissement ainsi que l'exploration et la description des composantes thérapeutiques de la TA telles que perçues subjectivement par les participants. Nous souhaitons ainsi fournir un portrait riche et nuancé de l'expérience des participants et des effets potentiels de la TA sur le processus de rétablissement. Pour ce faire, nous avons utilisé une méthodologie qualitative, soit une analyse thématique d'entretiens semi-structurés conduits auprès de 15 jeunes adultes, suivis à la clinique Jeunes adultes psychotiques du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), qui présentaient des difficultés à s'engager dans un processus de rétablissement, malgré le traitement usuel offert. Nos résultats indiquent que la TA est une modalité d'intervention pertinente en complémentarité avec le traitement usuel auprès des jeunes adultes à la suite d'un premier épisode psychotique. En effet, nos résultats montrent que la TA semble avoir des impacts positifs sur différentes variables reliées au rétablissement telles que l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle et les relations interpersonnelles.

Toutefois, notre recherche ne permet pas de nous prononcer sur ce qui advient de ces impacts sur le long cours. D'autres études seront nécessaires afin de mieux comprendre les effets de la TA auprès des jeunes adultes psychotiques, en particulier à long terme, afin de développer des interventions permettant la pérennisation des acquis à la suite de la TA. De plus, dans le but d'optimiser l'utilisation de la TA, il est nécessaire de poursuivre les études à propos de ses mécanismes d'action thérapeutiques.

En somme, notre thèse met en lumière les bénéfices de l'utilisation de la TA en complémentarité au traitement usuel en intervention précoce auprès des jeunes adultes souffrant de psychose. Plus largement, notre thèse souligne la nécessité de concevoir et de mettre en place des milieux de vie et des interventions qui permettent à ces jeunes adultes de sortir de l'isolement social et d'être actifs au sein de la communauté. Un contexte humanisant et vivant nous semble être essentiel pour y parvenir. Lorsque la psyché est engluée dans la noirceur, la terreur et la solitude, une expérience humaine partagée et surtout, vivante, peut être d'un secours et d'une portée inestimables.

ANNEXE A

CANEVAS DE L'ENTRETIEN #1

J'aimerais vous entendre sur votre parcours et sur ce que vous vivez dans le groupe plein air. Je vous propose donc de commencer en me parlant de ce qui vous amène (motivations) à participer à ce groupe plein air.

Thèmes à aborder

- Rétablissement :

- Défis et difficultés rencontrés
- Forces et limites
- Ce qui est aidant ou pas
- Objectifs personnels
- Relations sociales
- Loisirs et intérêts

- Thérapie par l'aventure :

- Comment vous imaginez-vous que ça va se passer ?
 - Attentes
 - Craintes
- Comment votre participation au groupe plein air s'inscrit dans votre processus de rétablissement ?
- Comment pensez-vous que votre participation au groupe plein air peut vous aider dans ce que vous vivez présentement ?

- Qu'est-ce que vous pensez que votre participation à ce groupe peut vous apporter ?

Relances

Qu'est-ce qui a changé dans votre vie depuis la psychose ? Quels impacts a eu la psychose dans votre vie ?

Comment vous vous imaginez la suite, l'après psychose ? Comment envisagez-vous le futur, votre avenir ?

ANNEXE B

CANEVAS DE L'ENTRETIEN #2

J'aimerais vous entendre sur votre expérience du groupe plein air. Je vous propose donc de commencer en me parlant de comment ça s'est passé pour vous pendant l'expédition.

Thèmes à aborder

- Thérapie par l'aventure

- Racontez-moi un moment fort/significatif
- Racontez-moi un moment plus difficile/défis (défi physique/psychologique?)
- Qu'est-ce que vous allez garder de cette expérience ? Avez vous un exemple ?
- Avez-vous fait des découvertes sur vous-même ?
- Comment ça s'est passé avec les autres participants ? les intervenants ?
- Avez-vous l'impression que cette expérience a changé quelque chose dans votre vie ?
- Si vous aviez à le refaire, est-ce qu'il y a des choses que vous feriez autrement ?
- Est-ce que ça s'est passé comme vous le pensiez/ selon vos attentes ?
- Quel est l'impact de votre participation au groupe plein air dans votre vie actuelle ? future ?
- Comment envisagez-vous le futur ?

ANNEXE C

CANEVAS DE L'ENTRETIEN #3

J'aimerais vous entendre à propos de ce qui se passe pour vous depuis notre dernière rencontre et également revenir sur votre expérience du groupe plein air. Je vous propose donc de commencer en me parlant de ce qui se passe pour vous en ce moment.

J'aimerais que l'on revienne ensemble sur votre expérience du groupe plein air. Lorsque vous y repensez, qu'est-ce qui vous vient en tête spontanément ? Pour quelles raisons vous pensez que cela vous revient en tête ? Est-ce qu'il y a autre chose ?

Avec le recul, que pensez-vous que cette expérience vous a apporté ? Avez-vous l'impression que cette expérience a eu un impact dans votre vie ?

Comment envisagez-vous le futur ?

ANNEXE D

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Code du participant: _____

Données sociodémographiques

Date de naissance : _____ Âge : _____ Genre : H F

Durée de suivi à JAP (mois) : _____

Statut migratoire : non migrant 1^{ère} génération 2^e génération

Statut marital

Célibataire	Conjoint relation amoureuse)	(en	Marié ou conjoint de fait	Séparé ou divorcé
-------------	------------------------------------	-----	------------------------------	-------------------

Scolarité le plus haut niveau complété

	Primaire	Secondaire	Collégial	Université
Complété				

Non complété				
--------------	--	--	--	--

Hébergement

Seul ou avec famille	Maison de chambre	Appartement supervisé	Foyer de groupe	Famille d'accueil
----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------	-------------------

Source de revenu principal

Sécurité du revenu	Assurance chômage	Prêts et bourses	Revenu du travail	À la charge de la famille
--------------------	-------------------	------------------	-------------------	---------------------------

Occupation

Travail temps plein	Travail temps partiel	Étude temps plein	Étude temps partiel	Sans occupation	Autre (spécifiez)
---------------------	-----------------------	-------------------	---------------------	-----------------	-------------------

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche car vous participerez au projet « la thérapie par l'aventure » organisée par la clinique JAP du CHUM dans le cadre de vos soins cliniques. Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut contenir des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles aux chercheurs et à leurs assistants.

NATURE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La Clinique Jeunes Adultes Psychotiques (JAP) du CHUM offre un traitement précoce et intensif de la psychose qui suit les recommandations internationales sur le traitement spécialisé d'intervention précoce pour la psychose. Malgré les résultats positifs pour la majorité de la clientèle, une proportion des jeunes a plus de difficulté à se rétablir au niveau symptomatique et fonctionnel. La thérapie par l'aventure est une modalité de traitement avant-gardiste qui utilise les activités d'aventure et leurs défis afin de favoriser le rétablissement et la croissance personnelle des participants. Le présent projet vise à évaluer l'impact de la thérapie par l'aventure chez les jeunes adultes atteints de troubles psychotiques en début d'évolution suivis à la Clinique JAP, à la fin de la sortie d'envergure et après une période de six mois.

NOMBRE DE PARTICIPANTS ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Cette étude, menée à la clinique JAP du CHUM recrutera environ 60 patients au cours des cinq prochaines années.

Votre participation à l'étude durera six mois et consiste à la complétion de questionnaires et diverses échelles ainsi qu'à la participation à trois entrevues individuelles d'une durée approximative de 30 minutes chacune et à nous autoriser à consulter votre dossier médical.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'étude comporte trois temps de mesure. On vous demandera de répondre à diverses échelles (questionnaires) et de participer à une entrevue individuelle, au début du groupe plein air, à la fin du groupe (après les semaines de rencontres préparatoires et l'activité d'envergure) et six mois après la fin de l'activité d'envergure de plein air. Les échelles à compléter seront les mêmes pour les trois temps de mesure. Le temps requis pour les compléter est d'environ 30-60 minutes. Les questions posées concerneront vos symptômes, votre fonctionnement, votre estime personnelle, votre qualité de vie et vos habitudes de consommation d'alcool et de drogues.

Dans le cadre des entrevues individuelles d'une durée approximative de 30 minutes, vous serez invité à partager votre expérience du projet de plein air en lien avec votre processus de rétablissement. Les entrevues qui auront lieu dans un local de la clinique, seront enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique et seront conservées sur l'ordinateur de la chercheuse principale avec un code d'accès afin d'en assurer la confidentialité. Les entrevues seront par la suite transcrites et anonymisées pour des fins d'analyse. Les rendez-vous pour compléter les questionnaires et participer aux entrevues pourront être planifiés avant ou après un de vos rendez-vous à la clinique JAP ou à un autre moment qui vous convient le mieux.

BÉNÉFICES

Même si cela ne vous apporte pas directement un avantage personnel, en participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur l'utilisation de la thérapie par l'aventure comme modalité de traitement auprès d'individus ayant vécu un épisode psychotique. Nous espérons que cela nous permettra éventuellement de démontrer les bénéfices de cette intervention et ainsi de l'implanter dans la programmation de la Clinique Jeunes Adultes Psychotiques et éventuellement, d'autres cliniques.

FINANCEMENT DU PROJET

Le financement de ce projet provient d'un fonds de recherche indépendant du co-rechercheur J. Éric Dubé, directeur de doctorat de Camille Girard.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation au projet de recherche. Toutefois, vous recevrez une somme forfaitaire de 15.00\$ à la suite de chaque complétion de questionnaires et entrevue (total de 45.00\$), en guise de compensation des frais encourus et des contraintes subies.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Nous croyons que votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif pour vous. Par contre, il est possible que vous trouviez la durée de passation des questionnaires et des entrevues trop longue ou certaines questions trop personnelles. Si tel est le cas, il est toujours possible de demander des

pauses, de poursuivre les questionnaires à un autre moment ou simplement de ne pas répondre aux questions qui vous gênent.

CONFIDENTIALITÉ

Les données de recherche, qui incluent les renseignements qui figurent sur les questionnaires que vous aurez complétés, les informations recueillies lors des entrevues avec l'assistant de recherche ou lors de la consultation de votre dossier médical, demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi.

Afin de préserver la confidentialité de ces données, chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro qui permettra de relier les informations personnelles aux données de la recherche. Seul la chercheuse principale aura la liste des noms des participants et des numéros qui leur auront été attribués. Il sera responsable d'en assurer la confidentialité en la gardant dans un endroit différent de celui où il conservera les données de la recherche. Tous les renseignements (questionnaires, transcriptions d'entrevues et enregistrements sonores) seront conservés dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé et la chercheuse principale et les membres de son équipe s'engagent à respecter la confidentialité de tous ces renseignements. Les données seront conservées pendant sept ans.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Les renseignements personnels seront détruits sept ans après la fin du projet.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CHUM ou par l'établissement. Toutes ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

LIBERTÉ DE PARTICIPATION ET DE RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sur simple avis verbal. Si vous décidez de vous retirer de l'étude avant la fin, les enregistrements des entrevues ainsi que vos renseignements identificatoires seront détruits. La chercheuse s'engage à vous faire savoir tout nouveau développement qui pourrait influencer votre décision de participer à l'étude. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirez n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par votre participation à cette étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

PERSONNES RESSOURCE

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet de recherche ou les co-chercheurs aux numéros suivants :

D^{re} Amal Abdel-Baki au (514) 890-8242

D^{re} Clairéline Ouellet-Plamondon au (514) 890-8242

Camille Girard, candidate au doctorat au (514) 987-3000 – Poste 0982

Si vous avez des questions ou des commentaires à propos de vos droits en tant que participant à une recherche ou la qualité des services reçus, vous pouvez appeler le commissaire adjoint à la qualité des services de l'hôpital Notre-Dame CHUM au 514-890-8000 poste 26047.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Avant de signer et dater le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur la nature de ma participation à l'étude ainsi que sur les désagréments, les risques et les inconvénients qui pourraient y être associés. J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je suis libre de poser d'autres questions à n'importe quel moment. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé et daté. En apposant ma signature sur ce formulaire, je ne renonce cependant à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur et l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant : _____

Signature _____ Date _____

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE

Je certifie qu'on a expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant à la recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant à la recherche.

Nom de la chercheuse responsable du projet de recherche :

Signature _____ Date _____

RÉFÉRENCES

- Alvarez, A. G. et Stauffer, G. A. (2001). Musings on adventure therapy. *Journal of Experiential Education*, 24(2), 85-91.
<https://doi.org/10.1177/105382590102400205>
- Anthony, W. A. et Liberman, P. R. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-549. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>
- Azoulay, C. (2013). Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie. Dans C. Chabert (dir.), *Traité de psychopathologie de l'adulte : les psychoses* (p. 235-307). Dunod.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle* (2^e éd.). De Boeck.
- Barthélémy, S. et Gimenez, G. (2011). La gestion des affects dans la relation thérapeutique chez le patient schizophrène. *L'Évolution psychiatrique*, 76(4), 585-601. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2011.08.001>
- Beck, R., Heffernan, S., Law, H., McCusker, M., Bentall, R. P. et Morrison, A. P. (2012). Subjective judgements of perceived recovery from psychosis. *Journal of Mental Health*, 21(6), 556-566.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2012.710765>
- Benedetti, G. (1998). *Le sujet emprunté : la vie psychotique du patient et du thérapeute*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bened.1998.01>
- Benedetti, G. (2003). *La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel*. Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.bened.2003.01>
- Bentall, R. P., Simpson, P. W., Lee, D. A., Williams, S., Elves, S., Brabbins, C. et Morrison, A. P. (2010). Motivation and avolition in schizophrenia patients: The role of self-efficacy. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2(1), 12-22. <https://doi.org/10.1080/17522430903505966>

- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique* (3^e éd.). Dunod.
- Bettmann, J. E., Russell, K. C. et Parry, K. J. (2013). How substance abuse recovery skills, readiness to change and symptom reduction impact change processes in Wilderness Therapy participants. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8), 1039-1050. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9665-2>
- Birchwood, M., Todd, P. et Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172(33), 53-59. <https://doi.org/10.1192/S0007125000297663>
- Bonnet-Brilhaut F., Thibaut, F. et Petit, M. (2001). Données biologiques de la schizophrénie. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37(285-A-17), 1-11.
- Boonstra, N., Klaassen, R., Sytema, S., Marshall, M., De Haan, L., Wunderink, L. et Wiersma, D. (2012). Duration of untreated psychosis and negative symptoms: A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophrenia Research*, 142(1-3), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.017>
- Bowen, D. J. et Neill, J. T. (2013). A meta-analysis of Adventure Therapy outcomes and moderators. *Open Psychology Journal*, 6(1), 28-53. <https://doi.org/10.2174/1874350120130802001>
- Bratman, G. N., Anderson, C. B., Berman, M. G., Cochran, B., de, V. S., Flanders, J., Folke, C., Frumkin, H., Gross, J. J., Hartig, T., Kahn, P. H. J., Kuo, M., Lawler, J. J., Levin, P. S., Lindahl, T., Meyer-Lindenberg, A., Mitchell, R., Ouyang, Z., Roe, J., ... Daily, G. C. (2019). Nature and mental health: an ecosystem service perspective. *Science Advances*, 5(7), 1-14. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax0903>
- Brun, A. (2011). Introduction. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 7-19). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.brun.2011.01>
- Bryson, J., Feinstein, J., Spavor, J. et Kidd, S. A. (2013). An examination of the feasibility of adventure-based therapy in outpatient care for individuals with psychosis. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 32(2), 1-11. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2013-015>
- Cardenas, V., Abel, S., Bowie, C. R., Tiznado, D., Depp, C. A., Patterson, T. L., Jeste D.V. et Mausbach, B. T. (2013). When functional capacity and real-world functioning converge: The role of self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 908-916. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs004>

- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- Chouvier, B. (2011). La médiation dans le champ psychopathologique. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (p. 37-47). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.brun.2011.01>
- Conus, P. (2018). Premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux? *L'information psychiatrique*, 94(4), 301-306. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1794>
- Cotton, S. et Butselaar, F. (2013). Outdoor adventure camps for people with mental illness. *Australasian Psychiatry*, 21(4), 352-358. <https://doi.org/10.1177/1039856213492351>
- Demily, C. (2018). Génétique de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*, 16(2), 1-8. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/schizophrénie-et-génétique>
- Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., Rodriguez, V., Jongsma, H. E., Ferraro, L., La Cascia, C., La Barbera, D., Tarricone, I., Berardi, D., Szöke, A., Arango, C., Tortelli, A., Velthorst, V., Bernardo, M., Del-Ben, C. M., . . . van der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): A multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427-436. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30048-3)
- Early Psychosis Guidelines Writing Group and EPPIC National Support Program (2016). *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis* (2^e éd.). Orygen/The National Centre of Excellence in Youth Mental Health. <https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>
- Fontaine, P. (2014). La psychose et les frontières de la folie. *Recherche en soins infirmiers*, 2(117), 8-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0008>
- Gabrielsen, L. E., Eskedal, L., Mesel, T., Aasen, G. O., Hirte, M., Kerlefsen, R. E., Palucha, V. et Fernee, C. R. (2018). The effectiveness of wilderness therapy as mental health treatment for adolescents in Norway: A mixed methods evaluation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 282-296. <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1528166>
- Galderisi, S., Mucci, A., Bitter, I., Libiger, J., Bucci, P., Fleischhacker, W. W. et Kahn, R.S. (2013). Persistent negative symptoms in first episode patients with

- schizophrenia: Results from the European first episode schizophrenia trial. *European Neuropsychopharmacology*, 23(3), 196-204.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.04.019>
- Gargano, V. et Turcotte, D. (2018). L'intervention en contexte de nature et d'aventure : différences et similitudes entre les programmes éducatifs et les programmes thérapeutiques. *Canadian Journal of Education*, 41(1). 195-222.
<https://cje-rce.ca/wp-content/uploads/sites/2/2018/04/3.-3130-Gargano-Turcotte-March-28-194-222.pdf>
- Gass, M. A. (1993). Foundations of Adventure Therapy. Dans M. A. Gass (dir.), *Adventure Therapy: Therapeutic applications of adventure programming* (p. 3-10). Kendall/Hunt.
- Gass, M. A., Gillis, H. L. L. et Russell, K. C. (2012). *Adventure therapy: Theory, research, and practice*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gee, B., Hodgekins, J., Fowler, D., Marshall, M., Everard, L., Lester, H., Jones, P. B., Amos, T., Singh, S. P., Sharma, V., Freemantle, N. et Birchwood, M. (2016). The course of negative symptom in first episode psychosis and the relationship with social recovery. *Schizophrenia Research*, 174(1-3), 165-171.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.017>
- Harder, S. et Rosenbaum, B. (2015). Psychosis. Dans P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target et J. B. Sidney, *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology* (p. 259-286). Guilford Publications.
- Henriksen, M. G., Nordgaard, J. et Jansson, L. B. (2017). Genetics of schizophrenia: Overview of methods, findings and limitations. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11(322), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00322>
- Hoag, M. J., Massey, K. E., Roberts, S. D. et Logan, P. (2013). Efficacy of wilderness therapy for young adults: A first look. *Residential Treatment for Children & Youth*, 30(4), 294-305.
<https://doi.org/10.1080/0886571X.2013.852452>
- Iyer, S. N. et Malla, A. K. (2014). Intervention précoce pour la psychose : concepts, connaissances actuelles et orientations futures. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 201-229. <https://doi.org/10.7202/1027840ar>
- Kaës, R. (2012). Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. Dans B. Chouvier (dir.), *Les processus psychiques de la médiation* (p. 11-28). Dunod.

- Kelley, M. P., Coursey, R. D. et Selby, P. M. (1997). Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 61-73.
- Leclerc, C., Lesage, A., et Ricard, N. (1997). La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 233-256.
<https://doi.org/10.7202/032424ar>
- Leclerc, C., et Lecomte, T. (2012). TCC pour premiers épisodes de psychose : pourquoi la thérapie de groupe obtient les meilleurs résultats? *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(3), 104-110.
<https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2012.07.006>
- Marshall, M., Lewis, S. Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. et Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General psychiatry*, 62, 975-983. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.975>
- Martin, L. A. L, Koch, S. C, Hirjak, D. et Fuchs, T. (2016). Overcoming disembodiment: The effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia—A multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00483>
- Martindale, B. et Summers, A. (2013). The psychodynamics of psychosis. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), 124-131.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.111.009126>
- Martindale, B. V. (2007). Psychodynamic contributions to early intervention in psychosis. *Advances in psychiatric treatment*, 13(1), 34-42.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.105.001552>
- McGrath, J., Sukanta, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C. et Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medecine*, 2(13). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-13>
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2^e ed.). The Guilford press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017, octobre). *Cadre de référence : Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)* (publication n° 18-914-12W).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf>

- Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G. et Murray, R. M. (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: Toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 655-664. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq051>
- Mornet, J. (2006). Corps, psychose et groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(46), 145-160. <https://doi.org/10.3917/rppg.046.0145>
- Mornet, J. (2007). Psychothérapie de groupe et psychose. *Vie sociale et traitements*, 3(95), 30-39. <https://doi.org/10.3917/vst.095.0030>
- Morrow, S. L. (2007). Qualitative research in counseling psychology: Conceptual foundations. *The Counseling Psychologists*, 35(2), 209-235. <https://doi.org/10.1177/0011000006286990>
- Nadeau, C. (2019). *La thérapie par l'aventure : une analyse idiographique du processus de rétablissement de jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique* [thèse de spécialisation inédite]. Université du Québec à Montréal.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: The Nice guidelines on treatment and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- Newes, S. et Bandoroff, S. (2004). What is Adventure Therapy? Dans S. Bandoroff et S. Newes (dir.), *Coming of Age: The Evolving Field of Adventure Therapy* (p. 1-30). Association of Experiential Education.
- Nicholson, I. R. et Neufled, R. W. J. (1992). A dynamic vulnerability perspective on stress and schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(1), 117-130. <https://doi.org/10.1037/h0079307>
- Norton, C. L., Tucker, A., Russell, K. C., Bettmann, J. E., Gass, M. A., Gillis, H. L. et Behrens, E. (2014). Adventure Therapy with youth. *Journal of Experiential Education*, 37(1), 46-59. <https://doi.org/10.1177/1053825913518895>
- Office québécois de la langue française (2018). Thérapie par l'aventure. *Grand dictionnaire terminologique*. https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26545122
- Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2011). Jeune, urbain...mais psychotique : l'importance du travail de proximité. *Santé mentale au Québec*, 36(2), 33-51. <https://doi.org/10.7202/1008589ar>

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Armand Colin.
- Parkinson, S. et Whiter, C. (2016). Exploring art therapy group practice in early intervention psychosis. *International Journal of Art Therapy*, 21(3), 116-127. <https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1175492>
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. et Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: A critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785-1804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>
- Ponteretto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126–136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Provencher, H. L. (2007). Le paradigme du rétablissement : 1. une expérience globale de santé. *Le partenaire*, 15(1), 4-12. <https://aqrp-sm.org/publications-de-laqrp/revue-le-partenaire/publications-libres/volume-15-no-1-printemps-2007/>
- Rabeyron, T. (2017). Médiations thérapeutiques et processus de symbolisation : de l'expérience sensible à la modélisation. *L'Évolution psychiatrique*, 82, 351-364. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.01.001>
- Ritchie, S. D., Patrick, K., Corbould, G. M., Harper, N. J. et Oddson, B. E. (2016). An environmental scan of Adventure Therapy in Canada. *Journal of Experiential Education*, 39(3), 303-320. <https://doi.org/10.1177/1053825916655443>
- Roussillon, R., Brun, A., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., Ravit, M., Roman, P. et Talpin, J. M. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (3^e éd.). Elsevier Masson.
- Ruffalo, M. L. (2019). Understanding schizophrenia: Toward a unified biological and psychodynamic approach. *Psychoanalytic Social Work*, 26(2), 185-200. <https://doi.org/10.1080/15228878.2019.1616570>
- Russell, K. C. (2008). Adolescent substance-use treatment: Service delivery, research on effectiveness, and emerging treatment alternatives. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 2(2-4), 68-96. <https://doi.org/10.1080/15560350802081264>

- Sabouret, E. (2006). L'adolescent malade : quelle guérison pour le corps? *L'Évolution psychiatrique*, 71, 311-330. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2006.04.003>
- Saint-André, S., Richard, Y., Doukouré, M., Caraes, P., Porchel, G. et Lazartigues, A. (2011). Activités à médiation : de l'occupationnel au thérapeutique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, 59, 169-175. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.09.007>
- Sassolas, M. (1981). Les schizophrènes et nous : parcours psychothérapeutiques et points de repère analytiques. *Entrevues*, 1, 49-59.
- Sassolas, M. (2009). *La psychose à rebrousse-poil*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.sasso.2009.03>
- Sassolas, M. (2018). La réalité quotidienne comme outil thérapeutique. *Perspectives Psy*, 57(2), 97-101. <https://doi.org/10.1051/ppspsy/2018572097>
- Schell, L., Cotton, S. et Luxmoore, M. (2012). Outdoor adventure for young people with a mental illness. *Early Intervention Psychiatry*, 6(4), 407-414. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00326.x>
- Séguin-Green, C. (2017). *La thérapie d'aventure auprès des jeunes adultes psychotiques: la perspective des intervenants accompagnateurs* [thèse de spécialisation inédite]. Université du Québec à Montréal.
- Solli, H. P. et Rolvsjord, R. (2015). "The opposite of treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 67-92. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>
- Tamminga, C. A. et Ivleva, E. I. (1995). Toward a dimensional understanding of psychosis and its treatment. Dans G.O. Gabbard (Dir.), *Gabbard's treatments of psychiatric disorders* (5^e ed., p.157-167). American Psychiatric Publishing.
- Tucker, A. R., Javorski, S., Tracy, J. et Beale, B. (2013). The use of Adventure Therapy in community-based mental health: Decreases in problem severity among youth clients. *Child & Youth Care Forum*, 42(2), 155-179. <https://doi.org/10.1007/s10566-012-9190-x>
- van Os, J., Rutten, B. P., et Poulton, R. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: Review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1066-1082. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn117>

- van Os, J., Kenis, G. et Rutten, P. F. B. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203-212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. et Bentall P. R. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/sschbul/ls/sbbss005500>
- Vass, V., Sitko, K., West, S. et Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: The role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*, 9(3), 235-244. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1300184>
- Voruganti, N. P., Whatham, J., Bard, E., Parkey, G., Babbey, C., Ryan, J., Lee, S. et MacCrimmon, D. J. (2006). Going beyond: An adventure and recreation based group intervention promotes well-being and weight loss in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 575-580. <https://doi.org/10.1177/070674370605100905>
- White, C., Stirling, J., Hopkins, R., Morris, J., Montague, L., Tantam, D. et Lewis, S. (2009). Predictors of 10-year outcome of first-episode psychosis. *Psychological Medicine*, 39(9), 1447-1456. <https://doi.org/10.1017/S003329170800514X>
- Whitehorn, D., Brown, J., Richard, J., Rui, Q. et Kopala, L. (2009). Multiple dimensions of recovery in early psychosis. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 273-283. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016914>
- Williams, I. (2004). Adventure Therapy or Therapeutic Adventure? Dans S. Bandoroff et S. Newes (dir.), *Coming of age: The evolving field of adventure Therapy* (p. 195-208). Association for Experiential Education.
- Windell, D. L., Norman, R., Lal, S. et Malla, A. (2015). Subjective experiences of illness recovery in individuals treated for first-episode psychosis. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1069-1077. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1006-x>
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1974). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard.

- Wood, L. et Alsawy, S. (2018). Recovery in psychosis from a service user perspective: A systematic review and thematic synthesis of current qualitative evidence. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 793-804. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0185-9>
- Zammit, S., Lewis, G., Rasbash, J., Dalman, C., Gustafsson, J-E. et Allebeck, P. (2010). Individuals, schools, and neighborhood: A multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 914-922. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.101>
- Zubin, J. et Spring, B. (1977). Vulnerability—a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>