

Stéphanie Haymoz

**Développement d'un programme d'intervention basé sur le modèle de
l'Ouverture Emotionnelle et évaluation de son impact sur le
traitement affectif**

Thèse de doctorat présentée devant la
Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg (Suisse)

Approuvé par la Faculté des Lettres sur proposition des
Professeurs Dr Michäel Reicherts et Dr Chantal Martin Sölch

Fribourg, le 21 novembre 2013
Le Doyen, Prof. Dr Marc-Henry Soulet

Remerciements

Ce travail marque l'aboutissement d'un parcours qui a été pour moi très riche et stimulant. L'enthousiasme et le plaisir ressentis durant l'accomplissement de ma thèse n'auraient été possibles sans la présence de certaines personnes, dont je tiens particulièrement à remercier.

Mes premiers remerciements vont au Professeur Michaël Reicherts pour m'avoir donné la chance de découvrir la passion de la recherche en travaillant sur son modèle du traitement affectif, pour ses précieux conseils et feedbacks d'expert, pour sa collaboration dans ce projet fascinant, pour les discussions stimulantes partagées avec moi et finalement, pour son soutien et son écoute. Sans tous ces ingrédients, je n'aurais pu mener à bien ce projet et surtout, je n'aurais éprouvé une telle joie à le faire.

Mes remerciements vont également au Professeur Chantal Martin Sölch pour avoir mis à ma disposition les conditions de travail propices à la réalisation de ce projet, ses précieux encouragements, son soutien et ses conseils, mais aussi pour son enthousiasme fort motivant et communicatif concernant la recherche.

Je tiens également à témoigner toute ma gratitude au Professeur Dominik Schöbi pour le temps qu'il m'a accordé afin d'éclairer mes connaissances sur les analyses multi-niveaux. Ses talents d'enseignant et les conseils fournis m'ont permis de répondre au mieux aux questions de ma recherche.

Je tiens ensuite à remercier tous les participants qui ont pris part à notre étude, sans lesquels je n'aurais pu évaluer l'influence du programme présenté dans ce travail. Je leur suis très reconnaissante du temps qu'ils y ont consacré et de leur engagement exceptionnel.

Je souhaite remercier les étudiants qui, dans le cadre de leur mémoire de Master, ont conduit avec beaucoup d'engagement les groupes dans lesquels nous avons testé notre intervention. Plus particulièrement, je remercie Romina Evelyn Recabarren, Alessandra Gerber et Anjolie Muth pour leur investissement considérable ainsi que leur aide précieuse et chaleureuse dans la supervision de la dernière volée de conseillers.

Je remercie aussi tous mes collègues, anciens et actuels, pour le climat de travail fort stimulant et sympathique qu'ils ont su créer. Merci pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de ce parcours. Merci également à Catherine Hulmann et à Tatiana Walther pour leur soutien logistique dans la programmation des ordinateurs de poche utilisés dans cette étude.

Je remercie ensuite mes parents pour leur aide et leur important soutien moral, mais aussi pour me faire bénéficier de l'incroyable chance de savoir que je peux toujours compter sur eux.

Mes remerciements chaleureux vont également à Elisabeth et Jeannot pour toutes les touchantes attentions qu'ils ont à mon égard, leur présence, leur soutien et leur don de toujours savoir comment faire plaisir.

Ensuite, je souhaite particulièrement remercier Ralph pour la relecture de ce travail, mais surtout pour son aide continue et son soutien important dans mes projets. Je le remercie pour l'énergie et l'élan qu'il me donne ainsi que pour le bonheur qu'il m'apporte au quotidien.

Finalement, je souhaite remercier tous ceux qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de ce travail.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	4
Résumé	6
Abstract	7
Introduction	8
1. Considérations théoriques sur le vécu et le traitement affectifs	9
1.1. Vécu affectif : définitions des principaux concepts et conceptions théoriques sous-jacentes	9
1.2. Traitement affectif : mise en exergue des processus impliqués	15
2. Ouverture Emotionnelle	20
2.1. Dimensions de l’Ouverture Emotionnelle	23
2.1.1. Représentation conceptuelle des émotions	23
2.1.2. Perception des indicateurs corporels internes et externes	24
2.1.3. Communication et expression des émotions envers autrui	25
2.1.4. Régulation des émotions	25
2.1.5. Restrictions normatives de l’affectivité	26
2.2. Distinctions conceptuelles	26
2.2.1. L’alexithymie	26
2.2.2. L’intelligence émotionnelle	28
3. Régulation des émotions	31
3.1. Définition du concept	31
3.2. Stratégies de régulation des émotions	35
3.3. Fonctionnalité des stratégies de régulation des émotions	42
3.4. Mesures de la régulation des émotions : Description de l’inventaire de techniques de régulation des émotions - DOE-IT	44
4. Vécu et traitement affectif : Liens avec la santé physique et psychique et la psychopathologie	59
4.1. Liens avec la santé physique et psychique	59
4.1.1. Mécanismes biopsychologiques impliqués dans le vécu et le traitement émotionnels	61
4.2. Liens avec les difficultés psychiques et la psychopathologie	66
5. Interventions ciblant le vécu et le traitement affectifs : principes et exemples	70
5.1. Techniques psychothérapeutiques versus actions personnelles	70
5.2. Approches psychothérapeutiques ciblant le traitement affectif	71
5.1.1. Approches expérientielles	73
5.1.2. Approches cognitivo-comportementales	75
5.2. Programmes visant des interventions sur le vécu et le traitement affectifs en dehors du contexte clinique	87
6. Développement des modules d’intervention basés sur les dimensions de l’Ouverture Emotionnelle	91
6.1. Description des séances groupales	93
6.1.1. Séance d’introduction	94
6.1.2. Séance sur la représentation cognitive des émotions	95
6.1.3. Séance sur la perception des indicateurs corporels internes et externes	97
6.1.4. Séance sur la communication des états affectifs	98
6.1.5. Séances sur la régulation des émotions	100
7. Recherche en intervention : considérations méthodologiques et indicateurs d’efficacité ..	106
7.1. Considérations méthodologiques	106

7.2. Indicateurs d'efficacité	108
7.2.1. Critères d'évaluation en recherche en intervention	109
7.2.2. Les indicateurs du bien-être	111
7.2.3. Les facteurs thérapeutiques en intervention groupale	112
7.2.4. Mécanismes d'apprentissage et d'acquisition	117
8. Questions et hypothèses de recherche	121
8.1. Objectif principal.....	121
8.2. Hypothèses portant sur le traitement affectif	121
8.2.1. Hypothèses opérationnelles portant sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant que traits.....	122
8.2.2. Hypothèses opérationnelles portant sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états	124
8.2.3. Hypothèses opérationnelles relatives aux registres de stratégies de régulation des émotions	125
8.3. Hypothèses portant sur la qualité de vie.....	126
9. Méthode.....	128
9.1. Considérations méthodologiques relatives à la partie quasi-expérimentale de notre recherche (étape 2)	130
9.2. Considérations méthodologiques relatives à la partie expérimentale de notre recherche (étape 3).....	132
9.3. Instruments	133
9.3.1. Questionnaire de screening : le SCL-27.....	135
9.3.2. Questionnaires auto-rapportés	135
9.3.3. Auto-observations quotidiennes	145
9.3.4. Questionnaires additionnels	147
10. Résultats	155
10.1. Résultats portant sur le traitement affectif	155
10.1.1. Les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (en tant que traits).....	155
10.1.2. Les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (en tant qu'états auto-observés).	167
10.1.3. Des registres de stratégies de régulation des émotions	169
10.2. Résultats portant sur les dimensions du WHOQOL-Bref	191
11. Discussion	195
11.1. Discussion des principaux résultats et implications théoriques	195
11.1.1. L'Ouverture Emotionnelle en tant que traits.....	195
11.1.2. L'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états	206
11.1.3. Les registres de stratégies de régulation des émotions.....	211
11.1.4. La qualité de vie	216
11.2. Critères d'évaluation	219
11.3. Discussion des critères de validité	223
11.3.1. Validité interne	223
11.3.2. Validité externe	224
11.3.3. Validité des variables	226
11.3.4. Validité statistique.....	229
11.4. Implications et perspectives	232
12. Conclusion.....	234
Bibliographie.....	236
Annexes	277

Résumé

Contexte théorique : L'importance du traitement affectif est actuellement largement reconnue, notamment dans les domaines de la santé physique et psychique. C'est pourquoi, nous avons développé un programme d'intervention manualisé de six séances explicitement basé sur un modèle du traitement émotionnel empiriquement validé, le modèle de l' « Ouverture Emotionnelle », dans le but d'influencer positivement le traitement affectif et indirectement, la qualité de vie des participants. *Méthode* : Les 102 adultes « tout-venant » de notre recherche ont été assignés dans les conditions contrôles (*i.e.* sans intervention ou en attente d'intervention) ou expérimentales (*i.e.* avec intervention). Puis, ils ont répondu à trois reprises (*i.e.* pré-test, post-test et suivi) à des questionnaires portant sur le traitement affectif, évalué notamment par le DOE-trait (Reichert, 1999b, 2007) et le DOE-IT (Reichert & Haymoz, 2011), ainsi que sur la qualité de vie, mesurée par le WHOQOL-Bref (Skevington, Lofty, & O'Connell, 2004). Les participants bénéficiant du programme d'intervention ont également coté leur affectivité plusieurs fois par jour au moyen du DOE-*self-monitoring*, servant à la fois d'outil de mesure et d'apprentissage. *Résultats* : La comparaison des deux conditions entre les trois points de mesure montre un effet multi-varié significatif de notre intervention sur toutes les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle prises ensemble. Le détail des résultats met en exergue un changement positif dans la capacité à pouvoir distinguer ses états affectifs et à se les représenter précisément (REPCOG) ainsi que dans la régulation des émotions (REGEMO), évaluées par le DOE-trait. En ce qui concerne l'*usage* et l'*efficacité* des stratégies de régulation des émotions exercées en séance et évaluées par le DOE-IT, nous observons un changement positif dans l'usage de l' « acceptation » et de la « détente mentale » face à un affect négatif, dans l'efficacité perçue quant à l'usage de la « détente mentale » pour la gestion d'un affect négatif ainsi que de la « détente corporelle » pour un affect positif. Finalement, les résultats obtenus au DOE-*self-monitoring* mettent en évidence une évolution positive entre les points de mesure de la tendance à réguler ses émotions afin de les augmenter ou les maintenir (REGEMO_up) et à percevoir les indicateurs corporels externes accompagnant le vécu affectif (PEREXT). En outre, les résultats n'indiquent aucune influence de notre intervention sur la qualité de vie des participants. *Conclusion* : Les résultats révèlent globalement un impact positif de notre programme sur les dimensions susmentionnées, malgré l'absence de résultats significatifs sur la qualité de vie. Au regard de ces résultats encourageants, nous souhaitons adapter notre programme à des échantillons cliniques, dont les difficultés en termes de traitement affectif sont régulièrement reportées.

Abstract

Theoretical background: The importance of emotional processing is now widely recognized, particularly in the fields of physical and mental health. This is why we developed an intervention program based on the dimensions of the empirically validated model of “Emotional Openness”. This treatment program involved six manual-based sessions and was intended to enhance affect processing and, indirectly, the quality of life of the participants. *Method:* The 102 none clinical adults of our research were randomly assigned to control conditions (*i.e.* “control group”/“waiting list group”) or to an experimental one (*i.e.* “intervention group”) and assessed three times (pre-test, post-test and follow-up). We used questionnaires relating to affective processing, assessed by the DOE-trait (Reicherts, 1999, 2007) and the DOE-IT (Reicherts & Haymoz, 2011), and the quality of life, assessed by the WHOQOL-Bref (Skevington, Lofty, & O’Connell, 2004). Furthermore, participants benefiting from the intervention program assessed their affectivity daily with the DOE-*self-monitoring*, used both as a measurement and as a learning tool. *Results:* The comparison of both conditions between the three measure points shows significant multivariate effect of our intervention on all the dimensions of the Emotional Openness taken together. The detail of the results highlights a positive change in the cognitive representation of emotional states (REPCOG) and regulation of emotions (REGEMO) as well as in the regulation of emotions as measured by the DOE-trait. In the *use* and the *efficacy* of the strategies of emotion regulation taught during the sessions and assessed by the DOE-IT, we observe a positive change in the use of “acceptation” and “mental relaxation” as well as in the efficacy of “mental relaxation” to regulate negative affects and “bodily relaxation” to manage positive affects. Finally, the results obtained in the DOE-*self-monitoring* highlight a positive evolution between the three measurement points of the tendency to up-regulate the affective states (RGEMO-up) and to perceive the external physical indicators associated with an emotion (PEREXT). We observed no influence of our intervention on the participants’ quality of life. *Conclusion:* The results overall reveal a positive influence of our intervention on the dimensions measured, although no significant improvement on the quality of life. Given these encouraging results, we wish to adapt our program to further clinical samples, in which the difficulties in terms of emotional processing are more pronounced.

Introduction

La régulation des émotions, et de manière plus générale le traitement affectif, ont une place primordiale autant dans la thématique de la santé physique et psychique (*e.g.* Gross, 2007 ; Gross & Muñoz, 1995 ; Sapolsky, 2007) que dans celle de la psychopathologie (*e.g.* Gross & Muñoz, 1995 ; Reicherts, Genoud, & Zimmermann, 2012). Différentes interventions ciblant le fonctionnement émotionnel ont vu le jour pour des groupes de patients et des « tout-venant ». Cependant, ces interventions ont généralement tendance à compléter un traitement de base par un accent sur les états ou le traitement affectif, plutôt que de le cibler explicitement, et ne reposent habituellement pas sur un modèle spécifique et validé du traitement affectif. Nous avons alors développé un programme d'intervention, sur la base du modèle de l'Ouverture Emotionnelle (Reicherts, 1999b, 2007 ; Reicherts, Genoud, & Zimmermann, 2011), reposant sur des modules manualisés destinés à des participants « tout-venant ». Nous souhaitons au travers de cette intervention permettre aux participants d'accroître leurs compétences en termes d'Ouverture Emotionnelle, dont les dimensions du modèle ont été mises en lien avec la santé physique et psychique notamment (pour une revue de littérature, voir Reicherts, Genoud, & Zimmermann, 2012). Nous nous intéressons dès lors à évaluer l'influence de notre programme d'intervention sur les registres du traitement affectif ainsi que sur l'utilisation et l'efficacité perçue de différentes stratégies de régulation des émotions et particulièrement l'acceptation, la réévaluation et la détente mentale ainsi que corporelle, qui ont fait l'objet d'un travail spécifique au sein de nos modules. Nous évaluerons également les effets positifs de notre programme sur les dimensions physique et psychologique de la qualité de vie.

Parallèlement à l'intervention groupale, nous avons développé un outil permettant d'évaluer la *fréquence* et l'*efficacité perçue* des stratégies dont font usage les sujets « tout-venant » pour réguler leurs états affectifs *positifs* et *négatifs*. Cet outil a été développé à la fois comme instrument de travail intégré aux modules d'intervention mais également comme outil de mesure dans le cadre de notre recherche. Nous souhaitons le présenter ainsi qu'exposer ses principales propriétés psychométriques.

“Man constructed a science of numbers, of the stars, of molar and molecular masses, of plants, of stones, and of creeping things, before he realized that he was himself an object capable of receiving scientific attention.”

Thomas, 1896 (in Forsyth & Burnette, 2005, p.5)

1. Considérations théoriques sur le vécu et le traitement affectifs

Depuis une vingtaine d'années, l'intérêt pour la thématique des émotions et du traitement émotionnel n'a cessé de prendre de l'ampleur (Cacioppo, 2003), allant notamment de pair avec la reconnaissance du rôle majeur du traitement affectif dans la santé physique et psychique (Gross, 2007 ; Gross & Muñoz, 1995), la psychopathologie et la prévention des rechutes (Gross & Muñoz, 1995). Les sciences affectives connaissent depuis lors un développement important tant au niveau théorique que méthodologique. Etant donné que le vécu affectif et le traitement émotionnel portent sur différents phénomènes affectifs proches et souvent confus (Scherer, 2005), nous définissons brièvement les principaux phénomènes affectifs, à savoir l'affect, le noyau affectif, l'émotion, l'humeur et l'épisode émotionnel.

1.1. Vécu affectif : définitions des principaux concepts et conceptions théoriques sous-jacentes

Scherer (2005) définit l'*affect* comme étant une catégorie super-ordonnée regroupant tous les états de valence positive et négative, tels que les émotions, les épisodes émotionnels ou encore les humeurs que nous définissons ci-dessous. Nous pouvons alors considérer l'affect comme étant un terme englobant tout ce qui est vécu et ressenti par une personne, que ce soit plaisant ou déplaisant, de différents niveaux d'intensité, durée et déclencheurs ou patterns d'activation (Gray & Watson, 2007, in Humrichouse, Chmielewski, McDade-Montez, & Watson, 2007).

Le *noyau affectif* (*core affect*) est ce qui se trouve au cœur même de tout événement émotionnellement chargé, s'agissant de l'état neurophysiologique le plus élémentaire

accessible à la conscience, un simple sentiment brut pouvant être précisé en terme de valence (plaisir-déplaisir) et d'activation (fortement ou faiblement activé) (Russell, 2003 ; Russell & Feldman Barrett, 1999).

L'*émotion* est, au contraire, de forte intensité. Elle se distingue également des autres états affectifs par sa durée plus courte, le fait qu'elle soit provoquée par des événements (internes ou externes à l'organisme) évalués comme pertinents et significatifs par l'individu ou son organisme et qu'elle possède une fonction adaptative (Scherer, 2005). Au-delà de ces caractéristiques, nous définissons l'émotion au regard du modèle de Scherer (2005 ; « *component process of emotion* »), dans lequel il propose de considérer l'émotion comme un construit psychologique comprenant cinq composantes qui ont différentes fonctions et qui renvoient chacune d'elles à des sous-systèmes organiques et à des fonctions spécifiques intervenant dans l'adaptation de l'individu à la situation ou à l'événement déclencheur du processus émotionnel que nous allons détailler ci-dessous (Scherer, 2001, 2005). L'émotion est alors un épisode de changements inter-reliés et synchronisés au niveau de différents systèmes ou composantes et en réponse à des événements qui requièrent une importance significative pour l'organisme (Scherer, 1987, 2005). Les fonctions de ces composantes sont :

1. La *composante cognitive* permet l'évaluation des objectifs et des événements internes ou externes à l'organisme. Nous partons du principe que c'est la manière dont une personne évalue une situation qui donne lieu à l'émotion et qui détermine sa qualité et son intensité, plutôt que la situation elle-même (Siemer, Mauss, & Gross, 2007). Une situation se voit alors conférer une signification émotionnelle (« évaluation émotionnelle » ; « *emotional appraisal* ») suite à différentes évaluations séquentielles. Scherer (1994a, 1994b) a identifié cinq dimensions fondamentales (*i.e.* évaluation de la nouveauté, de la valence, du rapport au but, du potentiel de maîtrise et du potentiel d'accord avec les normes) et des sous-dimensions. Par conséquent, les émotions sont déterminées par une séquence d'évaluations dont les différentes combinaisons des dimensions et facettes permettent une gamme subtile et quasi infinie d'émotions (Philippot, 2007a). Notons que les dimensions mises en évidence par Scherer ont de nombreuses similitudes avec celles présentées par d'autres auteurs (*e.g.* Frijda, 1986, 1989, 1994 ; Roseman, 1991, in Philippot, 2007a ; Ellsworth, 1994) et qu'elles sont à la fois un produit des processus automatiques et conscients selon la signification accordée à la situation (*e.g.* Mascolo, Fischer, & Li, 2003; Scherer, 2003 ; Öhman, 1997, 1999,

in Scherer, 2003 ; Öhman & Wiens, 2003). Précisons encore que les évaluations ne sont pas considérées comme des déclencheurs qui précèdent ou causent l'émotion mais comme faisant partie de l'expérience émotionnelle en tant que telle.

2. La composante *neurophysiologique* a pour fonction d'assurer la régulation neurophysiologique de l'organisme. C'est-à-dire, dans le cas où la tendance à l'action est suffisamment activée (*cf.* ci-dessous), des réponses émotionnelles sont déclenchées, telles que des changements physiologiques (*e.g.* changements dans les systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire), modifiant les réponses psychophysiologiques, telles que les réflexes, l'activité cardiovasculaire, électrodermale, gastro-intestinale ou pupillaire (Cacioppo, Tassinary, & Berntson, 2000, in Hamm, Schupp, & Weike, 2003), mais aussi des niveaux d'hormones, de cellules immunitaires et d'anticorps (Maier & Watkins, 1998, in Hamm, Schupp, & Weike, 2003).
3. La composante *motivationale* prépare et dirige l'action (*cf.* *action tendencies* ; Frijda, 1986) dans le but de faciliter certains patterns réactionnels pour agir adéquatement et rapidement. Plus précisément, l'activation de la signification émotionnelle permet à l'organisme de se préparer à réagir de manière immédiate et dans toutes ses composantes dans le but de faire face à la situation émotionnellement chargée. Les tendances à l'action peuvent alors se définir comme étant des dispositions internes à effectuer des actions ou certains changements relationnels avec son environnement. Des profils d'évaluation émotionnelle spécifiques activeraient de manière automatique les tendances à l'action correspondantes (Frijda, Kuipers, & Ter Schure, 1989, in Philippot, 2007). Bien que ces tendances à l'action constituent un bagage émotionnel inné, les apprentissages et les expériences émotionnelles de l'individu vont personnaliser ce bagage ; ce qui explique que certaines tendances à l'action s'activent plus facilement que d'autres chez certaines personnes.
4. La composante de l'*expression motrice* permet à l'individu d'exprimer ses réactions et de communiquer ses intentions comportementales. Par exemple, elle se caractérise par des modifications musculaires sur le visage, autorisant ainsi une communication non verbale de l'affect.

5. Finalement, la composante du *sentiment subjectif* (*subjective feeling component*) agit comme un dispositif de contrôle permettant de surveiller l'interaction entre l'état interne de l'individu et son environnement externe. Il s'agit de l'expérience émotionnelle qui va permettre à celui qui vit une émotion de se sentir dans un état particulier (Scherer, 2005).

Ces fonctions de l'émotion vont alors avoir une influence sur différents processus, tels que la prise de décision (Baumeister, Zell, & Tice, 2007 ; Loewenstein & Lerner, 2009), la détection du danger, la mémoire des événements importants (McGaugh & Cahill, 2009) ou encore sur notre manière de guider nos interactions sociales (pour un aperçu, voir Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nélis, 2009).

Dans le contexte d'une approche psychothérapeutique, la « thérapie centrée sur les émotions » (« *emotion focused therapy* »), Greenberg (2007) a identifié quatre modes principaux d'expérience et d'expression émotionnelles, à savoir 1) l'émotion primaire adaptative, s'agissant des réponses émotionnelles directes correspondant à une évaluation réaliste de la situation (*i.e.* activation des tendances à l'action), dont l'expression est saine et à encourager, 2) l'émotion primaire non adaptée, dans le cas où les réponses émotionnelles primaires sont dysfonctionnelles suite à une évaluation émotionnelle ne correspondant pas aux enjeux réels de la situation, 3) l'émotion secondaire, qui se présente en réponse à une émotion primaire ou à des pensées, faisant écran à ce que la personne ressent ou encore, 4) les émotions instrumentales, non réellement ressenties par l'individu, mais exprimées dans le but d'avoir une influence sur son entourage. Malgré leur valeur heuristique et leur intérêt dans le domaine clinique notamment, ces concepts ne sont pas encore bien étayés empiriquement, du fait de leur « architecture » complexe rendant toute recherche difficile.

Les *humeurs* sont considérées comme des « états affectifs diffus, caractérisés par une prédominance d'une certaine durée de certains types d'expérience émotionnelle qui affectent l'expérience et le comportement d'une personne »¹ (Scherer, 2005, p. 705). Les humeurs peuvent survenir sans cause apparente, pouvant découler d'une variété de processus endogènes tels que le rythme circadien (Watson & Clark, 1994), mais peuvent également être liées

¹ Traduction libre de Scherer (2005, p.705): "Generally, moods are considered as diffuse affect states, characterized by a relative enduring predominance of certain types of subjective feelings that affect the experience and behaviour of a person".

directement à une situation particulière ou à un objet. Ainsi, il est tout à fait possible qu'une émotion particulière évolue en humeur. Les humeurs sont généralement de basse, voire de moyenne intensité et peuvent durer plusieurs heures ou jours (Rottenberg, 2007 ; Scherer, 2005). Représentant les aspects subjectifs d'une expérience, elles agissent principalement sur les sentiments et les cognitions (*i.e.* qualité évaluative) et non sur l'aspect physiologique et comportemental, comme c'est le cas pour les émotions. Cependant, tout comme les émotions, elles varient en termes de valence, étant soit de nature positive ou négative (Larsen, 2000).

Il est à noter que les émotions et les humeurs, en plus d'avoir de nombreuses similarités, ne s'excluent pas mutuellement. Ainsi, les deux peuvent s'influencer par des processus similaires et partager certaines composantes (Clark & Watson, 1994). En effet, les émotions peuvent amener la personne à ressentir une certaine humeur et une humeur avoir la propriété d'altérer la probabilité qu'une émotion particulière ne soit activée (Humrichouse, Chmielewski, McDade-Montez, & Watson, 2007). Les recherches utilisant la méthodologie de l'« évaluation ambulatoire » (« *ambulatory assessment* » ; Fahrenberg, Myrtek, Pawlik, & Perrez, 2007, in Reicherts, Genoud, & Zimmermann, 2011 ; Reicherts, Salamin, Maggiori, & Pauls, 2007) ont mis en évidence que notre quotidien se caractérise le plus souvent par le vécu d'humeurs (*moods*) et plus rarement par celui d'émotions ou d'épisodes émotionnels.

Un autre aspect conceptuel important à relever propres aux émotions et aux humeurs, ou plus précisément à la structure de l'expérience affective, est la distinction entre l'approche catégorielle et dimensionnelle de l'affectivité. La première approche, dite encore spécifique ou discrète, découle du postulat qu'il existe un nombre limité d'émotions, appelées « primaires » ou « de base », dont leur rôle adaptatif est souligné, identifiables par certaines caractéristiques encore discutées (Ekman, 1992). En effet, elles seraient 1) accompagnées de signaux émotionnels spécifiques et universels et 2) d'un pattern de réponses physiologiques spécifiques, 3) présentes chez d'autres primates, 4) associées à des stimuli déclencheurs universels distincts, 5) composées de réponses émotionnelles ou de composantes convergentes, 6) rapidement déclenchées, 7) de durée limitée, 8) évaluées de manière automatique ou encore, 9) caractérisées par une survenue spontanée. Il est à noter qu'il n'y a pour l'instant pas de consensus en ce qui concerne une taxonomie des émotions primaires, bien que la plupart des modèles incluent la colère, le dégoût, la peur, la tristesse, l'intérêt, la joie et la surprise (Watson, 2000, in Humrichouse, Chmielewski, McDade-Montez, & Watson, 2007 ; Ekman, 1992 ; Izard, 1971, in Ekman, 1992 ; Tomkins, 1962, in Ekman, 1992). De plus, en interaction les unes avec les

autres, les émotions discrètes donnent naissance à des états émotionnels secondaires ou tertiaires, à savoir des émotions mixtes ou complexes (*e.g.* l'amour découle de l'interaction entre la joie et l'intérêt) (Watson & Clark, 1994). Comme mentionné ci-dessus, le terme « émotions primaires » est également utilisé par Greenberg (2007), mais dont la signification diffère quelque peu.

La seconde approche dite dimensionnelle ou continue postule l'existence de dimensions sous-jacentes à la source des états affectifs. Wundt (1905, in Scherer, 2005) avait ainsi décrit les émotions en les positionnant sur un espace à trois dimensions, à savoir la valence (positive vs négative), l'activation (calme vs excité) ainsi que l'intensité (tendu vs relaxé). Une majorité de théoriciens se sont par la suite limités aux dimensions que sont la valence et l'activation, donnant lieu aux modèles à deux facteurs (*e.g.* Russell, Weiss, Mendelsohn, 1989 ; Watson & Tellegen, 1999). Cette méthode permet de comparer des individus partageant un point commun sur l'espace Valence-Activation.

Ces deux approches pouvant être complémentaires, Tellegen et collaborateurs (1999) ont souhaité établir un modèle en trois niveaux (« modèle hiérarchique intégré ») comprenant les caractéristiques essentielles des deux approches. Souhaitant également rendre compte de cette complémentarité, nous considérerons les deux approches dans notre recherche, en évaluant l'affectivité au quotidien des participants selon les deux méthodes de mesure de la structure de l'affectivité.

Finalement, un *épisode émotionnel* se définit comme étant « un événement qui compte comme un membre d'une catégorie d'émotion »², donc qui se rapproche d'une des catégories données d'émotion (Russell, 2003, p. 151). Russell (2003) parle d'épisode émotionnel prototypique dans le cas où l'événement correspond au prototype, donc à la structure cognitive comportant tous les ingrédients typiques, les connections causales et l'ordre temporel pour chaque concept émotionnel, coïncidant parfaitement avec une catégorie donnée de l'émotion, telle que le label « peur » par exemple. L'épisode émotionnel prototypique se réfère alors à ce que les personnes considèrent le plus clairement comme faisant partie d'une émotion donnée, tel que le fait de fuir de terreur devant un ours (Russell & Feldman Barrett, 1999). Par conséquent, ces épisodes

² Traduction libre de Russell (2003, p.151): “An emotional episode is an event that counts as a member of an emotion category, such as that labeled fear.”

sont relativement rares. Ajoutons également que l'épisode émotionnel est un processus impliquant des changements déployés dans tous ses sous-systèmes coordonnés (Russell & Feldman Barrett, 1999) et, à la différence du noyau affectif, est en lien avec un objet.

D'autres auteurs parlent de l'épisode émotionnel en le définissant comme étant une séquence d'émotions contingente aux différentes perspectives adoptées par l'individu de durée généralement étendue (*i.e.* des heures, voire des jours) (Frijda, 1986). En effet, différentes émotions vont se succéder, pouvant être distinctes ou de même type, présenter une trajectoire croissante ou décroissante (*i.e.* amplitude d'intensité) et encore alterner dans leur valence (positive vs négative). Il est à noter que ces émotions peuvent aussi devenir des humeurs, lorsque la focalisation n'est plus portée sur un objet et devient diffuse.

1.2. Traitement affectif : mise en exergue des processus impliqués

Les distinctions conceptuelles liées au vécu affectif ayant été abordées, nous souhaitons introduire le traitement émotionnel (*emotional processing*), nous permettant non seulement d'« avoir » une émotion, mais également de pouvoir l'« utiliser » et de lui « donner un sens » (Greenberg, 2004) ou de la « modifier ». Comme le souligne Reicherts et collaborateurs (2011), c'est par ces processus que se manifestent la survenue, le déploiement, l'expression ou la régulation des émotions, et ceci dans différents registres, à savoir le registre cognitivo-expérientiel, corporel (moteur, psycho- et neurophysiologique) et social.

Rachman (1980) a été le premier à présenter le concept de traitement émotionnel en le définissant d'abord comme étant un « processus par lequel une perturbation émotionnelle est absorbée et décline pour que d'autres expériences et comportements puissent se produire sans interruption »³. Ce concept a ensuite été élargi avec l'intégration des influences cognitives (« *cognitive emotional processing* ») (Rachman, 2001) puis modélisé par Baker et collaborateurs (2001, 2007). Ces derniers présentent le modèle comme suit. Premièrement, et en guise de prérequis pour qu'une expérience émotionnelle puisse survenir, un événement requérant une signification pour l'individu ou son organisme (« l'*input* ») est, consciemment ou non, enregistré par l'individu. Cet événement, bien que significatif pour l'individu ou son

³ Traduction libre de Rachman (1980, p.51): « Emotional processing is regarded as a process whereby emotional disturbances are absorbed, and decline to the extent that other experiences and behaviour can proceed without disruption » (p.51)

organisme, peut varier en importance et également consister en des souvenirs ou des pensées relatifs à un événement émotionnellement chargé. Suit une *évaluation cognitive*, se produisant parfois de nature inconsciente et rapide, sur la signification de cet événement. L'événement émotionnel et la signification que la personne lui accorde vont déterminer le type d'émotion qui sera vécu, à savoir l'*expérience émotionnelle*, considérée comme étant la phase centrale du modèle. Rappelons que l'individu ressent une émotion comme un tout psychologique et, de manière automatique et souvent inconsciente, va libeller cet état psychologique, le lier à l'événement qui l'a généré avec un certain degré de conscience par rapport à ce dernier et les sensations physiques qui l'accompagnent. Finalement, l'*expression émotionnelle*, l'« output » du modèle, se réfère à tout ce que la personne va révéler, consciemment ou non, de son expérience émotionnelle.

Comme indiqué ci-dessus, certains problèmes peuvent survenir aux différentes étapes du traitement du vécu affectif (Baker *et al.*, 2001, 2007). Par exemple, 1) lors de l'encodage de l'événement, les problèmes pourraient concerner a) l'incapacité d'encoder, b) l'émergence d'interprétations erronées ou encore, c) un évitement actif de la situation déclenchante, 2) lors de l'expérience émotionnelle les problèmes se référeraient davantage à a) un échec de vivre l'émotion comme un tout psychologique (« *Gestalt* »), b) un manque de conscience de cette expérience émotionnelle ou à l'inverse, de la ressentir de manière trop prononcée à cause d'un input exagéré, comme c'est le cas notamment chez un sujet doté d'une structure de personnalité paranoïde qui aura tendance à interpréter des gestes innocents comme étant des menaces, c) à une difficulté à identifier et libeller l'état affectif et à le distinguer des sensations corporelles (« alexithymie ») ou encore d) à une incapacité à lier les émotions aux situations déclenchantes. Finalement, 3) lors de l'expression émotionnelle, les problèmes incluraient a) des valeurs et croyances négatives concernant l'expression des émotions (*e.g.* « Un homme ne doit pas pleurer. ») ou b) une incapacité à contrôler des émotions fortes. Ces exemples soulignent encore une fois l'importance de la compréhension du traitement émotionnel dans la conception et le traitement de différents problèmes et troubles psychiques.

La figure qui suit fait référence au modèle de Baker et collaborateurs (2007) et à la modélisation présentée par Salamin (2010), ciblant le traitement affectif en lien avec les troubles somatoformes. Elle intègre également d'autres concepts marquant une importance centrale dans ce travail.

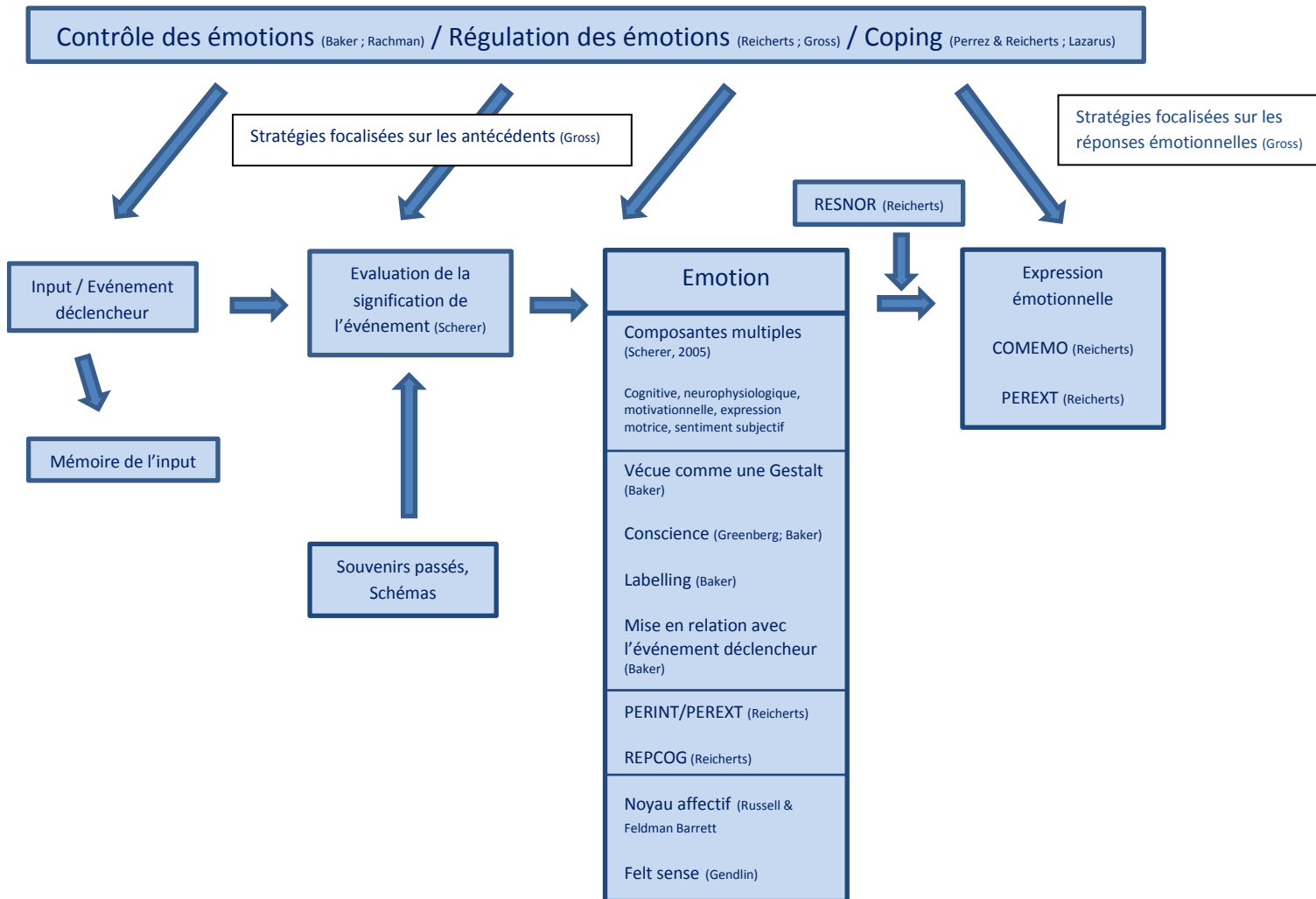


Figure 1 : Modèle intégratif du traitement émotionnel (d'après Salamin, 2010 ; Baker *et al.*, 2007 ; Rachman, 2001 ; 1980)

Notons encore que selon Greenberg (2004), le traitement émotionnel, bien que doté de plusieurs composantes, en comprend deux principales, à savoir la *conscience émotionnelle* (*emotional awareness*), impliquant le fait de vivre consciemment ses sentiments pour ensuite les articuler avec le langage, et la *régulation des émotions*, qui sera largement détaillée ci-dessous.

Un certain consensus règne alors sur les différents niveaux élémentaires dans lesquels s'inscrit toute expérience affective (Reicherts *et al.*, 2011), mais il importe également de clarifier la manière dont l'individu perçoit les registres dans lesquels se manifestent ces processus émotionnels, donc sa capacité à se représenter et à décrire les phénomènes affectifs. Partant de ce principe, nous nous sommes basés sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle, qui porte sur la représentation de l'individu des tendances et processus impliqués dans la survenue et le déroulement de ses états affectifs. Cependant, avant d'explicitier ce modèle, nous souhaitons préciser une distinction fondamentale quant à la manière de concevoir les processus affectifs, à savoir soit en terme de « *traits* », soit en terme d' « *états* ». Dans le premier cas, nous nous intéressons aux tendances relativement stables et globales qu'a un individu de vivre et de traiter ses expériences affectives. Ces tendances à répéter ces processus et phénomènes psychologiques sont à considérer comme « résultant d'une interaction complexe entre les facteurs biologiques et l'histoire d'apprentissage de l'individu qui se manifestent en fonction de certaines circonstances internes et externes au sujet » (Reicherts, Casellini, Duc, Grespi, Romailier, & Balmelli, 2004 ; p. 13). Ainsi, bien que relativement stables chez un même individu, mais différentes d'un individu à l'autre, elles sont susceptibles d'évoluer grâce à une intervention psychologique. Tandis que dans le second cas, les processus émotionnels en cours sont évalués dans une situation spécifique et sont alors liés aux variations intra-individuelles et situationnelles. Relevons encore la distinction entre les états/processus et les « *stratégies* ». En effet, dans ce travail, nous aborderons également la tendance qu'a un individu à, non seulement réagir, mais également à agir de manière volontaire face à un événement significatif et à adopter certains registres de stratégies fonctionnelles de régulation des émotions. Par registres de stratégies fonctionnelles, nous entendons qu'il s'agisse d'une structure fonctionnelle requérant un caractère heuristique (donc permettant l'atteinte des buts visés sans toutefois en garantir la réalisation) et stratégique, sans toutefois en déterminer les actions en détails (Reicherts, 1999a). Par conséquent, en fonction de la situation émotionnellement chargée et en vue de certains buts déterminés, l'individu aura tendance à faire usage de certains registres de stratégies plutôt qu'à d'autres. Ces tentatives et comportements de régulation, bien que relativement stables, peuvent également être soumis aux changements grâce à un travail psychothérapeutique.

Ces distinctions conceptuelles étant établies, nous souhaitons aborder le modèle de l'Ouverture Emotionnelle, qui tient une place centrale dans ce travail et qui permet de rendre compte des tendances dont dispose un individu à être ouvert à son vécu et traitement affectifs et à agir sur ces derniers.

2. Ouverture Emotionnelle

Nous souhaitons nous attarder sur les processus affectifs par lesquels se manifestent la survenue, le déploiement, l'expression ou la régulation des émotions dans les différents registres (*i.e.* cognitivo-expérientiel, corporel et social) (Reichert, Genoud, & Zimmerman, 2011). Pour ce faire, le modèle de l'Ouverture Emotionnelle, élaboré par Reicherts (1999b ; 2007), permet de rendre compte des processus émotionnels des sujets, et ceci selon une structure multidimensionnelle. Il s'inspire des théories cognitives des émotions, en particulier de l'approche « *multi-level* » de Lang (Lang & Cuthbert, 1984, in Reicherts, Casellini, Duc, & Genoud, 2007) et du « *component-process* » de Scherer (2005) que nous avons abordée ci-dessus, qui postulent toutes deux un traitement émotionnel à différents niveaux. Les émotions sont alors considérées comme des phénomènes complexes qui impliquent des « processus à différents niveaux, sous-systèmes ou composantes » (Reichert *et al.*, 2004, p. 13). Ainsi, trois niveaux généraux de fonctionnement apparaissent dans le modèle de l'Ouverture Emotionnelle, à savoir les processus émotionnels d'ordre *corporel*, *cognitif* et *social* (*cf.* figure 2). Le premier niveau est composé des phénomènes physiques autonomes (*e.g.* activation cardio-vasculaire) et moteurs (*e.g.* activation musculaire), ainsi que des phénomènes neurophysiologiques (*e.g.* activation et neurotransmission). Le deuxième niveau comporte la « représentation cognitive des états émotionnels intégrant des informations corporelles et situationnelles dans des cognitions liées au vécu émotionnel (« ressenti », « *feeling state* ») et la fonction de « *monitoring* » » (Reichert *et al.*, 2004, p. 13). Finalement, les processus d'ordre social intègrent « les activités d'expression et d'échanges des états émotionnels permettant leur transmission ou leur régulation interpersonnelle. » (Reichert *et al.*, 2004, p. 13).

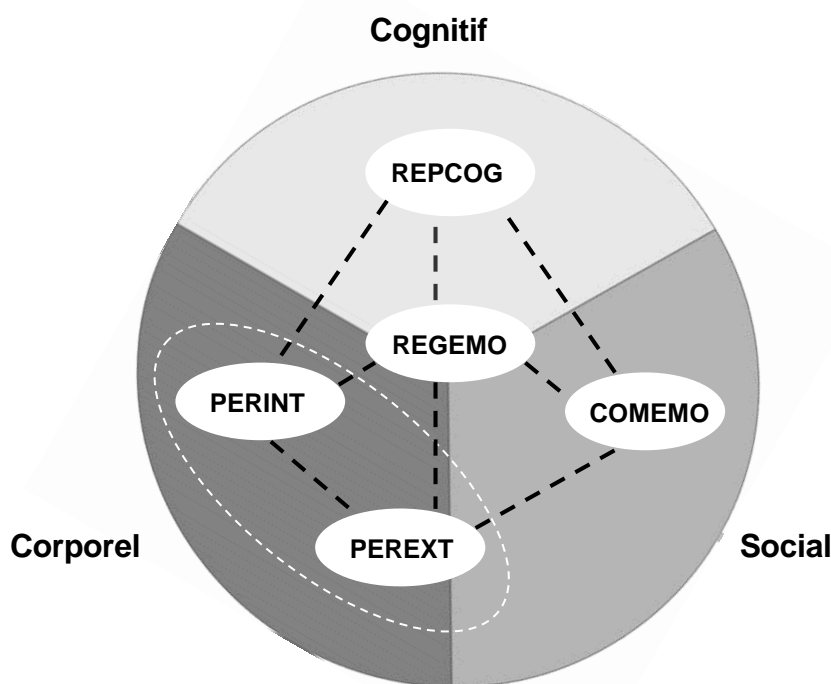


Figure 2 : Modèle de l'Ouverture Emotionnelle (Reicherts, 2007, p.9)

Cette conception repose non seulement sur les théories modernes de l'émotion, mais également sur les approches actuelles en psychothérapie que nous développons dans le cinquième chapitre, telles que les approches « expérientielles » et « focalisant l'émotion » (Greenberg, 1989, 2004, 2007, 2008, 2010 ; Greenberg & Paivio, 1997 ; Paivio & Greenberg, 2001) et se montre compatible avec les autres méthodes de la « troisième vague » en thérapie cognitive et comportementale, telles que la « pleine conscience » (Cottraux, 2007 ; Reicherts, Kaiser, Genoud, & Zimmermann, 2011).

La dénomination « Ouverture à l'expérience émotionnelle » ou « Ouverture Emotionnelle » comprend quatre significations liées au vécu émotionnel et au traitement affectif, à savoir :

1. Le concept porte en premier lieu sur l'ouverture affective en tant que *processus* « expérientiel » *in situ*. Il s'agit de la capacité de s'ouvrir à la partie accessible de son expérience émotionnelle (approche état et processus), donc de pouvoir la percevoir, de permettre son déploiement et son élaboration dans le système cognitif-affectif, ainsi que de pouvoir la traiter et la réguler pour finalement pouvoir la vivre pleinement. Ce

processus permet à l'individu de profiter de l'information et de l'effet préparatoire aux réponses et décisions que la situation vécue dans l'ici et le maintenant procure et ainsi tirer partie de la fonction adaptative de l'émotion (Levenson, 1994, in Reicherts, 2007; Scherer, 1985, in Reicherts, 2007).

2. La deuxième signification se réfère aux caractéristiques du système cognitif-affectif de l'individu, c'est-à-dire à ses tendances à « être ouvert », à appréhender les phénomènes et informations que fournissent les émotions. Comme nous l'avons indiqué dans le précédent chapitre, ces tendances sont des traits relativement stables liés aux différentes dimensions ou patterns du traitement affectif (*emotion processing*).
3. La troisième signification porte sur la dimension sociale et renvoie globalement au fait de pouvoir s'ouvrir à un échange émotionnel dans l'interaction. Plus spécifiquement, il s'agit de pouvoir communiquer avec l'autre son état affectif de manière adéquate et d'être disponible pour l'autre afin de l'aider à faire face à des situations émotionnellement chargées ou à des affects qu'il souhaite partager (réciprocité affective), dans le but notamment de l'aider à réguler ses états émotionnels (*i.e.* atténuer les états négatifs ou maintenir, voire amplifier, les états positifs). Ces processus représentent un élément important dans la régulation de l'émotion interpersonnelle (voir Reicherts, Genoud, Maggiori, & Molina, 2011).
4. La quatrième signification porte sur l'ouverture en tant que processus à plus long terme et évolutif, s'agissant de la capacité à s'ouvrir de plus en plus à son vécu affectif. Cette évolution peut se faire notamment grâce à des interventions visant une plus grande ouverture, comme c'est le cas dans notre recherche.

Il convient de préciser que le modèle de l'Ouverture Emotionnelle se base sur le concept de méta-émotion. Ce concept « se réfère à la représentation subjective du fonctionnement émotionnel du sujet lui-même » (Reicherts *et al.*, 2004, p. 13). Il met alors l'emphase sur la représentation que possède le sujet de son vécu et fonctionnement émotionnels. Le traitement émotionnel du sujet est alors évalué via ses représentations et les processus peuvent être considérés comme étant relativement stables ou non, tel qu'indiqué ci-dessus. Dans le premier cas, ils sont évalués par le DOE-36 (Reicherts, 1999b, 2007) comme étant des « traits », mettant ainsi en évidence les tendances relativement stables de l'individu à éprouver et à traiter ses

expériences affectives. Dans le second cas, ils sont mesurés par le DOE-state en tant qu'« états » ou « processus » variant selon les situations rencontrées par la personne (Reichert *et al.*, 2004).

Afin d'évaluer le concept de l'Ouverture Emotionnelle et de pouvoir ainsi tracer un profil du sujet le caractérisant par rapport aux différentes dimensions de ce concept, Reicherts (2007) a mis en avant les six dimensions suivantes, fondées sur l'évidence empirique, notamment par des analyses factorielles.

2.1. Dimensions de l'Ouverture Emotionnelle

2.1.1. Représentation conceptuelle des émotions

La représentation conceptuelle des états affectifs (REPCOG) « implique des états mentaux se référant à la valence et reposant sur des sensations corporelles en lien avec des situations concrètes, telles que perçues par l'individu (via « *appraisals* » ; Ellsworth & Scherer, 2003 ; Mascolo, Fischer & Li, 2003) » (Reichert, Kaiser, Genoud, & Zimmermann, 2012, p. 9). REPCOG peut être définie en termes d'affects distincts et différenciés (*i.e.* émotions, humeurs, épisodes émotionnels, noyau affectif) et sous-tend des notions cognitivement accessibles. REPCOG englobe également, et de manière plus générale, les processus impliqués dans la fonction de surveillance (« *monitoring* » ; Scherer, 2003), c'est-à-dire qu'elle comprend la perception qu'a la personne des changements pouvant se produire au niveau de toutes les composantes de l'émotion, permettant ainsi au sujet de prendre conscience de ses sentiments et de les relever. Cette dimension est opérationnalisée dans le DOE d'une part, par la tendance à pouvoir distinguer ses états affectifs et à se les représenter précisément, notamment en relevant les différentes sensations physiologiques engendrées (fonction de conceptualisation) pour pouvoir éventuellement les nommer (fonction de dénomination/verbalisation) et d'autre part, par la tendance à évaluer la situation en lien avec le ressenti (fonction d'évaluation ; « *appraisal* »).

Il est à noter que l'importance de l'identification des émotions a été reconnue dans la littérature, constituant selon certains auteurs (*e.g.* Feldman Barrett, Gross, Christensen, & Benvenuto, 2001 ; Mikolajczak *et al.*, 2009, p. 39 ; Philippot, Baeyend, Douilliez, & Francart, 2004) « le pilier sur lequel se développent les compétences émotionnelles complexes, telles que la régulation ou l'utilisation des émotions » et représentant un facteur important dans la santé

mentale, physique et sociale (Kang & Shaver, 2004, in Philippot, Baeyend, Douilliez, & Francart, 2004 ; voir également les recherches portant sur le concept de l'alexithymie). La recherche de Feldman Barrett et collaborateurs (2001) a ainsi mis en évidence que le fait de pouvoir distinguer entre différents affects négatifs est lié positivement à la fréquence de leur régulation, et ceci particulièrement lors de hauts niveaux d'intensité émotionnelle. D'autres auteurs ont mis en évidence les difficultés éprouvées par certains patients à avoir conscience et à identifier des états émotionnels internes (*e.g.* voir Sim & Zeman, 2004 pour les troubles alimentaires). La manière dont les individus se représentent leurs émotions va alors déterminer la manière qu'ils auront de les réguler. Ajoutons que Feldman Barrett (2006) a parlé d' « acte conceptuel » en référence à l'individu qui parvient à se représenter des émotions et affects distincts et différenciés, ainsi qu'à les verbaliser. Notons également que la capacité à reconnaître conceptuellement ses états affectifs est aussi une caractéristique centrale des traitements psychothérapeutiques centrés sur les émotions (Greenberg, 2007 ; Moses & Barlow, 2006).

2.1.2. Perception des indicateurs corporels internes et externes

La perception des indicateurs corporels internes (PERINT) et externes (PEREXT) concerne la conscience que le sujet a des phénomènes qui accompagnent et, de ce fait, caractérisent l'émotion ou l'état affectif qu'il vit. Il s'agit de la capacité à repérer l'activation psychovégétative (*e.g.* activité cardiovasculaire et gastro-intestinale, rythme respiratoire) et somatomotrice (*e.g.* expression faciale, gestes, posture, mouvement) qui accompagnent tout état affectif, découlant de la synchronisation des sous-systèmes de l'organisme que nous avons abordée précédemment dans la partie consacrée à la préparation à l'action en tant que fonction adaptative et de signalisation de l'émotion. La dimension PERINT se réfère principalement à des activités autonomes centrales, tandis que la dimension PEREXT aux activités périphériques. Cette prédominance caractérise la distinction que l'on peut faire entre des patterns « internalisants » et « externalisants » des réactions émotionnelles ou encore entre la perception « intéroceptive » ou « extéroceptive » des stimuli dans les théories modernes de l'apprentissage (Reichert, Kaiser, Genoud, & Zimmermann, 2011).

2.1.3. Communication et expression des émotions envers autrui

La communication de ses états affectifs à autrui renvoie à l'ouverture sur le plan interactionnel (*i.e.* fonction sociale de la signalisation à autrui de ses émotions et affects) et englobe l'ensemble des processus impliqués dans l'expression d'une émotion ou d'un état affectif. Ces processus peuvent être détectés par les expressions du visage (voir Ekman, 1989, 1993 ; Keltner, Ekman, Gonzaga, & Beer, 2003), la voix (*e.g.* Keltner & Ekman, 2003 ; Scherer, Johnstone, & Klasmeyer, 2003), les gestes, la posture et les mouvements corporels (*e.g.* Van den Stock, Righart, & de Gelder, 2007) et vont permettre de mieux appréhender l'état affectif vécu par l'émetteur. La communication verbale des émotions est un acte volontaire et conscient. En effet, nous dévoilons (« *self-disclosure* ») et partageons (*i.e.* fonction sociale de l'émotion ; « *sharing of emotion* ») notre expérience affective de manière intentionnelle. Cependant, les indicateurs corporels internes et externes, qui accompagnent le récit de la situation émotionnellement chargée, ne le sont pas forcément. Il est à noter que la fonctionnalité peut varier entre le fait de simplement entrer en contact social via une interaction émotionnelle et le partage des émotions, tel qu'avancé par Rimé (1989, 2007). Dans ce dernier cas, les expériences émotionnelles négatives et positives sont exprimées, et ceci malgré la reviviscence des images mentales et des sensations physiologiques les accompagnant, dans un but de renforcement des liens sociaux (Rimé, 2007), mais aussi de facilitation du traitement cognitif et émotionnel de l'épisode émotionnel (Lepore *et al.*, 2000, in Zech, Rimé & Nills, 2004). Rimé (2007) indique que ce besoin de parler est présent après tout événement émotionnel, positif ou négatif, avec un partage dans le 80 à 95% des cas (un peu moins avec les situations qui ont généré de la honte et la culpabilité).

2.1.4. Régulation des émotions

Etant donné que la régulation des émotions occupe une place importante dans ce travail, nous souhaitons l'aborder dans un chapitre lui étant consacré. Nous relevons uniquement que, dans le modèle de l'Ouverture Emotionnelle, la régulation des émotions renvoie à la capacité d'initier, éviter, inhiber, maintenir ou encore moduler l'occurrence, la forme, l'intensité ou encore la durée des états affectifs, des processus attentionnels et physiologiques et des comportements en lien avec l'émotion (Eisenberg & Spinrad, 2004). Ce terme se réfère à la régulation de tous types de phénomènes affectifs, incluant la régulation des humeurs, du noyau affectif et des épisodes émotionnels (y compris de leurs composantes), et concerne autant les états affectifs négatifs (« *affect repair* ») que positifs (Krohne, 2003). Par conséquent, la

régulation des émotions est un acte conscient, demandant un effort, orienté vers un but (*i.e.* faciliter/augmenter/stabiliser ou atténuer/diminuer l'état affectif) et faisant partie intégrante du traitement affectif (Reicherts, Defago, Haymoz, 2009).

2.1.5. Restrictions normatives de l'affectivité

Une dimension additionnelle permet de rendre compte des restrictions pouvant être perçues par l'individu concernant sa possibilité d'être ouvert à son affectivité. Comme le souligne Reicherts et collaborateurs (2011), ces restrictions émotionnelles peuvent dépendre de règles et conventions sociales en vigueur dans un contexte culturel donné. Cette dimension se rapproche du concept de « travail émotionnel » (« *emotion work* ») qui se base également sur les dissonances entre les émotions vécues et exprimées (*e.g.* Hochschild, 1979, in Reicherts, Kaiser, Genoud, & Zimmermann, 2011; Totterdell & Holman, 2003, in Reicherts, Kaiser, Genoud, & Zimmermann, 2011).

2.2. Distinctions conceptuelles

Les concepts de l'*alexithymie* et de l'*intelligence émotionnelle*, traitant également du fonctionnement affectif, se rapprochent sur certains aspects du modèle de l'Ouverture Emotionnelle. C'est pourquoi, nous souhaitons brièvement les définir et les distinguer du modèle précité.

2.2.1. L'alexithymie

Le concept d'alexithymie a été développé afin de rendre compte du fonctionnement cognitif et affectif particulier qui caractérise les patients souffrant d'un trouble psychosomatique. Sifneos (1973, in Farges & Farges, 2002) a mis en évidence quatre de ces particularités, à savoir une incapacité à identifier et exprimer les affects, une limitation au niveau de la vie imaginaire, une grande difficulté à distinguer les mouvements affectifs des sensations corporelles et une prédominance des pensées à contenu pragmatique (Zimmerman, Quartier, Bernard, Salamin, & Maggiori, 2007 ; Farges & Farges, 2002). Actuellement, et tel qu'opérationnalisé par la « Toronto Alexithymia Scale » (TAS-20 ; Bagby, Taylor, & Parker, 1994 ; Bagby, Parker, & Taylor, 1994), nous définissons le concept de l'alexithymie comme étant un déficit de l'affect caractérisé par une composante « cognitive », composée de la difficulté à décrire et à identifier

les émotions, et une composante « émotionnelle », se définissant par un mode de pensée dirigé vers l'extérieur (Farges & Farges, 2002 ; Luminet, *et al.*, 2003 ; Guilbaud, Corcos, & Speranza, 2003). Il est important de souligner que ce n'est pas la possibilité de ressentir ses émotions qui pose problème au patient alexithymique, mais bien de les différencier et de les verbaliser (Luminet, Taylor, & Bagby, 2003), s'agissant, comme le souligne Jeammet (2003), d'un trouble de la lecture et de l'expression des émotions. Il est à noter qu'une distinction peut être faite entre l'alexithymie primaire et secondaire (Freyberger, 1977, in Farges & Farges, 2002), selon que le concept est considéré en tant que variable dispositionnelle (trait), donc stable et difficilement modifiable, ou qu'il est considéré comme étant un état réactionnel à un traumatisme et serait alors une stratégie de « coping » face à des événements de vie stressants ou des affects traumatiques (Corcos, Guilbaud, & Speranza, 2003). Freyberger distingue encore entre deux types d'alexithymie secondaire, selon son aspect plus au moins transitoire. Actuellement, nous considérons généralement l'alexithymie comme étant un trait de personnalité, donc stable, non sensible aux changements et plus au moins marqué selon les individus (Taylor & Bagby, 2004), qui peut toutefois s'atténuer ou, au contraire, s'accroître selon les circonstances (Cappuccio, 2002).

Nous pouvons constater que l'alexithymie se rapproche du modèle de l'Ouverture Emotionnelle sur certains points et qu'il s'en distingue sur d'autres. En effet, premièrement, le concept original de l'alexithymie n'avance pas de facettes « fonctionnelles » de l'émotion ou du vécu affectif. Né des observations cliniques, ce concept repose essentiellement sur des notions psychanalytiques. Il ne tient pas compte des théories actuelles de l'émotion et des processus affectifs (Reichert, Casellini, Duc, Grespi, Romailier, & Balmelli, 2004 ; Zimmerman & Salamin, 2011). Deuxièmement, les outils de mesure de l'alexithymie (en particulier la TAS-20) négligent certains aspects élémentaires des processus émotionnels, tels que la communication des états affectifs envers autrui ou la distinction entre sentiments corporels et représentations cognitives. Troisièmement, les questionnaires évaluant l'alexithymie relèvent des déficits et non des tendances, comme cela est le cas dans les questionnaires portant sur l'Ouverture Emotionnelle. Finalement, ces outils ne permettent pas d'évaluer des patterns ou profils théoriquement fondés (Reichert *et al.*, 2004, p. 12).

2.2.2. L'intelligence émotionnelle

Mayer et Salovey (1995, p. 197) définissent l'intelligence émotionnelle comme étant la capacité à traiter des informations émotionnelles de manière efficace et précise, y compris les informations indispensables à la reconnaissance, à la compréhension et à la régulation des émotions, tant chez soi que chez les autres, dans le but d'augmenter les activités cognitives et faciliter le fonctionnement social de l'individu (Mayer & Salovey, 1997; Salovey & Mayer, 1990). L'intelligence émotionnelle fait donc référence à un ensemble de compétences inter-reliées dans le traitement de l'information émotionnelle qui, des plus basiques aux plus complexes, sont classées dans un des quatre domaines suivants (Brackett & Mayer, 2003 ; Mayer & Salovey, 1997 ; Mayer, Caruso, & Salovey, 2000 ; Mayer, Salovey, & Caruso, 2004 ; Rivers, Brackett, Salovey, & Mayer, 2007 ; Salovey, Caruso & Mayer, 2004) :

1. Perception des émotions (les nôtres ainsi que celles d'autrui), impliquant notamment la capacité de prêter attention aux émotions, de les reconnaître et de les communiquer.
2. Utilisation des émotions pour planifier de manière flexible, penser de façon créative, rediriger l'attention ou encore influencer notre motivation.
3. Compréhension des émotions (*i.e.* les causes et les conséquences de ses émotions ainsi que celles des autres). Dimension identifiée comme étant au centre de la régulation intelligente, influençant les autres branches et agissant comme une force. Elle semble également être liée aux comportements sociaux positifs, tels que l'empathie (Wranik, Feldman Barrett, & Salovey, 2007).
4. Gestion/régulation des émotions dans le but de promouvoir la croissance émotionnelle et intellectuelle.

Comme l'indiquent Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou et Nélis (2009), le nombre et la nature des compétences émotionnelles diffèrent selon les modèles. Il est alors difficile de donner une définition consensuelle de ce concept. Ils ajoutent que ces compétences peuvent se décliner sur trois niveaux qui sont a) les connaissances, b) les habiletés et c) les dispositions. Ainsi, le premier niveau renvoie aux connaissances implicites et explicites de l'individu à propos de chacune des cinq dimensions (*e.g.* connaissances qu'a l'individu sur l'efficacité des différentes

stratégies de gestion des émotions). Le deuxième niveau concerne la capacité de l'individu à appliquer ses connaissances dans une situation émotionnellement chargée (*e.g.* pouvoir utiliser une technique de régulation particulière). En dernier lieu, le troisième niveau reflète la propension (trait) de l'individu à se comporter d'une manière particulière dans une situation émotionnelle (*e.g.* tendance à effectuer une technique particulière).

Ce concept a été mis en lien avec le fait d'avoir des comportements efficaces et fonctionnels chez les jeunes adultes, le fonctionnement social (*e.g.* Lopes, Salovey, Côté, & Beers, 2005), les variables liées au travail, telles que le potentiel de leadership (*e.g.* Wrانik, Feldman Barrett, & Salovey, 2007), la performance académique et au travail, le bien-être psychique et la satisfaction de vie. À l'inverse, une faible intelligence émotionnelle a été mise en lien avec les ruminations (Petrides, Pérez-Gonzalez, & Furnham, 2007), la dépression, l'anxiété, les symptômes phobiques et obsessionnels, le burnout (pour une revue, voir Mikolajczak, Roy, Luminet, Fillée, de Timary, 2007), la consommation de tabac et les comportements problématiques dans le développement de l'enfant, tels que l'usage de comportements agressifs, la violence envers les pairs, les comportements de victimisation et le rejet social. Comme le souligne Petrides et collaborateurs (2007), une faible intelligence émotionnelle peut être considérée comme un facteur pouvant prédisposer les individus à différentes difficultés mentales. Par ailleurs, une faible intelligence émotionnelle a également été mise en lien avec différentes maladies somatiques, telles que le diabète, les troubles gastro-intestinaux, les maladies coronariennes, à un risque accru de mortalité (pour une revue, voir Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nélis, 2009) et à une plus faible santé (Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, & Rooke, 2007, in Vingerhoets, Nyklicek, & Denollet, 2008).

Tout comme pour le concept de l'alexithymie, nous pouvons voir des similitudes avec le modèle de l'Ouverture Emotionnelle. D'ailleurs, la recherche de Champion (2001) indique des corrélations significatives attendues entre les dimensions du Trait-Meta-Mood Scale (TMMS ; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995, in Reicherts, 2007), évaluant l'intelligence émotionnelle, et les dimensions du DOE (pour une revue, voir Reicherts, 2007). Cependant, ces corrélations sont majoritairement modérées à basses. En outre, les distinctions suivantes peuvent être amenées :

1. L'intelligence émotionnelle se réfère à une performance mentale. Par conséquent, certains tests évaluant ce concept, tels que le MSCEIT et le MEIS, sont considérés

comme des tests de performance, reposant sur des tâches de performance et de résolution de problèmes. Ils sont donc « en opposition » avec les questionnaires auto-reportés portant sur les capacités de l'individu (Mayer, Caruso, & Salovey, 2000). Or le modèle de l'Ouverture Emotionnelle ne suggère pas de liens explicites avec l'intelligence ou avec des « compétences » au sens strict (Reichert, Casellini, Duc, Grespi, Romailier, & Balmelli, 2004) et les instruments l'évaluant sont des mesures auto-reportées des processus et des tendances qu'a l'individu à répondre et traiter l'expérience émotionnelle, sans les qualifier au préalable de capacité ou de déficit.

2. Le modèle de l'Ouverture Emotionnelle se base de manière plus explicite sur les modèles de l'émotion et les implications cliniques des processus affectifs qui en découlent (Power & Dagleish, 1997, in Reichert *et al.*, 2004)
3. La mesure de l'Ouverture Emotionnelle permet une analyse en termes de profils, rendant la compréhension du traitement affectif plus complexe (*e.g.* les différentes dimensions peuvent être en équilibre, indépendamment du niveau).

De même, l'intelligence émotionnelle entretient des similitudes avec le concept d'alexithymie et référons le lecteur à Öhman & Rück (2007) pour en avoir un aperçu.

3. Régulation des émotions

Nous avons vu dans le précédent chapitre que les émotions ont une fonction adaptative, préparant les réponses comportementales y relatives, favorisant la prise de décision, influençant le traitement mnésique des événements significatifs ou encore, facilitant les interactions interpersonnelles (Gross, 2007, 2008 ; Shiota, Campos, & Keltner, 2004). Cependant, les émotions peuvent parfois être délétères pour le sujet qui les éprouve, de par leur intensité, leur fréquence et leur durée ou encore lorsqu'elles apparaissent à des moments inadaptés. Ces réponses émotionnelles inappropriées sont présentes et impliquées dans de nombreux troubles psychiques (Campbell-Sills & Barlow, 2003, 2007 ; Linehan, Bohus, & Lynch, 2007 ; Mullin & Hinshaw, 2007 ; Sher & Grekin, 2007), dans les difficultés sociales (Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2007 ; Eisenberg, Losoya, & Spinrad, 2009 ; Eisenberg, Spinrad, & Smith, 2004 ; Gross, 2002 ; Shaver & Mikulincer, 2007 ; Wrانik, Feldman Barrett, & Salovey, 2007), mais également dans les maladies physiques (Sapolsky, 2007). Ces constats soulignent l'importance de pouvoir réguler adéquatement ses émotions. Dans un premier temps, nous souhaitons brièvement définir le concept ainsi que les principales stratégies de régulation des émotions mises en évidence dans la littérature. Dans un deuxième temps, nous aborderons les mesures de ce concept, en détaillant notamment l'Inventaire de Techniques de régulation des émotions (DOE-IT ; Reicherts & Haymoz, 2011) que nous avons développés, puis aborderons les liens qu'entretient la régulation des émotions, et de manière plus générale le traitement affectif, avec la santé mentale et physique.

3.1. Définition du concept

Bien que l'idée que les émotions puissent être régulées ait une très longue histoire, les recherches empiriques sur la régulation des émotions se sont accélérées depuis le milieu des années 90, découlant des recherches sur les défenses (Freud, 1926, 1959, in Farach & Mennin, 2007), la psychologie du stress et le coping (Lazarus, 1966, in Farach & Mennin, 2007 ; Perrez & Reicherts, 1992; Reicherts, 1999b), les théories de l'attachement (Bowlby, 1969, in Farach & Mennin, 2007) et les théories de l'émotion (Frijda, 1986). Dès ce moment, la régulation des émotions est devenue un nouveau champ de recherche, tout d'abord étudié par la psychologie du développement, puis par la psychologie de l'adulte (Gross, 2007).

Les définitions de la régulation des émotions manquent souvent de clarté (Bridges, Denham, & Ganiban, 2004) et sa conceptualisation ainsi que son opérationnalisation ne sont pas consensuelles (Farach & Mennin, 2007). Nous souhaitons premièrement distinguer et définir la *régulation de l'émotion* (« *regulation of emotions* ») de la *régulation par l'émotion* (« *emotional regulation* ») ou « *regulation by emotions* »).

La régulation des émotions se définit comme étant le « processus permettant d'initier, éviter, inhiber, maintenir ou encore moduler l'occurrence, la forme, l'intensité ou la durée des états affectifs, des processus physiologiques et attentionnels et/ou des comportements associés au vécu affectif » (Eisenberg & Spinrad, 2004, p. 338)⁴. Par conséquent, elle vise la modulation de l'expérience émotionnelle plutôt que sa suppression. Krohne (2003) ajoute que la régulation des émotions s'applique à la fois aux émotions et à ses composantes ainsi qu'aux autres états affectifs *négatifs* (« *affect repair* »), mais aussi *positifs* et qu'elle peut être adaptée ou non en fonction du contexte spécifique. Une régulation des émotions adaptée implique de la flexibilité dans l'utilisation des stratégies de régulation émotionnelle (Gratz & Roemer, 2004) et selon Bridges, Denham et Ganiban (2004), comprend la capacité de vivre des émotions ou affects vrais, de réduire de hauts niveaux de négativité et d'exprimer les émotions de manière compatible avec les différents objectifs poursuivis par la personne. Telle que définie, la régulation des émotions fait partie intégrante du traitement affectif et reflète la manière dont les émotions sont elles-mêmes régulées au moment de leur évaluation ou de leur réponse. Cette conception se retrouve par exemple dans le modèle de Philippot (2007). Reicherts et collaborateurs (2011) ajoutent que la régulation des émotions peut se référer aux aspects cognitifs (*e.g.* réévaluation cognitive), corporels (*e.g.* activation cardio-vasculaire) ainsi que sociaux (*e.g.* camoufler sa colère dans un contexte professionnel) et repose également sur les dimensions du modèle de l'Ouverture Emotionnelle que nous avons détaillées précédemment et plus précisément, sur les représentations cognitives et conceptuelles (*e.g.* identifier le vécu affectif), sur la perception des indicateurs corporels qui accompagnent l'expérience émotionnelle, sur la perception de leur modification au travers de la régulation ainsi que sur la communication des émotions. En effet, les états affectifs sont modulés lorsqu'ils sont partagés ou signalés à autrui, pouvant éventuellement conduire à une régulation interpersonnelle des

⁴ Traduction libre de l'auteure: Emotion regulation is defined as the process of initiating, avoiding, inhibiting, maintaining, or modulating the occurrence, form, intensity, or duration of feeling states, emotion-related physiological or attentional processes, and/or behavioral concomitants of emotion (Eisenberg & Spinrad, 2004).

émotions (Reichert *et al.*, 2011). Il est important de préciser que les processus de régulation des émotions peuvent être automatiques ou contrôlés, conscients ou inconscients et avoir des effets sur un ou plusieurs points du processus génératif des émotions (Reichert, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2011, 2012). Concernant l'aspect conscient ou non de ces processus, Shiffrin et Schneider (1977) proposent de les considérer sur un continuum (*i.e.* de conscients, demandant des efforts et contrôlés à inconscients, ne demandant aucun effort et automatiques) (voir aussi Bargh & Williams, 2007 ; Mauss, Bunge, & Gross, 2007). La régulation des émotions peut également être intrinsèque (*i.e.* l'individu régulant ses propres émotions) ou extrinsèque (*i.e.* l'individu régulant l'émotion d'autrui) (pour une revue, voir Koole, 2009).

Par contre, la *régulation par l'émotion* concerne la régulation par l'émotion elle-même des processus émotionnels, cognitifs et comportementaux de l'individu et des autres (Farach & Mennin, 2007). Dans ce cas, il s'agit de s'attarder sur la manière dont les émotions peuvent agir sur les pensées, la motivation, l'aspect physiologique ou encore sur le comportement de l'individu. Ce deuxième type de régulation découle de la première fonction de l'émotion qui est sa « fonction adaptative, et en tant que telle, régulatrice : elle coordonne toutes les ressources de l'organisme en une réponse immédiate à une demande de l'environnement. » (Philippot, 2007, p. 127). Le fait que les phénomènes émotionnels puissent être en soi régulateurs rend tout autre les implications cliniques. En effet, en prenant la première perspective, les émotions seraient plutôt à réguler et à canaliser, tandis qu'avec la seconde perspective, elles tendraient à être davantage encouragées (Philippot, 2007).

Nous pouvons alors considérer la régulation au sens stricte ou large (Reichert, *et al.*, 2011). Dans le premier cas, nous nous intéressons uniquement aux émotions, ou de manière plus général, aux états affectifs, en tant que phénomènes qui doivent être régulés, donc aux techniques visant à réduire, stabiliser ou à renforcer des états affectifs pour modifier leur survenue, leur impact ou leurs conséquences (Krohne, 2003 ; Gross & Thompson, 2007). Tandis que dans le second cas, pratiquement toutes les composantes du traitement affectif sont considérées comme des éléments de la régulation des émotions (voir notamment Philippot, 2007).

Dans ce travail, nous allons nous attarder à la *régulation des émotions* et l'évaluer notamment grâce au nouvel inventaire de stratégies de régulation des émotions que nous avons développé (DOE-IT). Par conséquent, nous la considérons comme étant un processus demandant un

certain effort de la part du sujet (*i.e.* celui d'essayer d'appliquer certaines techniques dans le but de réguler son affect pour atteindre ou s'approcher de l'objectif recherché (« *goal-oriented* »)), à savoir comme étant un processus conscient et volontaire.

Comme mentionné ci-dessus, la régulation des émotions suit notamment les recherches sur le coping. Ce concept largement étudié mérite d'être distingué de celui de la régulation des émotions. « Le coping représente les efforts cognitifs et comportementaux pour manager des demandes spécifiques externes ou internes (et les conflits entre eux) qui sont évaluées comme pénibles ou qui dépasseraient les ressources de la personne » (Lazarus, 1991, p. 112, in Krohne, 2003)⁵. Par conséquent, les styles de coping peuvent être définis comme étant les manières qu'ont les individus de tenter de faire face à l'adversité (*e.g.* Carver & Scheier, 1994, in John & Gross, 2007 ; Lazarus & Folkman, 1984, in John & Gross, 2007 ; Zeidner & Endler, 1996, in John & Gross, 2007). Ce concept représente une catégorie plus large que celui de la régulation des émotions, incluant également des actions non émotionnelles afin d'atteindre des objectifs non-émotionnels (*e.g.* le but de réussir un examen). Cependant, le concept de la régulation des émotions comprend également des processus qui ne sont pas considérés dans la littérature sur le coping, comme la régulation des aspects expressifs (*e.g.* du visage) ou physiologiques de l'émotion. Le domaine du coping est également plus étroit, étant limité par définition aux situations stressantes, donc négatives. Bien que certains auteurs parlent de « *coping reactions* » (*i.e.* automatiques et non délibérées), le coping se réfère principalement à des processus reposant sur une structure de fonctionnalité, donc requérant un certain effort de la part du sujet, alors que la régulation des émotions inclut des processus qui peuvent varier sur la dimension automatique versus stratégique. Dans les deux cas, précisons qu'une intervention psychologique peut aider la personne à se rendre compte des stratégies qu'elle utilise et ainsi, passer d'une réaction de coping (« *coping reaction* ») à un coping volontaire. Par conséquent, les deux concepts ne se chevauchent que partiellement. Nous pouvons également relever des différences méthodologiques. En effet, la plupart des recherches sur le coping ont examiné les différences individuelles dans le contexte d'un affrontement à un stressor spécifique et ciblent les réponses cognitives et comportementales de l'individu à ce stressor. L'accent porté sur ce que fait, ou tente de faire, un individu dans un contexte spécifique (reporté par un questionnaire

⁵ Traduction libre de l'auteure: Coping is then defined as “cognitive and behavioral efforts to manage specific external or internal demands (and conflicts between them) that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (Lazarus, 1991, p.112, in Krohne, 2003).

ou une interview) contraste avec l'approche globale-trait qui se focalise sur ce que fait habituellement l'individu ou sur ce qu'il ferait typiquement (John & Gross, 2004). Nous pouvons également relever que les unités d'analyses du coping sont généralement plus longues/étendues (*i.e.* des heures, des jours ou même des mois) que celles de la régulation des émotions.

3.2. Stratégies de régulation des émotions

Le concept de régulation des émotions distingue différentes catégories de régulation. Gross et Thompson (2007) suggèrent que le processus de régulation contient des catégories de régulation émotionnelle « indirecte », telles que la sélection et la modification de la situation ayant généré le vécu affectif, mais aussi des catégories de régulation « directe », telles que la modification des réponses émotionnelles comprenant la direction de l'attention (en particulier la « suppression »), le changement cognitif (en particulier la réévaluation) ou encore la prise de substances psychotropes. Le premier registre est également très important dans la résolution de problèmes ou dans la gestion du stress, faisant partie des comportements « instrumentaux » ou dirigés vers la situation (Lazarus & Folkman, 1984, in Perrez & Reicherts, 1992). Cependant, notons qu'il n'est pas évident de l'inclure dans les techniques de régulation à réaliser dans le cadre d'une intervention ciblant le traitement affectif (Reicherts, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2011).

Gross (1998, 1998) distingue également la régulation centrée sur les antécédents émotionnels (« *antecedent-focused* »), s'appliquant avant que l'émotion n'ait été totalement déployée, de la régulation centrée sur les réponses émotionnelles (« *response-focused* »), qui ne s'applique qu'une fois l'émotion activée (Gross & John, 2003). Les antécédents concernent les processus qui amènent à l'évaluation émotionnelle et qui déterminent le choix de la tendance à l'action (Gross, 1998) et consistent alors principalement en une réévaluation cognitive de la situation (« *reappraisal* »). La régulation centrée sur les réponses émotionnelles consiste en la modulation de l'intensité des réponses émotionnelles (*i.e.* changements expérientiels, comportementaux et physiologiques résultant de l'activation des tendances à l'action), dont la technique de la suppression fait partie. Les deux perspectives se différencient sur le plan temporel, tel que représenté dans le schéma ci-dessous. Relevons que de nombreuses recherches indiquent que les stratégies centrées sur les antécédents produisent des résultats de régulation plus efficaces que celles qui ciblent les réponses, étant donné que les premières apparaissent tôt

dans le processus de génération de l'émotion et permettent la modification de toute la séquence émotionnelle, incluant l'expérience d'une émotion plus positive ou moins négative sans coût physiologique, cognitif, ou interpersonnel notable.

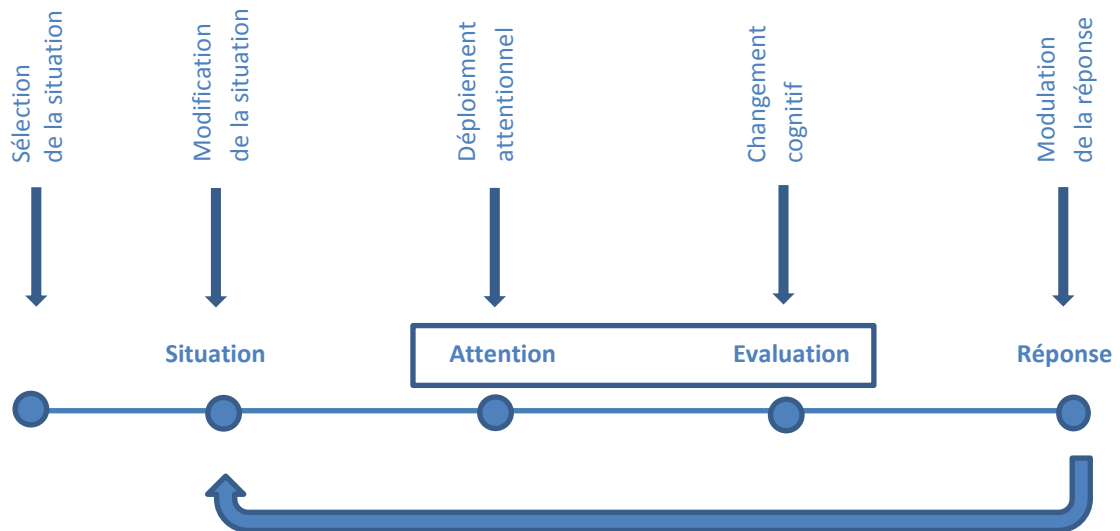


Figure 3 : Modèle modal de l'émotion (Gross, 2007, p. 10)

Dans le « modèle modal de l'émotion » représenté ci-dessus (« *Modal Model of Emotion* »), Gross (2007) identifie cinq stratégies de régulation des émotions s'appliquant à différents moments du processus de génération de l'émotion (Gross & John, 2003). En effet, parce que l'émotion évolue au fil du temps, les stratégies de régulation des émotions peuvent être différenciées en fonction du moment auquel elles ont leur premier impact sur le processus de génération des émotions (John & Gross, 2007). Bien que selon Philippot (2007) la distinction entre les stratégies centrées sur les antécédents et les stratégies centrées sur les réponses émotionnelles ne soit pas si claire (*e.g.* la réévaluation ne prend pas place uniquement avant l'activation de la réponse émotionnelle mais également pendant, voire après), nous allons présenter ces stratégies par ordre d'application chronologique, à commencer par les stratégies de régulation centrées sur les antécédents émotionnels.

La première stratégie est la *sélection de la situation*, consistant à approcher ou éviter certains endroits, contextes ou personnes qui provoquent des émotions, donc à choisir de préférence une situation plutôt qu'une autre dans le but d'engendrer une émotion souhaitée. Cette stratégie préventive permet à l'individu de réguler non pas les processus émotionnels, mais directement

la présence des circonstances qui les déclenchent et, ainsi, se retrouver dans une situation susceptible de générer l'affect attendu. Gross et John (2003) font part de l'exemple suivant afin d'illustrer cette première stratégie : une personne qui est socialement anxieuse va éviter les situations sociales pour ne pas être exposée au regard d'autrui. Il est à noter que cette technique est efficace pour autant que l'individu puisse être en mesure d'identifier les aspects de la situation qui provoquent l'état émotionnel souhaité. De plus, elle demande une connaissance, non seulement sur les situations qui vont générer l'émotion, mais également sur la nature de l'émotion qui sera engendrée (*i.e.* Quelles émotions sont engendrées par quelle situation ou éléments de celle-ci ?). Les recherches mettent en évidence que les personnes se trompent couramment sur le degré de plaisance que leur apporte un événement. Ainsi, elles ne sont pas toujours aptes à prédire la durée (« *durability bias* ») et l'intensité de leur future réaction émotionnelle (Loewenstein, 2007 ; Verduyn, Delvaux, Van Colloe, Tuerlinckx, & van Mechelen, 2009). De même, certaines situations amènent des bénéfices uniquement à court terme versus à long terme. L'exemple typique est l'évitement d'une situation, qui à court terme provoque une réduction de l'anxiété, mais qui à plus long terme permet l'installation d'une phobie, maintenant la peur pathologique, affectant négativement le fonctionnement psychosocial et diminuant la qualité de vie (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011).

La deuxième stratégie, la *modification de la situation*, revient au fait de modifier directement la situation pour altérer son impact émotionnel (Gross, 2008). Ainsi, la personne se trouve dans une situation émotionnelle spécifique, mais tente de changer les paramètres de la situation en question. Pour reprendre l'exemple précédent de la personne souffrant d'anxiété sociale, celle-ci peut changer le lieu de rendez-vous pour un endroit de rencontre évalué comme étant plus rassurant. Cette technique se retrouve dans les recherches sur le stress et le coping sous le terme de « *problem-focused coping* » (Lazarus & Folkman, 1984, in Gross 2007) ou de « *primary control* » (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1982, in Gross, 2008). Gross (2007) souligne la difficulté de distinguer entre la sélection et la modification de la situation, les efforts pour modifier une situation pouvant par exemple engendrer une nouvelle situation. Il précise également que, contrairement à la sélection de la situation qui peut être interne ou externe, la modification de la situation concerne la modification des environnements physiques externes. En effet, la modification des environnements internes consisterait en une stratégie de changement cognitif.

La troisième stratégie, le *déploiement attentionnel*, consiste à influencer la réponse émotionnelle en redirigeant son attention sur une situation particulière ou sur une facette de celle-ci (Gross, 2007). Sous le terme de déploiement attentionnel, nous pouvons regrouper différentes techniques de régulation, telles que le retrait physique de l'attention (*e.g.* se couvrir les yeux ou les oreilles dans une situation de peur), la redirection interne de l'attention (*e.g.* concentration, distraction par les pensées) ou encore la redirection externe de l'attention sur quelque chose d'autre, revenant à se concentrer sur une activité qui absorbe nos ressources cognitives, telle que le travail ou le jardinage (Gross, 2007 ; Erber & Tesser, 1992, in Gross, 1998). Il est à noter que certaines activités vont amener l'individu à être totalement absorbé par celles-ci et entièrement impliqué dans le moment présent, ce que Csikszentmihalyi (1975) a nommé « *flow* ». La distraction et la rumination sont les techniques de déploiement de l'attention qui ont été les plus étudiées. La distraction consiste à focaliser son attention sur des aspects non émotionnels de la situation (Nix, Watson, Pyszczynski, & Greenberg, 1995, in Gross, 1998) ou sur tout autre chose que la situation en question (Derryberry & Rothbart, 1988, in Gross, 1998). Elle peut également concerner le fait de changer de focus interne, comme la focalisation de son attention sur un objectif plus simple à réaliser que celui initialement visé (McIntosh, 1996, in Gross, 1998) ou encore de se replonger dans des pensées ou remémorations inconsistantes avec l'état émotionnel indésirable (Gross, 1998). La distraction a été majoritairement étudiée dans le contexte de la douleur, conduisant à une augmentation de l'activation des régions cérébrales associées au contrôle cognitif (*e.g.* régions corticales préfrontales latérales) et à une diminution de l'activation des régions cérébrales associées à la génération de la douleur (*e.g.* insula) (Ochsner & Gross, 2007). Elle semble bénéfique au premier abord et adaptée lorsqu'elle est utilisée avec modération dans des situations appropriées. Cependant, lorsque les individus se laissent aller à la distraction, ils ne sont plus capables de se confronter de manière efficace à leurs pensées anxieuses ou d'agir pour résoudre un problème. Quant à la rumination, elle se réfère à un focus persistant sur les pensées et sentiments associés à un événement qui a généré une émotion et donc à un focus soutenu sur le stimulus générant l'émotion. Il a été démontré que la rumination à propos d'événements tristes ou générant de la colère augmente la durée ainsi que l'intensité de l'émotion négative (Bushman, 2002, in Gross, 2008 ; Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990, in Gross, 2008 ; Ray, Wilhelm, & Gross, 2008, in Gross, 2008 ; Rusting & Nolen-Hoeksema, 1998). De même, la rumination s'est révélée être associée à des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs (Nolen-Hoeksema, Morrow, & Frederickson, 1993, in Gross, 2008 ; Spasojevic & Alloy, 2001, in Gross, 2008).

La quatrième stratégie mise en exergue par Gross est le *changement cognitif* consistant à choisir le sens donné à une situation vécue et donc à interpréter la situation émotionnellement chargée de manière différente dans le but d'altérer la signification accordée à cette situation. Ce type de stratégies se réfère aux théories de l'évaluation émotionnelle, telles que présentées par Lazarus (1994) et Scherer (1989). Un type de changement cognitif, la réévaluation, a fait l'objet d'une attention empirique particulière. Gross (2008) la définit comme étant un changement apporté au niveau de la signification accordée à une situation de sorte à changer la réponse émotionnelle engendrée par la situation. Il est important de préciser que cette conception constitue un des prémices de la thérapie cognitive. Gross considère cette stratégie comme la stratégie de choix permettant d'altérer les composantes expérientielle, physiologique et comportementale de la réponse émotionnelle sans effet délétère (*i.e.* sans augmentation des réponses physiologiques dans le cas d'une situation générant un affect négatif), diminuant ainsi l'intensité du sentiment émotionnel et du comportement expressif dans le cas d'affect négatif (Gross, 1998). Etant donné que la réévaluation apparaît relativement tôt dans le processus de génération de l'émotion, elle n'interférerait pas avec les autres processus cognitifs en cours. Richards et Gross (2000) l'ont d'ailleurs confirmé dans leurs recherches en ajoutant que cette technique n'a également pas d'impact sur les interactions sociales en cours. De plus, il s'agirait de la stratégie perçue par des étudiants comme étant la plus utilisée et la plus efficace (Loewenstein, 2007) et selon John et Gross (2004), la stratégie qui, si elle est utilisée régulièrement, corrèle avec des niveaux plus élevés d'affects positifs, de fonctionnement interpersonnel et de bien-être et des niveaux plus bas d'affects négatifs (voir aussi Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986 ; Mauss, Cook, Cheng, & Gross, 2007). Notons également que leur recherche indique une augmentation de l'utilisation de cette technique avec l'âge. L'intellectualisation et la comparaison sociale font également partie de ce groupe de stratégies.

Ces quatre stratégies représentent des catégories de stratégies ou registres dits « focalisés sur l'antécédent ». Un deuxième type englobe les différentes stratégies, ou registres de stratégies, visant à amplifier, diminuer, maintenir ou restreindre les réponses expérientielles, comportementales ou physiologiques. Il s'agit des catégories de stratégies de modulation de la réponse (*response modulation*), consistant à influencer les tendances de réponses une fois déployées. Il s'agit plus précisément d'influencer directement les réponses physiologiques, expérientielles et comportementales. Cette stratégie n'apparaît que tard dans le processus de régulation des émotions, à savoir après que les tendances de réponses aient été initiées. Comme exemples de cette deuxième catégorie, nous pouvons citer la prise de drogue (qui agit

directement sur le versant physiologique, tel que la tension musculaire (*e.g.* anxiolytique) ou sur le système sympathique (*e.g.* bêta-bloquants), les exercices, le biofeedback, la relaxation, etc. (pour une revue voir Gross, 1998). Gross s'est principalement attardé sur la stratégie de la suppression de l'expression émotionnelle qu'il définit comme étant les tentatives pour diminuer le comportement expressif en cours (*e.g.* cacher sa colère). Selon Butler et Gross (2004), la suppression expressive n'implique pas que le simple manque d'expression émotionnelle, mais un effort conscient de régulation qui cible spécifiquement le comportement expressif. Notons que John et Gross (2003) ont mis en évidence que les sujets qui utilisent cette technique tendent à l'appliquer à la fois pour les affects négatifs et positifs.

Les recherches empiriques sur la suppression mettent en évidence des effets mitigés quant à l'utilisation de cette stratégie. D'une part, les recherches de Gross et collaborateurs ont mis en évidence des effets délétères de l'utilisation régulière de la suppression, engendrant des coûts cognitifs (*e.g.* diminution des capacités mnésiques), sociaux (*e.g.* manque de support social ; voir Butler, Egloff, Wilhelm, Smith, Erickson, & Gross, 2003), mais aussi physiologiques nets (*e.g.* augmentation de la pression sanguine, de l'activation des régions dorsale et médiale préfrontale et de l'activation des régions impliquées dans la génération des émotions, telles que l'amygdale) (Gross, 2008), alors qu'elle semble ne pas réduire l'expérience de l'émotion négative (Gross, 1998). Des liens entre l'utilisation chronique de cette technique et de plus bas niveaux d'affects positifs, de plus hauts niveaux d'affects négatifs, le fonctionnement interpersonnel, le bien-être (Gross & John, 2003), l'incidence et la progression du cancer du sein (pour une revue voir Giese-Davis & Spiegel, 2003 ; Gross, 1989), ainsi que la psychopathologie ont également été mis en évidence (Gross & John, 2002 ; John & Gross, 2004). John et Gross (2004) mentionnent que l'utilisation habituelle de cette stratégie peut même contribuer à l'émergence d'un trouble anxieux ou de l'humeur ou plus généralement un trouble d'ordre émotionnel.

D'autre part, d'autres recherches ont mis en évidence des effets moins délétères quant à l'utilisation habituelle de cette stratégie. En effet, dans le domaine physiologique, les résultats sont mixtes. Certaines recherches ont abouti en l'absence de différence entre la suppression expressive et le fait de répondre spontanément, ou même à un déclin de l'activation physiologique avec la suppression. De même, la recherche de Dunn, Billotti, Murphy et Dalgleish (2009, in Leahy, Tirch, & Napolitano, 2011) a mis en exergue que la suppression émotionnelle est plus efficace que l'acceptation pour réduire l'impact d'événements

traumatisants suite au visionnage d'un support vidéo. Quant à celle de Chapman, Rosenthal et Leung (2009, in Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011), elle ajoute que la suppression n'est pas liée aux comportements alimentaires compulsifs, mais au fait de reporter un « meilleur jour » chez les individus avec des caractéristiques borderline élevées. Par conséquent, nous pouvons conclure que la suppression est parfois aidante, bien que cela ne soit pas toujours le cas. Relevons encore que la recherche de John et Gross (2004) indique que l'utilisation de la suppression diminue avec l'âge (voir aussi Gross, 2001).

Notons finalement que la fonctionnalité d'une stratégie de régulation des émotions, qui sera abordée plus précisément dans le sous-chapitre suivant, dépend fortement de la situation, ce qui peut expliquer d'ailleurs les résultats contradictoires portant sur les effets physiologiques des différentes stratégies. De même, une distinction doit être amenée entre les effets à court terme de l'utilisation d'une unique stratégie et ses effets à long terme, donc cumulatifs. Comme souligné dans le paragraphe précédent, la flexibilité est cruciale pour une régulation des émotions optimale. Selon Philippot (2007), Gross s'est concentré sur un lot limité de stratégies spécifiques. Par conséquent, il est trop hâtif de vouloir généraliser à toutes les stratégies centrées sur les antécédents les mêmes vertus que celles constatées pour la stratégie de la réévaluation cognitive ainsi que les mêmes effets délétères pour toutes les stratégies centrées sur les réponses. Ainsi, la plupart des chercheurs sont d'accord sur le fait que les stratégies basées sur l'évitement émotionnel, comme stratégie de sélection ou modification de la situation, ainsi que sur le déploiement attentionnel, peuvent avoir autant des effets positifs, tels que dans le cas de l'évitement d'une situation générant une peur « adéquate » face à un stimulus dangereux, que néfastes. Par exemple, le fait d'éviter une situation générant une peur « non justifiée » et de ne pas se confronter à cette situation aura pour conséquence le maintien de l'émotion évitée (*i.e.* la peur). Ainsi, tant que la personne ne se confronte pas et ne s'habitue pas à la situation anxiogène, l'émotion se maintiendra (*e.g.* Barlow, 2002 ; Barlow, Allen, & Choate, 2004). De même, de nombreuses stratégies centrées sur la régulation des réponses émotionnelles ont montré une efficacité clinique importante, telles que la relaxation ou le contrôle respiratoire (pour une revue, voir Philippot, 2007). Enfin, au niveau thérapeutique, il apparaît de plus en plus que les stratégies cognitives utilisées seules n'aient que peu d'efficacité (McNally, 2007, in Philippot, 2007) et que, pour être réellement efficaces, elles doivent être combinées avec des stratégies de confrontation émotionnelle, « c'est-à-dire à des expériences où l'émotion est activée et où l'individu apprend à réguler ou à apprivoiser ses réponses émotionnelles (Phillippot, 2007, p. 101) ».

3.3. Fonctionnalité des stratégies de régulation des émotions

Nous avons brièvement abordé dans la partie précédente la fonctionnalité d'une stratégie de régulation des émotions. Cependant, la question de savoir quelles stratégies ou quels comportements sont adéquats ou fonctionnels dans le but de gérer un vécu affectif mérite d'être davantage précisée. Reicherts (1999a) a élaboré tout un travail sur le concept des règles cognitivo-comportementales en lien avec la gestion du stress. Ces règles recommandent différents patterns de comportement de coping qui sont fonction des caractéristiques données ou perçues de la situation stressante (*i.e.* contrôlabilité, changeabilité, ré-occurrence, valence, nouveauté et transparence). Ces règles indiquent des catégories de comportements fonctionnels sans toutefois en déterminer les actions en détails (propriété stratégique) et sans en garantir l'atteinte du but (propriété heuristique). Ainsi, elles proposent l'exécution d'un comportement C pour atteindre le but B dans une situation S. Par exemple, dans une situation avec un important niveau de contrôlabilité mais un faible niveau de changeabilité (*i.e.* la probabilité que le stresser se modifie favorablement par sa dynamique propre est faible), il est recommandé d'essayer de faire quelque chose pour changer la situation (« *high active influence* »). Ces règles, pouvant être considérées comme des « normes conditionnelles », demandent que les buts et la situation soient définis. Elles sont basées sur des critères fondés empiriquement de probabilité de succès (*i.e.* le comportement C doit aboutir avec une certaine probabilité au but B), d'efficacité (*i.e.* les effets secondaires non voulus sont négligeables et le bénéfice du comportement est supérieur aux coûts qu'il implique) et fondées dans le respect des normes éthiques (*i.e.* ni le but B ni le comportement C ne transgressent les normes éthiques). Les critères centraux sont donc l'efficacité et l'efficacité spécifiques à la situation ou encore le caractère adaptatif et fonctionnel en lien avec la situation, évalué au regard des règles de coping adéquat. En outre, un index de conformité aux règles peut être calculé (« *rule conformity index* »). Par conséquent, cette approche permet de nombreuses prédictions (*e.g.* Les comportements de coping allant dans le sens des règles proposées facilitent le succès à court terme du coping et prédit un meilleur ajustement aux événements critiques de vie). De même, les sujets qui respectent davantage les règles (ou qui ont un meilleur index de conformité aux règles) ont des meilleurs indicateurs du bien-être (Reicherts & Pihet, 2000). Ces prédictions ont été testées dans une série de recherches empiriques et ont obtenu un fort support empirique (Reicherts, 1999).

Lazarus (1983, in Reicherts, 1999a ; Lazarus & Folkman, 1984, in Reicherts, 1999a) proposent deux angles pour discuter des critères de fonctionnalité, à savoir 1) la dimension temporelle (*i.e.* à court versus à long terme) et 2) différentes dimensions d'effet (*e.g.* satisfaction sociale et bien-être personnel). Or, selon Reicherts (1999a), des critères explicites de succès de la gestion ou de l'adaptation doivent également être définis pour aborder la fonctionnalité et l'adéquation de la gestion. Ainsi une gestion « réussie » pourrait être exprimée plus précisément par le concept d'atteinte des buts définis, comme par exemple le « contrôle de l'émotion », d'où la nécessité de comparer l'efficacité avec les coûts et d'inclure à la fois les critères d'efficacité et d'efficience de la gestion. Il ajoute qu'une tendance à la gestion appropriée en fonction de la situation doit en premier lieu être flexible. En effet, la personne devrait être capable de varier son comportement et avoir tendance à le faire de manière spécifique, c'est-à-dire de manière appropriée à la situation et aux buts visés dans la situation en question. Ces différents éléments ont également été avancés par Gratz et Roemer (2004). En effet, ces chercheurs ont suggéré la nécessité de considérer les demandes de la situation et les objectifs de l'individu afin d'évaluer le caractère fonctionnel et adapté d'une stratégie de régulation des émotions, soulignant que la régulation des émotions peut être uniquement comprise et évaluée dans un contexte spécifique (Pauls, 2004). Gratz et Roemer avancent également qu'une régulation des émotions adaptée implique de la flexibilité dans l'emploi des stratégies (Cole *et al.*, 1994, in Gratz & Roemer, 2004 ; Thompson, 1994). Par conséquent, une régulation adaptée de ses émotions revient en la capacité d'utiliser des stratégies de régulation des émotions qui soient appropriées en fonction de la situation et de manière flexible, dans le but de moduler les émotions dans le sens souhaité et pour que l'individu puisse atteindre ses objectifs en accords avec les demandes externes (Gratz & Roemer, 2004).

Sur la base de ces travaux, nous retenons en premier lieu comme critères de fonctionnalité d'une stratégie de régulation des émotions le *caractère adapté ou non de l'usage de la stratégie à la situation*, puis les *critères d'efficacité*, à savoir le résultat éventuel de l'utilisation de la stratégie et ses conséquences (contenant l'état final au moins en tant que possibilité et les éventuels effets négatifs et secondaires, donc les effets à court versus long terme sur le versant psychique, physique et social) et *d'efficience* (*i.e.* les coûts et les dépenses estimés au niveau psychique, émotionnel ou social) qui en découlent. Se plaçant sur un autre niveau, mais requérant également une importance, nous retenons finalement la *flexibilité* quant à l'usage des différentes techniques utilisées pour réguler l'émotion engendrée par une situation définie.

3.4. Mesures de la régulation des émotions : Description de l'inventaire de techniques de régulation des émotions - DOE-IT

Nous allons encore souligner dans le chapitre suivant l'importance de la régulation des émotions dans les domaines de la santé physique et psychique et son rôle crucial dans le travail clinique et psychothérapeutique (Philippot, 2007). Cependant, au regard de l'importance de cette thématique, il est essentiel de pouvoir évaluer l'ensemble des techniques de régulation des émotions dont font usage les sujets afin de gérer leur état affectif ainsi que l'efficacité perçue de cet usage pour ainsi avoir une vision plus claire sur les stratégies pouvant représenter un facteur de risque ou à l'inverse, protecteur, contre la psychopathologie (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Sweizer, 2010). Or, selon Gratz et Roemer (2004), la conceptualisation de la régulation des émotions n'est pas consistante et consensuelle et les mesures qui l'évaluent adéquatement manquent, tenant compte de sa complexité chez les adultes. Il existe un certain nombre de questionnaires auto-reportés portant sur les stratégies de régulation des émotions, que nous allons détailler pour certains dans le chapitre consacré à la méthodologie de notre recherche, mais comportent une ou l'autre des limites suivantes. En premier lieu, ils ciblent un nombre limité de registres de stratégies alors que les techniques de régulation des émotions peuvent prendre des formes bien différentes et se référer à différents niveaux du traitement affectif (Reichert, Defago, & Haymoz, 2009). En titre d'exemple, les composantes sociales et somatiques ne sont pas représentées dans la plupart des questionnaires. Deuxièmement, certains questionnaires existants ciblent uniquement le vécu affectif négatif. Or, nous verrons que la régulation de l'affectivité positive a également des liens importants avec la santé physique et psychique. Troisièmement, l'efficacité perçue concernant l'emploi des stratégies n'est pas évaluée alors que ce paramètre a son utilité. En effet, Loewenstein (2007) a mis en évidence que l'efficacité de la stratégie utilisée dépend de la métacognition qu'a le sujet de cette dernière par rapport à son utilisation, faisant que c'est davantage la croyance dans le fait que les stratégies de régulation émotionnelle soient efficaces que l'efficacité même des stratégies qui prime. Campbell-Sills et Barlow (2007) soulignent également l'importance de l'évaluation de l'efficacité en mettant en exergue que les patients anxieux ou dépressifs ne font pas que sélectionner des stratégies non adaptées afin de réguler leur état affectif, mais feraient également des tentatives non productives de régulation de leur affect, provoquant ainsi l'exacerbation et la persistance des émotions non souhaitées. Soulignons finalement que différents auteurs ont mis en exergue que la régulation des émotions peut être uniquement comprise et évaluée dans un contexte spécifique (Cole *et al.*, 1994, in Gratz & Roemer, 2004) ;

Thompson, 1994) permettant en outre de se prononcer sur le caractère « adapté » ou non de la stratégie utilisée (e.g. Thompson, 1994). Or cette dépendance au contexte est souvent négligée dans les différents questionnaires évaluant les stratégies de régulation des émotions.

Basé sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle, qui rappelle, se réfère au niveau cognitif, corporel/comportemental et social de l'expérience émotionnelle et de la régulation (Reichert, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2011), ainsi que sur le questionnaire UBV (voir Reicherts & Perrez, 1993), nous avons développé un inventaire (DOE-IT ; Reicherts & Haymoz, 2011) regroupant plusieurs registres fondamentaux de techniques de régulation des émotions que peuvent utiliser les sujets afin de réguler leur affectivité négative mais également positive. L'inventaire DOE-IT permet d'évaluer la fréquence d'utilisation de ces stratégies et l'efficacité perçue par les participants concernant leur emploi dans l'immédiat et à plus long terme. Une passation sous forme d'entretien structurée proposant différents scénarii dans lesquels le sujet est amené à se projeter existe également afin de pouvoir considérer les demandes de la situation et les objectifs de l'individu. Par le terme « inventaire », nous sous-tendons le fait que le DOE-IT répertorie un nombre important de possibilités d'action/comportements pour développer notamment un profil de la personne en terme d'efficacité perçue et d'utilisation de ces registres de techniques de régulation des émotions.

L'inventaire de techniques de régulation des émotions auto-rapporté (DOE-IT) comprend deux parties distinctes. La première concerne le vécu affectif négatif composée de 52 items et la seconde le vécu affectif positif comportant 44 items. Les participants répondent aux différents items en se prononçant sur une échelle de Likert en fonction de s'ils essaient d'utiliser la stratégie en question (« J'essaie de faire... », de 0 = pas du tout à 4 = régulièrement) et si la technique utilisée est efficace afin de réguler l'affect (« Si je fais ceci, c'est... », de 0 = pas du tout efficace à 4 = très efficace). Les items de l'inventaire décrivent des comportements spécifiques, se référant à des catégories fonctionnelles d'ordre cognitif, corporel/comportemental, social, situationnel et du domaine de la prise de substances. Les catégories suivantes ont été identifiées pour la régulation de l'affectivité positive :

1. Influence active sur la situation ou des éléments de celle-ci

Cette dimension concerne le fait d'influencer sur le moment la situation ou des paramètres de celle-ci pour la rendre plus agréable, d'influencer sur le moment des éléments de la situation pour résoudre le problème, d'agir de manière anticipée pour mieux gérer les

conséquences, mais aussi le fait de l'influencer de manière anticipée pour mieux la gérer. L'influence active sur la situation avait déjà été mise en exergue dans les recherches sur le coping, apparaissant dans le registre des stratégies dites « orientées sur la situation », qui a fait l'objet d'une recherche de Perrez et Reicherts (1992), dans laquelle des différences quant à son emploi ont été soulignées entre des personnes souffrant de dépression et des sujets contrôles. À part l'effet direct sur la situation et la modification de l'émotion qui y est liée, relevons également que les personnes qui mentionnent entreprendre des actions concrètes pour modifier les situations générant des émotions non souhaitées se disent plus heureuses (*e.g.* Billings & Moos, 1981, in Mikolajczak *et al.*, 2009), sont en meilleure santé physique (*e.g.* Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002, in Mikolajczak *et al.*, 2009) et ont une meilleure performance académique et professionnelle (*e.g.* Lee, Ashford, & Jamieson, 1993, in Mikolajczak *et al.*, 2009 ; Struthers, Perry, & Menec, 2000, in Mikolajczak *et al.*, 2009) que des sujets qui n'entreprennent peu ou pas de telles actions. Ces derniers indicateurs pouvant être considérés comme des critères généraux de fonctionnalité.

2. Recherche d'informations (sur la situation ou l'expérience émotionnelle)

Découlant également des recherches sur le coping (voir Perrez & Reicherts, 1992), cette dimension porte sur le fait de rechercher des informations pour mieux connaître la situation ainsi que les possibilités d'agir ou d'être dans cette situation. Elle englobe également le fait de vouloir clarifier les événements qui ont influencé le vécu pour mieux le comprendre et de clarifier la manière de faire face à la situation.

3. Changement d'intention ou d'objectif (concernant les actions à entreprendre)

Les items de cette dimension portent sur le changement des intentions initiales, des buts fixés ou encore des plans ainsi que sur le fait de développer d'autres buts ou d'autres projets. Ce registre découle également des recherches sur le coping (voir Perrez & Reicherts, 1992).

4. Acceptation

Certaines conceptualisations de la régulation des émotions ont mis l'accent sur le contrôle de l'expérience et l'expression émotionnelles, suggérant que la régulation des émotions implique nécessairement une diminution immédiate de l'affect négatif (*e.g.* Garner & Spears, 2000, in Gratz & Roemer, 2004). En contraste, d'autres insistent sur la nature fonctionnelle des émotions (*e.g.* Thompson, 1994) et sur l'importance d'accepter et de

donner de la valeur aux réponses émotionnelles quelles qu'elles soient (*e.g.* Linehan, 1993). Les stratégies de ce registre du DOE-IT font référence aux deux conceptions et concernent d'une part, le fait d'adapter les buts pour accepter la situation et de remarquer des changements dans sa propre motivation et d'autre part, l'acceptation en tant que telle. L'acceptation est ici conçue telle que l'a souligné notamment Leahy et collaborateurs (2011), à savoir le fait de prendre une posture intentionnellement ouverte, réceptive et de non jugement en respect avec les différents aspects de l'expérience. Cela ne signifie pas d'endosser ou de rechercher des expériences non plaisantes, mais d'accepter que des choses pénibles soient présentes qui sont au-delà de notre possibilité de les changer ou de les contrôler. Par conséquent, elle ne s'apparente en aucun cas à l'impuissance acquise, consistant en une acceptation fataliste conduisant à l'adoption d'une attitude passive lors des événements négatifs ultérieurs (Seligman, 1972, in Mikolajczak *et al.*, 2009). En effet, l'acceptation est un processus actif, s'agissant d'une part, d'accepter l'existence d'événement qu'il n'est pas possible de changer et d'autre part, d'accueillir pleinement la situation et les émotions suscitées.

Notons qu'une importante partie des thérapies qui ont émergé ces dix dernières années a mis l'accent sur la culture de l'acceptation (Leahy *et al.*, 2011). En effet, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les processus basés sur l'acceptation sont une caractéristique centrale de l'« *Acceptance and Commitment Therapy* » (ACT ; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) et de la « *Dialectical Behavioral Therapy* » (DBT ; Linehan, 1993). D'autres thérapies, comme la thérapie méta-cognitive (Wells, 2009) et la « *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* » (MBCT ; Segal, Williams, & Teasdale, 2002), ont également mis l'accent sur le fait d'accepter et d'observer les événements mentaux pour ce qu'ils sont. Les formes plus traditionnelles de la thérapie cognitive et comportementale (TCC) maintiennent également la position d'accepter les sentiments difficiles, mais dans un but de réduction des symptômes (Leahy *et al.*, 2011). Les techniques d'exposition en sont un exemple durant lesquelles le patient entreprend le challenge de faire face à l'anxiété dans le but de dépasser sa phobie ou autres problèmes anxieux (Barlow, 2002). La thérapie cognitive encourage également le patient de cesser la suppression et d'aller vers les émotions difficiles, particulièrement dans le traitement des troubles anxieux (Clark & Beck, 2009, in Leahy *et al.*, 2011).

Le fait d'entraîner des patients à cultiver l'acceptation en restant en présence d'expériences émotionnelles difficiles leur permet de s'habituer au côté déplaisant et de découvrir de nouvelles options comportementales. L'habituation, dans ce sens, n'est pas uniquement opérationnalisée comme visant un déclin des symptômes et des signes de l'anxiété en présence du stimulus redouté, mais représente un répertoire comportemental plus large permettant aux patients de faire face à des réponses émotionnelles non souhaitées et non plaisantes et ainsi de s'engager plus profondément dans les objectifs et les directions qu'ils souhaitent suivre (Leahy *et al.*, 2011). Relevons que l'acceptation apparaît ainsi comme une stratégie de régulation des émotions « adaptée », ce qui a été mis en évidence notamment dans la recherche de Carver et collègues (1989, in Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001), dans laquelle cette technique entretenait des relations positives avec les mesures de l'optimisme et de l'estime personnelle et négative avec les mesures de l'anxiété. Dans d'autres recherches, il a été montré qu'un faible niveau d'acceptation est lié à différents troubles incluant l'anxiété généralisée (Roemer & Orsillo, 2002), le trouble panique (Tull & Romer, 2007), l'usage d'héroïne (Tull, Schulzinger, Schmidts, Zvolensky, & Lejeuz, 2007, in Aldao *et al.*, 2010) et le trouble de la personnalité borderline (Gratz, & Gunderson, 2006 ; Gratz, Rosenthal, Tull, Gunderson, & Lejeuz, 2006). Finalement, le fait d'accepter entièrement et totalement les événements difficiles et les émotions engendrées par ces derniers améliore le bien-être et la santé physique (via une meilleure immunité et une meilleure résistance à la douleur (Burne, Carroll, Ring, Harrison, & Drayson, 2002, in Mikolajczak *et al.*, 2009 ; McCracken, & Eccleston, 2003, in Mikolajczak *et al.*, 2009).

5. Réévaluation/recadrage de la situation

Beck (1976) a mis en évidence que les processus cognitifs peuvent influencer l'expérience émotionnelle. Différentes techniques cognitives sont regroupées dans ce registre du DOE-IT, tel que le fait de voir la situation sous un autre jour et de mettre en exergue son côté positif ou intéressant, les apprentissages qu'il est possible d'en retirer ainsi que ce qu'elle peut nous amener de nouveau.

La réévaluation, ou le « recadrage de la situation », a fait l'objet de différentes recherches, notamment de Gross et collaborateurs (Ochsner & Gross 2005; Gross, 1998 ; 2007) et de Garnefski et collègues (2001 ; 2002 ; 2004 ; 2006 ; 2007) qui ont souligné l'efficacité de cette technique en terme de régulation des états affectifs, permettant notamment de distinguer entre des sujets cliniques et des « tout-venant ». En effet, il apparaît qu'en

modifiant l'interprétation que le patient se fait d'une situation, ce dernier peut réduire l'impact émotionnel découlant de celle-ci. C'est pourquoi, une réévaluation mal adaptée se retrouve au centre des modèles sur la dépression et l'anxiété notamment (Beck, 1976 ; Clark, 1988, in Aldao *et al.*, 2010 ; Martin & Dahlen, 2005 ; Salkovski, 1998, in Aldao *et al.*, 2010) et que l'usage de cette technique apparaît également dans le manuel d'intervention de Linehan (2000) pour le traitement du trouble de la personnalité borderline.

Mentionnons aussi que la technique psychothérapeutique cognitive de la « restructuration cognitive », consistant en l'identification des pensées automatiques du patient puis en leur modification, permet également d'aboutir à un tel recadrage de la situation. En effet, cette dernière est considérée au regard des éventuels biais cognitifs ou pensées dysfonctionnelles qui pourraient en modifier son interprétation. L'essence des méthodes cognitives utilisées dans le but de soulager une détresse implique ainsi la reconnaissance que la pensée n'est pas identique au fait. Cependant, l'identification de ce qui est pensé se fait suite à la prise de conscience de ce qui est ressenti (Mahoney, 2003). De manière plus large, nous pouvons mentionner que l'emploi des techniques thérapeutiques cognitives, qui ciblent les symptômes au travers un travail sur les perceptions cognitives et évaluations du patient, prédisent l'amélioration thérapeutique et que les gains thérapeutiques immédiats sont précédés par des changements au niveau des pensées. L'efficacité de la thérapie cognitive a d'ailleurs été démontrée pour divers troubles, notamment pour les troubles de l'humeur et anxieux (Leahy *et al.*, 2011).

6. Auto-verbalisation positive (instrumentale ou dirigée vers la personne)

Il s'agit de se parler de manière encourageante, se rappeler et se répéter des situations similaires, se rappeler de phrases et de verbalisations aidantes ou encore, de se redire ce qu'on a déjà pu vivre ou surmonter dans sa vie. Les bienfaits de l'auto-verbalisation positive avaient déjà été mis en évidence au début des années 20 par le pharmacien Coué (1925, in Lange, Richard, Kiestra, & van Oostendorp, 1997), mais aussi par Badouin (1920, in Lange *et al.*, 1997) et Shaffer (1947, in Lange *et al.*, 1997). Meichenbaum et Cameron (1974, in Lange *et al.*, 1997) ont ensuite prévu un entraînement à l'auto-instruction (*self-instructional training*) et ont pu constater des changements au niveau de la valence des auto-verbalisations et une amélioration des compétences cognitives auprès de patients schizophrènes hospitalisés. L'efficacité de ce même programme intégré dans une

intervention plus globale pour des patients adultes a également été confirmée par Dush, Hirt et Schroeder (1983 ; 1989, in Lange *et al.*, 1997). Ellis (1962 ; 1977, in Lange *et al.*, 1997), Beck (1967 ; 1970, in Lange *et al.*, 1997) et Meichenbaum (1974; 1975 in Lange *et al.*, 1997) ont également appuyé l'idée que les comportements symptomatiques peuvent être influencés par des auto-verbalisations dans un sens comme dans l'autre en fonction du caractère positif ou négatif de ces verbalisations. Relevons encore la recherche de Lange et collaborateurs (1997), dans laquelle des modifications des auto-verbalisations ont été intégrées comme stratégie spécifique de la thérapie cognitive en demandant aux patients de lire à haute voix des auto-déclarations positives incongruentes avec leurs verbalisations dépréciatrices. Cette technique s'est révélée efficace pour le traitement de l'anxiété, des douleurs psychosomatiques et des troubles alimentaires. Ces résultats encourageants ont été confirmés par ces mêmes auteurs dans une seconde recherche, notamment sur l'estime personnelle de patients adultes (Lange, Richard, Gest, Vries, & Lodder, 1998, in Lange *et al.*, 1997). Malgré le peu de recherches expérimentales sur cette technique de régulation des émotions, nous pouvons souligner son efficacité et, selon Mahoney (2003, p. 81), "self-talk is an important domain for awareness and change"⁶. Le fait d'avoir conscience de ses auto-verbalisations est alors un prérequis à l'emploi des méthodes cognitives et la porte d'entrée au changement psychothérapeutique. Soulignons encore que la recherche de Garnefski et Spinhoven (2001) ont mis en exergue que le blâme de soi, en opposition à l'auto-verbalisation positive, est lié à la dépression et à une mauvaise santé physique.

7. Support social (informationnel, émotionnel ou instrumental)

Il s'agit de s'adresser à une personne dans le but de recevoir de l'aide concrète, de connaître sa position par rapport à la situation en question, mais aussi d'aller vers quelqu'un pour partager son vécu et mettre des mots précis sur ce dernier. Ce dernier aspect se rapproche du « partage social de l'émotion » (« *social sharing of emotions* » ; Rimé, 1989, 2007), qui consiste à relater une situation vécue à autrui. Relevons que Mikolajczak et collaborateurs (2009) ont distingué entre le « partage social » et l' « expression clarificatrice » selon que l'interlocuteur est ou non l'objet de l'émotion. Les deux concepts ne sont pas différenciés dans le DOE-IT.

⁶ Traduction de Mahoney (2003, p. 81) : « l'auto-verbalisation est un domaine important pour la conscience et le changement ».

Le partage social des émotions a fait l'objet d'un grand nombre de recherches qui ont permis d'aboutir à différents constats. Premièrement, bien que le partage social ait la propriété de réactiver les émotions associées à l'expérience relatée et que le simple fait de parler d'un événement émotionnel ne permette pas d'alléger sa charge émotionnelle, les personnes sont enclines à parler des événements qu'elles ont vécus et évaluent ce comportement comme étant bénéfique (Zech, Rimé, & Nills, 2004). Deuxièmement, les effets du partage social semblent dépendre du contexte social dans lequel ce partage se fait, de la qualité des aspects expressifs et des caractéristiques du partenaire et de ses réactions (*e.g.* chaleur, support émotionnel, compréhension, intérêt). Pennebaker et Beall (1986) ont fait une recherche qui a permis de mettre en évidence que le fait d'écrire sur des aspects factuels d'un épisode émotionnel n'affecte aucunement la santé, mais le fait d'écrire sur des aspects factuels ainsi que sur les affects générés par ces aspects ont un impact sur la santé, insistant alors sur la dimension du ressenti. Finalement, les bénéfices du partage social sur les émotions seraient indirects. En effet, les recherches indiquent qu'il permet, sur le plan intra-personnel, de faciliter le traitement cognitif et émotionnel de l'épisode émotionnel (Lepore *et al.*, 2000, in Zech, Rimé, & Nills, 2004) (*e.g.* recevoir des informations permettant de réévaluer l'expérience et de construire du sens, expression d'estime/valorisation, assistance dans la modification de la situation, aide à la distraction) et sur le plan interpersonnel, de favoriser ou de renforcer la relation (*e.g.* restauration du sentiment d'appartenance et du lien social, obtention d'affection, de chaleur et de tendresse). Selon les auteurs, le partage social n'est donc pas en soi un processus de régulation des émotions. La recherche de Pasquier, Bonnet & Pedinielli (2008) apporte un regard nuancé en mettant en exergue des relations positives entre l'inhibition du partage social émotionnel et l'anxiété « état » et entre l'inhibition d'une partie du vécu émotionnel lors du partage et le niveau de dépression, en évoquant l'argument suivant permettant d'étayer ce constat : dans le premier cas, il s'agit d'une stratégie visant à éviter la réactivation du vécu émotionnel alors que dans le deuxième cas, le patient chercherait davantage à se préserver d'une vision négative de soi.

Laireiter, Baumann, Perkonigg et Himmelbauer (1997) ont souligné l'importance du soutien psychologique dans le vécu d'un stress important pour le maintien de la santé mentale. Lorsqu'un stress plus mineur est vécu par le sujet, l'importance du soutien instrumental a été mise en évidence par ces mêmes auteurs. Le rôle fonctionnel du support social dans le contexte du stress et coping a également été mis en évidence dans les

recherches de Schwarzer (2011). Le fait de demander de l'aide peut également être considéré comme une stratégie indirecte de modification de la situation (Mikolajczak *et al.*, 2009). En effet, c'est le cas lorsque nous faisons appel à une personne de son entourage afin de résoudre un problème. Cette modification de la situation implique que le patient exprime sa requête ou son besoin à une tierce personne. Notons que les personnes qui sont capables de faire appel et de recevoir l'aide d'autrui sont moins stressées et ont une meilleure santé physique (*e.g.* Bruchon-Schweitzer, 2002, in Mikolajczak *et al.*, 2009). Cependant, le fait de solliciter régulièrement de l'aide peut avoir des effets délétères, car amenant les autres à les trouver moins compétents, moins indépendants et moins forts et plus immatures (pour une revue, voir Mikolajczak *et al.*, 2009).

8. Relaxation mentale et physique (avec ou sans technique particulière)

Cette dimension regroupe deux registres fonctionnels évalués distinctement. En effet, elle englobe d'une part, des items décrivant la pratique de la relaxation/détente sans technique particulière, tels que le fait de respirer calmement, de changer de position corporelle, d'écouter de la musique, de laisser agir les sensations/impressions/bruits/sons sans les diriger et les laisser passer tels qu'ils sont et, d'autre part, des items décrivant des techniques de détente spécifiques et ciblées, tels que la respiration abdominale, la relaxation musculaire ou appliquée, la relaxation autogène ou encore la méditation. Ces techniques « physio-relaxantes » agissent directement sur le corps en provoquant un relâchement musculaire, une baisse du rythme cardiaque et de la tension artérielle (Mikolajczak *et al.*, 2009), donc sur la composante physiologique de l'état affectif.

Il existe de nombreuses *techniques de relaxation dirigée*, dont les deux plus connues sont l'« entraînement autogène » (Schultz, 1958, in Mikolajczak *et al.*, 2009) et la « relaxation musculaire progressive » (Jacobson, 1987, in Mikolajczak *et al.*, 2009), dont les effets de cette dernière ont largement été étayés empiriquement. Les recherches indiquent que la pratique quotidienne de la relaxation a un effet positif sur la performance au travail (Peters, Benson, & Porter, 1977, in Mikolajczak *et al.*, 2009), les manifestations psychologiques et physiques liées au stress (voir Murphy, 1996, in Mikolajczak *et al.*, 2009) et le bien-être et les indicateurs de santé des personnes souffrant d'un cancer, de céphalées ou d'hypertension (voir Carlson & Hoyle, 1993, in Mikolajczak *et al.*, 2009 ; Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001, in Mikolajczak *et al.*, 2009).

La pratique de la méditation a reçu une attention scientifique ces dernières années, étant liée au bien-être (e.g. Baer, 2003 ; Kabat-Zinn, 2003 ; Segal *et al.*, 2002) et aidant à gérer le stress, l'anxiété, les douleurs chroniques ainsi que certaines autres maladies (voir Kabat-Zinn, 2003). Des effets sur l'activité cérébrale ainsi que sur le système immunitaire peuvent également être cités, et ceci dès huit semaines de pratique quotidienne de méditation (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkrantz, Muller, Santorelli, Urbanowski *et al.*, 2003). Il existe plusieurs formes de méditation, dont la technique de la pleine conscience (« *mindfulness* »), qui a connu un regain d'intérêt ces dernières années, constituant un moyen avéré pour réguler ses émotions (Farb, Anderson, Mayberg, Bean, McKeon, Segal, 2010 ; Philippot, Neumann, & Vreilynck, 2007, in Mikolajczak *et al.*, 2009). Kabat-Zinn (2003, p. 190, in Mikolajczak *et al.*, 2009) définit la pleine conscience comme un « état de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement sur l'expérience qui se déploie au moment présent sans la juger. » Notons que la pratique de la pleine conscience a été mise en lien avec le bien-être psychologique (Brown & Ryan, 2003) et s'est montrée bénéfique dans un nombre important de recherches, à savoir pour le traitement des troubles de l'humeur (Segal *et al.*, 2002), notamment de la rechute dépressive, les troubles anxieux (Roemer & Orsillo, 2002), les troubles alimentaires, l'abus de substances, le trouble de la personnalité borderline (Linehan, 1993), les douleurs chroniques, la gestion de la maladie ainsi que pour de nombreux autres problèmes psychologiques (pour une revue, voir Baer, 2003), consistant en une technique psychothérapeutique en tant que telle (Roemer & Orsillo, 2002). Des recherches récentes en neurobiologie suggèrent même que l'entraînement à la pleine conscience permet d'augmenter le fonctionnement du traitement émotionnel en augmentant la traduction directe des sensations corporelles en émotions, sans lier ces émotions à la mémoire narrative (Leahy *et al.*, 2011).

La *relaxation sans technique particulière* comprend, quant à elle, toutes les techniques que la personne qualifie de relaxantes. McKay, Wood et Brantley (2007, in Mikolajczak *et al.*, 2009) ont répertorié un ensemble d'activités relaxantes basées sur différents sens, visant un relâchement de la tension musculaire et/ou physiologique que les sujets peuvent pratiquer à des fins de régulation des émotions.

9. Activité/activation physique

Cette dimension concerne la pratique d'une activité physique (*e.g.* s'activer, bouger, faire quelques pas), la réalisation d'un travail demandant un effort physique (*e.g.* jardinage, rangement), le changement de son activité pour faire autre chose ainsi que le fait de changer de position/s'étirer. Certaines de ces activités peuvent être effectuées dans l'immédiat et ainsi agir à court terme sur l'état émotionnel, tandis que d'autres sont habituellement utilisées par les individus pour gérer leur état affectif sur le plus long terme.

Les bienfaits de l'activité physique sur le bien-être physique et psychique ont largement été reconnus. En effet, la pratique régulière d'une activité physique a des effets bénéfiques sur le bien-être physique, le développement et l'évolution de certaines maladies. Plus précisément, ces liens sont bien démontrés dans les problématiques du surpoids et de l'obésité, des maladies cardiovasculaires, de l'hypertension, des problèmes rénaux, du diabète, de l'ostéoporose, des traumatismes chirurgicaux ou encore de certains types de cancers (pour une revue, voir Walther, 2013). La pratique de l'activité physique a également une influence positive sur le bien-être psychologique (*e.g.* Biddle, Fox, Boutcher *et al.*, 2000), notamment sur l'affectivité de valence positive chez des individus « tout-venant » (Arent, Landers & Etnier, 2000, in Walther, 2013 ; Netz, Wu, Becker, & Tenenbaum 2005, in Walther, 2013 ; Netz, 2009, in Walther, 2013). En outre, la littérature met en évidence des associations négatives entre la pratique d'activités physiques et la sévérité des troubles de l'humeur et anxieux (Shephard, 1995, in Walther, 2013 ; Stathopoulou, Powers, Berry, Smiths, & Otto, 2006, in Walther, 2013), faisant de cette pratique une technique psychothérapeutique pour le traitement des troubles susmentionnés et dont l'efficacité semble semblable à celle d'un traitement aux antidépresseurs chez des patients diagnostiqués avec un trouble de l'humeur, qui connaissent même un taux de rechute après six mois significativement moins élevé grâce à l'usage de cette pratique (Babyak *et al.*, 2000, in Mikolajczak *et al.*, 2009). L'activation comportementale fait d'ailleurs partie intégrante des interventions comportementales préconisées dans le traitement des troubles de l'humeur (*e.g.* Sturmey, 2009, in Walther, 2013). Les recherches relatives à l'anxiété indiquent que le niveau d'activité physique dans les loisirs serait associé au fait d'éprouver moins de symptômes anxieux dans la population générale, à une meilleure qualité de vie pour des personnes souffrant d'anxiété clinique et à risque restreint de développer un trouble anxieux (Martinsen, 2008, in Walther, 2013 ; Smits, Berry, Powers, Greer & Otto, 2008, in Walther, 2013). Cependant, comme le souligne Walther

(2013), « l'impact de programmes d'intervention avec exercices physiques a été moins étudié pour l'anxiété que pour la dépression et les résultats sont moins consistants ». Les études sur le stress suggèrent également que la pratique régulière de l'exercice physique soit en lien avec de meilleures capacités de gestion du stress (voir Walther, 2013). Par conséquent, il est largement reconnu que l'activité physique entretient des liens importants avec la santé physique et psychique et qu'elle représente également une technique de régulation des émotions.

10. Utilisation de substances (psychoactives, nourriture, boissons)

Ce registre porte sur le fait de consommer des substances (*e.g.* alcool, cigarette, calmant, médicament, remède psychoactif), des boissons (*e.g.* café, tisane) ou de la nourriture dans le but de réguler son affectivité.

L'utilisation de substances psychotropes dans un but d' « estompage » de l'affect négatif peut représenter à court terme une stratégie efficace. Cependant, si la personne en fait usage régulièrement et au détriment d'autres techniques de régulation, elle a un fort risque de développer des problèmes ou troubles en lien avec la substance consommée, influençant également sa santé mentale et physique (Sher & Grekin, 2007).

Deux registres supplémentaires sont présents afin de réguler un vécu affectif négatif, soit :

11. Evitement de la situation

Ce registre concerne l'évitement direct de la situation ou des paramètres de celle-ci, le fait de s'y retirer ainsi que l'attente passive. Par conséquent, cette catégorie fonctionnelle aborde l'évitement de la situation même et non l'évitement émotionnel. Les théories sur le coping faisaient déjà mention des stratégies de retrait ou de désengagement (Reicherts, 1999a). Comme indiqué dans le modèle de Reicherts (1999a), le fait de suivre la règle de gestion correspondante, en fonction du degré de contrôle et de changement possible de la situation, contribue substantiellement aux effets de la gestion et au bien-être. Dans le contexte de la régulation des émotions et du DOE-IT, l'usage de l'évitement d'une situation peut également parfois être tout à fait « adapté ». En effet, éviter une situation qui a généré une peur « adéquate » face à un stimulus dangereux est approprié. Cependant, il peut aussi être « non adapté », étant donné que l'absence de confrontation à la situation émotionnelle contribue au maintien de l'émotion. En tant que stratégie de régulation des émotions « non adaptée », l'évitement a fait l'objet de nombreuses recherches en lien avec la psychopathologie (*e.g.* Aldao *et al.*, 2010) et a été conceptualisé par les théories comportementales comme étant un facteur de maintien dans les troubles anxieux. En effet, Mowrer (1947) a proposé un modèle dans lequel la peur est premièrement acquise par conditionnement classique, amenant l'individu à éviter la situation redoutée et empêchant ainsi son extinction. La peur est alors maintenue via le conditionnement opérant. Ce modèle a été appliqué pour les troubles anxieux et plus précisément, pour l'attaque de panique (Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989, in Aldao *et al.*, 2010 ; Lissek, Rabin, McDowell, Dvir, Bradford, Geraci, Pine, & Grillo, 2009, in Aldao *et al.*, 2010), l'état de stress post-traumatique (Foa & Kozak, 1986, in Aldao *et al.*, 2010), la phobie spécifique (Merckelbach, de Jong, Muris, & van den Hout, 1996, in Aldao *et al.*, 2010) et l'agoraphobie (Rachman, 1993, in Aldao *et al.*, 2010).

12. Suppression de l'information

Il s'agit de garder à distance, de supprimer ou de détourner son attention des informations ou pensées sur la situation ou sur le vécu affectif présent ou encore, de penser à autre chose dans ce même but. McKay, Wood et Brantley (2007, in Mikolajczak *et al.*, 2009) ont distingué la distraction interne (*e.g.* penser à autre chose), qui s'intègre dans ce registre, de la distraction externe (*e.g.* faire autre chose) qui se retrouve en partie dans le registre

« activation physique » ou dans le fait d'engager son attention dans une autre activité cognitive. Relevons que la distraction se démarque du déni, dans lequel la personne refuse de reconnaître l'existence même de la situation difficile.

L'efficacité de la distraction interne est mixte. En effet, il apparaît que plus nous cherchons à nous distraire d'un événement négatif, plus celui-ci a tendance à revenir ultérieurement à la conscience (Wegner, Carter, White, & Schneider, 1987). Cependant, cet effet a été nuancé dans une méta-analyse, dans laquelle il a été montré qu'il s'appliquerait uniquement aux personnes souffrant d'un trouble clinique (Baeyens, 2006, in Mikolajczak *et al.*, 2009). A l'inverse de la distraction, le fait de faire face à la situation et aux émotions qu'elle suscite engendre moins d'émotions négatives à long terme que de s'en distraire (Vrielynck & Philippot, 2009, in Mikolajczak *et al.*, 2009). Cependant, la distraction peut également avoir des effets positifs. En effet, elle permet de réduire l'intensité de l'émotion et de favoriser la récupération cardio-vasculaire de l'individu (*e.g.* Nolen-Hoeksema, & Morrow, 1993, in Mikolajczak *et al.*, 2009). Ces résultats divergents peuvent peut-être s'expliquer en considérant la nature de la situation. La distraction serait alors une stratégie de régulation des émotions « adaptée » dans le cas d'une situation mineure, d'un problème insoluble ou encore d'un événement fortement chargé en émotions nécessitant d'être solutionné sereinement (Mikolajczak *et al.*, 2009). Elle peut également représenter une intervention « intermédiaire » permettant à l'individu de gagner du temps avant de s'engager dans d'autres tentatives de régulation.

La suppression des pensées non désirées a été étudiée par Wenzlaff et Wegner (2000), qui ont mis en évidence que le fait de tenter de supprimer volontairement une pensée provoque une augmentation de son accessibilité (« effet rebond » ; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987) et augmente l'activation émotionnelle, particulièrement au niveau physiologique. Ils ont également suggéré que la suppression chronique peut prévenir l'habituation aux stimuli émotionnels, résultant en une hypersensibilité à la dépression et aux pensées et symptômes anxieux (Najmi, Riemann, & Wegner, 2009 ; Najmi & Wegner, Najmi, Wegner, Nock, 2007). C'est ce que Hayes a nommé l'évitement expérientiel, à savoir la suppression ou l'évitement d'une gamme d'expériences psychologiques, incluant pensées, émotions, sensations, souvenirs et fortes envies ou désirs. Cet évitement expérientiel va paradoxalement augmenter les pensées négatives (Wenzlaff & Wegner, 2000) et donc entraîner différents problèmes, allant du trouble de l'humeur aux problèmes

de consommation de substances et empiéter sur le fait que l'individu puisse entreprendre les actions nécessaires pour faire face à son vécu (Hayes & Feldman, 2004). Relevons tout de même que des recherches plus récentes sur l'effet de la suppression des pensées ont mis en évidence des constats plus nuancés. En effet, il apparaît que l'utilisation de cette technique n'aboutit pas nécessairement à un effet rebond mais provoque une charge cognitive et une augmentation de la détresse chez l'individu qui en fait usage, étant donc rarement efficace. Plutôt que d'engendrer des troubles psychopathologiques, elle apparaîtrait comme un facteur venant « compliquer » le trouble d'ordre émotionnel (Najmi & Wegner, 2009). Hayes et collaborateurs ont alors proposé la technique de l'acceptation, que nous avons abordée ci-dessous, comme alternative adaptée à l'évitement et développé un traitement allant dans ce sens, l'« Acceptance and Commitment Therapy ».

Un autre aspect concerne le « *fine-tuning* » de l'attention. Ce concept concerne les situations (internes ou externes) pour lesquelles certains aspects de celle-ci sont laissés de côté dans un but de fonctionnement ou d'accomplissement d'une tâche (voir Kuhl, 1998, in Reicherts, 1999a; « *Handlungs-* » versus « *Lage-Orientierung* »).

Nous avons présenté les principaux registres du DOE-IT et justifié leur importance et leur inclusion dans notre inventaire sur la base des évidences cliniques et empiriques. Nous souhaitons maintenant aborder les différents liens empiriquement fondés entre le traitement affectif et d'une part, la santé physique et psychique et, d'autre part, la psychopathologie.

4. Vécu et traitement affectif : Liens avec la santé physique et psychique et la psychopathologie

Comme nous l'avons brièvement évoqué dans les chapitres précédents, notamment en abordant les stratégies de régulation des émotions, le vécu et le traitement affectifs jouent un rôle important dans la santé physique et psychique. Dans ce chapitre, nous souhaitons encore souligner leur importance et donnant un aperçu de leurs liens empiriquement fondés avec la santé physique et les difficultés ou troubles psychiques.

4.1. Liens avec la santé physique et psychique

Le fait que la santé ait une influence sur l'émotion et que l'émotion ait une influence sur la santé n'est plus sujet à débat. Bien que ce deuxième postulat ait déjà été mis en évidence par Socrate (496-399 av. J.C., in Cacioppo, 2003) et Hippocrate (466-375 av. J.C., in Cacioppo, 2003), il a été oublié durant la majeure partie du 20^{ème} siècle pour regagner en importance au 21^{ème} siècle avec la naissance d'un nouveau paradigme concernant la santé (Cacioppo, 2003).

Leventhal et Patrick-Miller (2000, in Diefenbach, Miller, Porter, Peters, Stefanek, & Leventhal, 2008) ont mis en évidence que l'émotion peut être la cause de l'état de santé, mais également le résultat de cet état. Des liens directs (*e.g.* avoir une influence sur le système immunologique) ou indirects (*e.g.* avoir une influence sur les cognitions ou les comportements associés à la santé) entre émotions et santé ont été identifiés (Diefenbach, Miller, Porter, Peters, Stefanek, & Leventhal, 2008 ; Consedine, 2008). Nous expliquerons certains mécanismes sous-tendant ces liens à la fin de ce sous-chapitre.

En ce qui concerne l'affectivité négative, d'importants niveaux d'affects négatifs agiraient comme prédicteur de l'augmentation du risque de maladies et de la mortalité (Diefenbach *et al.*, 2008). Ce type d'affectivité a notamment été impliqué dans les maladies suivantes : le cancer, l'arthrite, le diabète, le virus HIV, le rhume, les maladies cardio-vasculaires, notamment dans les processus de base de la maladie, mais aussi dans le fonctionnement immunologique de la personne souffrant de problèmes cardiaques, l'incidence de la maladie et la mortalité précoce lui étant liée (pour une revue, voir Consedine, 2008).

Par conséquent, un niveau élevé d'affects négatifs semble favoriser la maladie. Des liens indirects peuvent également être soulignés entre de hauts niveaux d'affects négatifs et la santé. En effet, l'affectivité négative peut avoir une influence sur des comportements nuisibles à celle-ci, tels que le fait de fumer, de manger gras et sucré, de manger trop abondamment, de consommer de l'alcool ou des drogues et le fait de faire moins d'exercices physiques (pour une revue, voir Consedine, 2008).

D'autres auteurs se sont davantage intéressés à la manière dont ces émotions négatives sont exprimées et régulées. Différentes recherches ont mis en lien l'absence de régulation d'une émotion, ou de son inhibition, avec la santé physique et un bien-être subjectif moindre (Lischetzke & Eid, 2003 ; Ryff & Singer, 2003) et plus particulièrement, avec l'hypertension et les problèmes cardiaques (Beresnevaite, 2000 ; Sagorsky, 2003), l'augmentation du risque de maladies et avec l'accélération de la progression du cancer (pour une revue, voir Gross, 1998). Une incapacité à réguler ses émotions a également été mise en lien avec une diminution de l'efficacité au travail, du fonctionnement social et de l'intimité (voir Gross & Muñoz, 1995), en tant qu'indicateurs de santé mentale. En outre, l'inhibition chronique de l'expression émotionnelle semble être associée à une réactivité physiologique plus forte en situation émotionnelle (Gross, 2007). Finalement, rappelons que l'utilisation de certaines stratégies de régulation a été associée au bien-être (*e.g.* l'usage de la réévaluation à un meilleur fonctionnement émotionnel et l'inverse pour la suppression ; Gross & John, 2003).

Nous avons bien moins de connaissances sur l'affectivité positive et ses liens avec la santé et encore moins sur les liens entre sa régulation et la santé. Cependant, les recherches existantes indiquent que l'affectivité positive est aussi associée à la santé physique. En effet, elle permet de prédire une meilleure santé dans les cinq semaines et les deux ans et a été associée notamment à la longévité, à la vitesse du rétablissement post-opératoire et le nombre de douleurs mentionnées, à l'évolution du virus HIV et la mortalité lui étant lié, aux perturbations en réponse à différents stressors, à l'évolution de problèmes pulmonaires, à l'espoir lié à une augmentation de la longévité chez des patients cancéreux, à une diminution des problèmes d'hypertension et de diabète ou encore, à une mortalité plus basse. Nous référons le lecteur à Consedine (2008) et à Diefenbach, Miller, Porter, Peters, Stefanek et Leventhal (2008) pour le détail des liens susmentionnés.

L'affectivité positive semble alors avoir des bénéfices directs sur la santé, agissant notamment sur les hormones et le système immunitaire des personnes (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2003, in Consedine, 2008 ; Kemey, & Shestyuk, 2010), mais aussi en favorisant leurs styles cognitifs (Tugade, Frederickson, Barrett, 2004, in Consedine, 2008) et comportements liés à la santé (*e.g.* exercice et nutrition, voir Griffin, Friend, Eitelm & Lobel, 1993, in Consedine, 2008). Il semblerait également que les émotions positives favorisent le retour de l'organisme à son état d'homéostasie, en évitant ainsi les effets potentiellement négatifs des émotions négatives trop prolongées (Levenson, 1999, in Consedine, 2008).

Les dimensions du modèle de l'Ouverture Emotionnelle ont également été mises en lien dans une recherche pilote avec les indicateurs de bien-être et de santé, évalués par le WHOQOL-Bref (Skevington, Lotfy et O'Connell, 2004). Plus précisément, 1) la capacité de pouvoir se représenter cognitivement et conceptuellement un état affectif (REPCOG) a été mise en lien avec la santé psychique et physique, 2) la capacité de pouvoir le réguler (REGEMO) avec la santé psychique et la qualité des relations sociales et 3) la communication des émotions (COMEMO), de manière tendancielle, avec les aspects environnementaux de la qualité de vie (Haymoz, Willy, Bourquin, & Reicherts, 2009).

4.1.1. Mécanismes biopsychologiques impliqués dans le vécu et le traitement émotionnels

Ces liens entre affectivité, traitement affectif et paramètres physiques et psychiques peuvent s'expliquer par différents mécanismes. Nous souhaitons nous attarder brièvement sur l'implication du système nerveux autonome et des principales aires cérébrales engagées dans le vécu affectif, et particulièrement dans celui de la peur. En effet, ne pouvant pas détailler dans ce chapitre l'ensemble des mécanismes identifiés pour l'ensemble des émotions de base, nous avons opté pour une focalisation sur ceux qui ont davantage été étayés empiriquement. Soulignons que différentes méthodes ont permis des avancées considérables sur la compréhension de ces mécanismes, à savoir les recherches effectuées sur les animaux, sur certains sujets cérébro-lésés (voir notamment Bechara, 2004) et depuis plus récemment, la neuro-imagerie fonctionnelle (voir notamment Elliott & Dolan, 2009). Ce champ de recherche étudie généralement la perception d'informations émotionnelles au moyen de stimuli sensoriels, l'expérience de certaines émotions couplées avec différentes évaluations subjectives ou avec des tâches de régulation des émotions (Pichon & Vuilleumier, 2011).

Nous avons déjà mentionné dans le chapitre introductif qu'une émotion est toujours accompagnée de différentes manifestations physiologiques, tant au niveau interne (*e.g.* processus gastro-intestinaux, cardio-vasculaires, respiratoires) qu'externe (*e.g.* processus somato-musculaires, mouvements, tensions, gestes) (Stemmler, 2004). Ces manifestations ont notamment la fonction de préparer notre corps à un événement afin qu'il puisse y faire face adéquatement. Par exemple, dans le cas d'une situation générant une peur intense, nous adoptons soit un comportement de gèle (« *freezing* ») soit de fuite qui sera accompagné de différentes manifestations : 1) sur le plan cardiovasculaire (*e.g.* augmentation de la fréquence cardiaque), 2) sur le plan respiratoire (*e.g.* augmentation du rythme respiratoire), 3) au niveau musculaire (*e.g.* augmentation du tonus), 4) au niveau sanguin (*e.g.* augmentation de la glycémie), 5) sur la plan digestif (*e.g.* diminution de la capacité à digérer) ou encore, 6) sur le plan cutané (*e.g.* augmentation de la sudation). Les changements physiologiques présentés ci-dessus préparent ainsi l'individu à fuir face à la situation de peur (Barlow & Durand, 2007). Ces changements sont provoqués par le système nerveux autonome qui est divisé en deux systèmes, tous deux ayant des effets physiologiques contraires : le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique (Nevid, Rathus, & Green, 2009). Le système nerveux sympathique s'active en présence de facteurs de stress ou de danger réel ou supposé en provoquant une activation physiologique. Par conséquent, il intervient dans les processus qui mobilisent les ressources du corps (Bear, Connors, & Paradiso, 2007). À l'inverse, le système nerveux parasympathique s'active en l'absence de facteurs de stress ou de danger et provoque une diminution de l'activation physiologique et un rétablissement de l'homéostasie (Öhman & Rück, 2007 ; Öhman & Wiens, 2009 ; Bear *et al.*, 2007 ; McEwen & Seeman, 2003). Par conséquent, lorsque le système nerveux sympathique est très actif, le parasympathique l'est moins et vice-versa. Dans notre exemple précédent, les manifestations décrites seront davantage l'action du système sympathique. Bien qu'ils puissent agir sur les mêmes organes, ils ne sont pas associés à l'activité des mêmes neurotransmetteurs ; le système nerveux sympathique étant associé aux deux neurotransmetteurs qui sont la noradrénaline et l'adrénaline, tandis que le système parasympathique est associé à l'acétylcholine. Ces neurotransmetteurs sont d'ailleurs présents dans la présentation des mécanismes d'acquisition et de maintien de certains troubles psychiques.

Outre ces systèmes décrits, différentes structures cérébrales participent à l'expérience et à l'expression des émotions (Bear *et al.*, 2007 ; Davidson, Pizzagalli, Nitschke, & Kalin, 2003 ; Davidson, Scherer, & Goldsmith, 2003 ; Ledoux, 1994). Comme l'indique Lotstra (2002), il ne

semble pas y avoir un centre unique, mais des « systèmes composés » de plusieurs unités cérébrales reliées. Ainsi chaque structure contribue distinctement à l'évaluation affective des signaux sensoriels ainsi qu'à la régulation des émotions (Pichon & Vuilleumier, 2011). Certaines structures vont alors être activées de manière sélective en relation avec des catégories d'émotions primaires. Par exemple, l'amygdale sera activée lors d'une émotion de peur, le striatum ventral avec l'émotion de plaisir, l'insula avec le dégoût et le cortex cingulaire antérieur avec la tristesse. Toutefois, les données récentes ont permis d'établir que la plupart des régions impliquées dans les processus affectifs tendent à participer à plusieurs catégories d'émotions. Ainsi, plusieurs régions cérébrales sont systématiquement impliquées dans différentes émotions (Pichon & Vuilleumier, 2011).

Comme brièvement mentionné, l'amygdale, qui se situe dans la partie antérieure du lobe temporal, est fortement impliquée dans la peur et l'anxiété. Elle reçoit des projections des aires corticales sensorielles (principalement des régions sensorielles du thalamus et du cortex, mais aussi d'autres structures comme l'hippocampe et le cortex préfrontal) et va projeter sur l'ensemble du lobe temporal et occipital, entretenant ainsi des relations directes avec l'ensemble du cerveau y compris les cortex sensoriels et moteurs (Pichon & Vuilleumier, 2011). Elle va ainsi influencer différents systèmes cérébraux, à savoir le cortex sensoriel pour la perception, l'hippocampe pour la mémoire, les noyaux adrénergiques pour l'éveil ou encore, l'hypothalamus pour les hormones de stress (*e.g.* le cortisol). C'est pourquoi, une lésion à l'amygdale perturbe l'évaluation du danger et l'apprentissage d'une réponse de peur adaptée au contexte. En outre, la neuro-imagerie fonctionnelle a mis en évidence que la stimulation électrique de l'amygdale induit des modifications comportementales et physiologiques identiques à celles observées dans les situations de peur intense (Belzung, 2007) et qu'une hyperréactivité de l'amygdale (et d'autres régions frontales) est associée à la physiopathologie des troubles anxieux. Par conséquent, chez les personnes les plus anxieuses, nous pouvons observer une modification du métabolisme cérébral dans le cortex orbito-frontal droit, le gyrus cingulaire et l'amygdale.

La réponse de l'amygdale a en principe pour caractéristiques d'être rapide et en partie automatique. Cependant, deux voies afférentes (ou de traitement de l'information) ont été identifiées, à savoir l'une sous-corticale rapide (*i.e.* voie thalamo-amygdalienne ou traitement *bottom-up*, à savoir qui passe directement du thalamus à l'amygdale), et l'autre sous-corticale plus lente (*i.e.* traitement *top-down* ou voie descendante ou thalamo-cortico-amygdalienne), à

savoir qui interpose le cortex entre le thalamus et l'amygdale (Rauch, 2009 ; Dalglish, 2009 ; Berntson, Cacciopo & Sarter, 2009).

Ainsi, pour reprendre l'émotion de peur, citons l'exemple d'un promeneur qui voit un serpent sur son chemin. Cette stimulation visuelle va évoquer la présence d'un danger pour la personne, et cela même si celle-ci n'en est pas consciente. Ce stimulus sensoriel va d'abord atteindre le thalamus. Depuis-là, il peut suivre les deux voies possibles. Dans la première, la voie thalamo-amygdalienne, une perception grossière et rapide de la situation est transmise du thalamus à l'amygdale. L'amygdale, à travers son noyau central, va déclencher des réactions émotionnelles et de préparation à l'action avant même que le stimulus ne soit vraiment représenté ou interprété par le promeneur. Cette voie courte permet d'assurer ses réactions de survie, de fuite et de défense dans un délai très court. Comme le souligne Pichon et Vuilleumier (2011, p. 765) « ces réponses rapides permettent à l'amygdale d'augmenter l'activité des régions sensorielles (par exemple visuelle) impliquées dans la perception du stimulus, grâce à ses projections en retour sur l'ensemble du lobe temporal et occipital. Elle accroît ainsi la « saillance » du stimulus et favorise l'orientation de l'attention vers la source du danger ». Dans la deuxième voie, la voie thalamo-cortico-amygdalienne, le stimulus est transmis du thalamus vers le cortex sensoriel approprié afin d'y être interprété. Dans notre exemple, il s'agit du cortex visuel qui va traiter le stimulus et fournir à l'amygdale une représentation plus précise de ce dernier afin de statuer sur son degré de dangerosité. Cette analyse va maintenir ou inhiber l'action de l'amygdale sur les différentes structures responsables des manifestations physiologiques de la peur, tel qu'illustré ci-dessus (*e.g.* accélération du rythme cardiaque). Dans le cas où le stimulus est effectivement un serpent, le cortex visuel renforce la fonction amygdalienne, maintenant ainsi les manifestations corporelles de la peur. Par contre, si l'analyse de l'information du cortex indique qu'il s'agit d'un simple bâton, la fonction amygdalienne est inhibée et les expressions physiologiques de la peur estompées (Lotstra, 2002). Plus précisément, il s'agirait du cortex frontal médian qui régule l'amygdale de manière *top-down* et qui permet l'atténuation de la réponse de peur une fois le danger passé ou lorsque le stimulus menaçant change de signification (Rauch, 2009). L'hippocampe, quant à lui, a pour fonction d'apporter des informations sur le contexte de la situation. Enfin, le circuit cortico-striato-thalamo-cortical influence le thalamus et régule de cette manière le flux de nouvelles informations qui arrivent à l'amygdale. Ainsi, même si les évaluations peuvent être produites de manière automatique par des processus *bottom-up*, elles peuvent être contrôlées par les processus *top-down*, ce qui permet à la personne de prêter attention ou d'interpréter la situation de différentes manières.

Par conséquent, l'amygdale semble accomplir différentes fonctions. En effet, elle permet une évaluation primaire de la menace, prépare l'organisme à combattre ou à fuir (à travers ses projections ascendantes vers les régions motrices et les projections descendantes vers les noyaux du tronc cérébral qui contrôlent les réponses autonomes), facilite l'acquisition de nouvelles informations (via ses projections vers les régions sensorielles) et améliore l'*arousal* et la plasticité (via entre autres les projections vers le cerveau antérieur et l'hippocampe) (Rauch, 2009). Ainsi, elle module des réactions à des événements qui ont une importance pour la survie de la personne, ce qui lui permet de réagir presque instantanément à la présence d'un danger, mais joue aussi un rôle important dans la capacité de ressentir et de percevoir des émotions chez soi et chez les autres. Néanmoins, le rôle de l'amygdale ne se limite pas aux émotions négatives, s'activant également en présence de stimuli appétitifs ou de l'humour ; ce qui suggère que son activation dépend davantage, non pas de la valence du stimulus, mais de son importance pour les besoins de l'organisme (Belzung, 2007).

Mentionnons en dernier lieu que les recherches sur l'anticipation de la peur mettent en évidence une modification de l'activité dans le cortex préfrontal associée à une augmentation de l'activité au niveau de l'aire temporale, du cortex orbito-frontal et de l'insula. Ainsi, les recherches en neuro-imagerie fonctionnelle nous ont permis d'établir l'implication d'un réseau cérébral dans la peur/anxiété chez le sujet « tout-venant », comportant l'amygdale, l'hippocampe, le cortex cingulaire, l'insula et le cortex préfrontal (Belzung, 2007). Chez les sujets souffrant d'un trouble anxieux, des anomalies morphologiques et fonctionnelles sur les aires susmentionnées peuvent alors être observées.

Dans le but de mieux saisir les liens entre le vécu et le traitement affectif et la santé physique, nous nous sommes focalisés sur les principaux mécanismes identifiés lors d'une émotion de peur, ne pouvant détailler les mécanismes impliqués dans les autres émotions. Pour avoir un aperçu de ces derniers, nous référons le lecteur notamment au livre de Belzung (2007) et poursuivons avec la description des liens qu'entretiennent le vécu et le traitement affectifs avec les difficultés ou troubles psychiques.

4.2. Liens avec les difficultés psychiques et la psychopathologie

Comme le souligne Philippot (2007), nous ne rencontrons pratiquement jamais en consultation psychologique une personne dont la plainte principale ne concerne pas un vécu émotionnel douloureux et dysfonctionnel. En effet, les personnes qui souffrent d'une psychopathologie ont un vécu affectif dont les caractéristiques ou le traitement diffèrent des « tout-venant » (Kring & Werner, 2004 ; Newman & Lorenz, 2003 ; Philippot, 2007 ; Post, 2003). Nous pouvons distinguer des difficultés au niveau : 1) de l'activation émotionnelle, à savoir soit une sur-activation émotionnelle (*i.e.* l'émotion se manifestant trop intensément ou se déclenchant de manière non contrôlée dans des circonstances non justifiées, par exemple dans les troubles anxieux) ou à l'inverse, une sous-activation émotionnelle (*i.e.* manque d'émotions ressenties, par exemple dans la schizophrénie), mais aussi 2) des difficultés au niveau de l'expression émotionnelle, se manifestant par une inhibition des aspects expressifs ou du ressenti subjectif de l'émotion ou par le fait que l'individu ne sache pas comment l'exprimer, et finalement 3) au niveau de la régulation des émotions abordée plus spécifiquement ci-dessous. Malgré que cette distinction ne soit pas conservée dans la suite de ce chapitre, Cicchetti, Ackerman et Izard (1995) ont distingué la dysrégulation des émotions des problèmes de régulation des émotions. La dysrégulation des émotions implique une application non appropriée ou non adaptée des processus de régulation qui sont présents malgré tout et qui seraient disponibles pour un emploi approprié. Les problèmes de régulation des émotions reflètent, quant à eux, l'absence ou un déficit des processus de régulation, s'agissant alors d'une perturbation plus fondamentale.

Ainsi, des dérèglements émotionnels se retrouvent dans plus de la moitié des troubles de l'axe I et dans tous les troubles de l'axe II du DSM-IV (APA, 1994 ; Rottenberg & Johnson, 2007). Différents auteurs ont effectué une revue des symptômes émotionnels caractérisant différents troubles cliniques, tels que Philippot (2007), Rottenberg et Johnson (2007) ou encore Kring (2010). Comme nous n'allons pas expliciter ces caractéristiques émotionnelles propres à chaque trouble, nous proposons au lecteur de se référer aux ouvrages mentionnés. Soulignons à nouveau que ce n'est pas les émotions en tant que telles qui sont dysfonctionnelles, mais leurs caractéristiques (*e.g.* fréquence, intensité, durée, caractère approprié ou non à la situation) ou leur traitement.

Afin d'illustrer ce vécu affectif et fonctionnement émotionnel particulier chez des personnes souffrant d'un trouble, nous nous attardons sur les caractéristiques émotionnelles des personnes

souffrant d'un trouble de l'humeur ou anxieux, telles qu'abordées par Mennin (2004). Ce dernier s'est basé sur la théorie de l'intelligence émotionnelle afin de mettre en évidence quatre composantes pouvant interagir et être liées temporairement. Ces composantes sont les suivantes :

- 1) Une intensité des émotions plus élevée, à savoir des réactions émotionnelles arrivant intensément et rapidement.
- 2) Une faible compréhension des émotions, à savoir une difficulté à identifier les émotions, telles que la colère, la tristesse, la peur, le dégoût ou la joie.
- 3) Une réactivité négative aux états émotionnels, à savoir que les émotions sont perçues comme étant anxiogènes et vécues de manière aversive, créant ainsi des processus attentionnels rigides, un manque d'acceptation et l'activation de croyances négatives sur les émotions.
- 4) Une gestion mal adaptée des réponses émotionnelles, donc une difficulté à savoir quand et comment augmenter ou diminuer l'expérience émotionnelle de manière appropriée au contexte environnemental et en fonction des objectifs personnels.

Différentes recherches ont mis en évidence des liens entre des déficits sur l'une ou l'autre composante du traitement affectif et différents troubles d'ordre émotionnel, soit pour l'anxiété généralisée (Farach & Mennin, 2007 ; Johnson, 2009 ; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002; Roemer & Orsillo, 2002 ; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, Fresco, 2005), la phobie sociale (Mennin, 2010 ; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, & Fresco ; 2005), les attaques de panique (Tull & Roemer, 2007), l'état de stress post-traumatique lié à un abus sexuel durant l'enfance (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002, in Mennin, 2004), les troubles alimentaires (Safer, Telch, & Agras, 2001) ou encore la dépression (Johnson, Gruber, & Eisner, 2007 ; Leahy, 2002, in Leahy *et al.*, 2011 ; Rottenberg, 2007).

En ce qui concerne plus précisément la régulation des émotions, elle apparaît également comme étant problématique chez les sujets qui souffrent d'une pathologie et a été associée notamment au fait de manger compulsivement (*e.g.* Lingswiler, Crowther, & Stephens, 1989, in Gross, 1998), aux troubles alimentaires (Alpers & Tuschen-Caffier, 2001; Gross & John, 2003; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier, & Ehring, 2012 ; Whiteside, Chen, Neighbors, Hunter, Lo, & Larimer, 2007), à l'abus de substances (*e.g.* Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995 ; Curtin & Lang, 2007 ; Guilbaud, Corcos, & Speranza, 2003 ; Sher & Grekin, 2003, 2007), aux troubles

anxieux et de l'humeur (*e.g.* Barlow, 2002 ; Campbell-Sills & Barlow, 2003 ; Dennis, 2007 ; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, & Fresco ; 2005 ; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002) ou encore, au trouble de la personnalité borderline (Linehan, 1993 ; Yen, Zlotnick, & Costello, 2002). Par conséquent, la régulation des émotions semble être à la base d'une variété de problèmes et troubles psychopathologiques. En outre, comme le mentionnent Campbell-Sills et Barlow (2007), de nombreuses caractéristiques cliniques de l'anxiété et des troubles de l'humeur peuvent être perçues comme des tentatives non adaptées de réguler des émotions non souhaitées, provoquant ainsi leur exacerbation ainsi que leur persistance. Il en va de même pour les troubles alimentaires, souvent conceptualisés comme des stratégies de régulation non adaptées (Overton, Selway, Strongman, & Houtson, 2005) ou encore la consommation d'alcool pour réguler les états affectifs, autant négatifs que positifs (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995). L'important taux de comorbidité caractéristique de nombreux troubles vient également étayer la proposition de considérer les troubles comme résultant d'un déficit au niveau de la régulation des émotions (Barlow, Allen, & Choate, 2004). Ces propos soulignent encore l'importance d'un traitement thérapeutique qui implique un travail sur la régulation des émotions.

Différentes recherches portant sur les dimensions du modèle de l'Ouverture Emotionnelle ont finalement mis en évidence des patterns particuliers chez les sujets souffrant d'une pathologie. En effet, ces derniers semblent éprouver significativement plus de difficultés à identifier (REPCOG), réguler (REGEMO) et communiquer (COMEMO) leurs émotions et à percevoir davantage leurs manifestations corporelles internes accompagnant une émotion (PERINT) que des sujets « tout-venant ». Allant dans ce sens, nous pouvons citer les recherches portant sur des sujets souffrant de troubles de la personnalité borderline et antisociale, de troubles de la dépendance (Reicherts *et al.*, 2007), d'un trouble somatoforme (Salamin, 2010, 2012), de stress post-traumatique, d'arachnophobie (Reicherts, Rossier, & Rossier, 2012), d'un burnout (Genoud & Brodard, 2012), de troubles ou comportements alimentaires problématiques, de comportements phobiques, mais encore de dépendance aux jeux (Reicherts, Casellini, Duc, Grespi, Romailier, & Balmelli, 2004 ; Reicherts, Casellini, Duc, & Genoud, 2007 ; Reicherts & Genoud, 2012). Comme le souligne Reicherts et collaborateurs (2004, p. 12), « ces processus peuvent être décrits en termes de modèles de dysfonctionnement, qui proposent des facteurs et des processus favorisant la manifestation, le déclenchement et le maintien des comportements et du vécu pathologiques, souvent sous forme de « cercle vicieux ». C'est dans ce contexte que l'affectivité, les processus émotionnels et le traitement émotionnel semblent particulièrement

importants, dans la mesure où des processus affectifs problématiques ou lacunaires peuvent avoir une influence sur les manifestations du trouble, sur le bien-être en général, mais aussi sur la motivation à entreprendre une thérapie, sur l'adhérence et l'engagement dans les processus thérapeutiques, modulant ainsi les effets de l'intervention ».

Une augmentation de l'attention a alors été accordée à la régulation des émotions et à sa fonction unificatrice dans la présentation de divers symptômes et comportements non adaptés (Gross & Munoz, 1995). En effet, les difficultés en matière de régulation des émotions, étant associées avec différents troubles mentaux (Greenberg, 2004) et incorporées dans différents modèles psychopathologiques spécifiques (Aldao *et al.*, 2010), ont amenés les chercheurs et cliniciens à se pencher sur des programmes d'intervention qui ciblent ou intègrent un travail sur le fonctionnement émotionnel des patients. Nous allons expliciter dans les grandes lignes ces programmes thérapeutiques.

5. Interventions ciblant le vécu et le traitement affectifs : principes et exemples

Considérant l'importance du vécu et du traitement affectifs dans la santé physique et psychique, des interventions ciblant le fonctionnement émotionnel ont vu le jour pour des groupes de patients et des « tout-venant ». Cependant, et comme le souligne Philippot (2007), malgré le fait que la plupart des écoles psychothérapeutiques ait reconnu l'importance des émotions dans l'étiologie, la facilitation ou le maintien des processus psychopathogéniques, peu d'auteurs ont accordé aux processus émotionnels un rôle central dans leur modèle d'intervention psychothérapeutique. Ainsi, peu vont cibler explicitement le traitement affectif, mais d'avantage vont compléter un traitement de base psychothérapeutique par un accent sur les états et/ou le traitement affectif. Avant de présenter un bref état des lieux de ces interventions, en mentionnant premièrement celles destinées à des échantillons cliniques, puis en poursuivant par celles, nettement moins nombreuses, destinées à des échantillons « tout-venant », nous souhaitons distinguer les techniques et stratégies psychothérapeutiques qui ciblent l'affect et le traitement affectif des actions dont font usage les sujets dans leur quotidien afin de réguler leur vécu affectif.

5.1. Techniques psychothérapeutiques versus actions personnelles

Chaque individu dispose de différentes stratégies de régulation des émotions afin de gérer son vécu affectif. Ainsi, une personne aura tendance à aller courir sous le coup de la colère, tandis qu'une autre à appeler un ami afin de discuter de la situation ayant généré cette colère. Ces stratégies personnelles et individualisées utilisées par les personnes afin de réguler leur affect sont rarement prises en compte dans le contexte des interventions psychothérapeutiques portant sur le vécu et le traitement affectifs, bien que souvent efficaces pour celles qui les utilisent. En effet, seules les techniques issues de la pratique psychothérapeutique ayant été évaluées empiriquement sont généralement travaillées dans les programmes d'intervention ciblant le traitement affectif. Or les techniques individuelles peuvent également se montrer efficaces dans un but de régulation des émotions et devraient être abordées dans un travail sur le traitement affectif.

C'est pourquoi, dans notre programme d'intervention, nous proposons aux participants d'apprendre de nouvelles techniques de régulation des émotions issues de la pratique

psychothérapeutique, mais abordons également les techniques et actions de régulation des émotions qu'ils utilisent au quotidien. D'ailleurs, les deux types de techniques sont inventoriés dans le DOE-IT, qui permet notamment d'établir un profil sur les différents registres utilisés, en contrastant l'usage de ceux-ci avec l'efficacité perçue quant à leur usage.

Reichert (1999a) a conceptualisé le « savoir pratique » à contenu psychologique sous forme de « règles cognitivo-comportementales » comportant des recommandations à caractère stratégique et heuristique. Nous avons brièvement présenté ces règles dans un précédent chapitre, mais rappelons qu'elles recommandent, pour atteindre un but B dans la situation de type S, de réaliser le comportement C. Elles sont alors spécifiques à la situation et applicables si la personne s'est fixé le but en question dans une situation définie. Reichert a alors mis en évidence qu'il est possible de développer de telles règles pour une gestion appropriée du stress, s'agissant de l'application de règles scientifiquement fondées dans le contexte non scientifique du comportement de la vie quotidienne. Cette approche apporte davantage de sens à la recherche en intervention qui cherche à comprendre finalement ce que les personnes font afin d'atteindre certains buts, à savoir, dans notre recherche, la régulation d'un vécu affectif, tout en prenant en compte les aspects pratiques et personnels. Sous l'angle thérapeutique, à partir du répertoire de comportements individuels, il serait possible de préciser les formes de comportements à acquérir, à améliorer et à éviter. En outre, il s'agirait de sélectionner et de spécifier les formes de gestion à établir ou à modifier. Nous n'avons pas encore pu établir de telles règles cognitivo-comportementales quant aux différents registres de régulation des émotions en fonction des situations rencontrées, mais soulignons que ce point représente une prochaine étape intéressante dans notre recherche.

5.2. Approches psychothérapeutiques ciblant le traitement affectif

De manière générale ou indirecte, quasiment toute forme d'intervention psychologique peut influencer les processus et le fonctionnement émotionnels (Reichert, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2011, 2012). De plus, le fait de travailler sur les émotions des patients est applicable au sein de tout type d'approches thérapeutiques (Whelton, 2004) et comme l'indique Greenberg (2007), quel que soit le type de patients, il s'agit d'effectuer un premier pas vers leur résolution de problèmes. Cependant, nous souhaitons nous attarder sur les interventions psychothérapeutiques qui mettent un focus direct sur le fonctionnement émotionnel ou qui ajoutent au traitement de base un travail spécifique sur celui-ci. Comme signalé ci-dessus, les

actions de régulation personnelles et individualisées ne sont généralement pas la cible explicite de ce type d'intervention.

De nombreuses recherches portant sur l'efficacité des traitements thérapeutiques ont mis en évidence les bienfaits d'ajouter, au traitement de base ou en tant qu'intervention à proprement parlé, un travail centré sur les émotions (Roemer & Orsillo, 2002 ; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002 ; Goldman, Greenberg, & Angus, 2006 ; Campbell-Sills & Barlow, 2003). Selon Reicherts, Pauls, Rossier et Haymoz (2011, 2012), parmi toutes ces conceptions thérapeutiques, ce sont les approches « humanistes » ou « expérientielles » qui sont les plus directement orientées vers le vécu affectif et le fonctionnement émotionnel, dont l'approche centrée sur la personne (ACP ; Rogers, 1957, 1959; pour un survol voir Reicherts *et al.*, 2011). En effet, contrairement aux perspectives cognitives et comportementales, ces approches considèrent l'émotion comme un important modèle de changement (Greenberg & Paivio, 1997). L'approche la plus spécifique est la thérapie focalisant l'émotion (« *emotion-focused therapy* »), actuellement d'une importance croissante, qui repose sur différents principes et techniques élaborés par l'ACP et la Gestalt-thérapie. D'autres approches travaillent également sur l'émotion, mais de manière moins directe, comme c'est le cas en thérapie comportementale (Kanfer & Saslow, 1965, in Reicherts, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2012 ; Cottraux, 2001), où l'on vise l'extinction de l'évitement émotionnel, ou encore en thérapie cognitive, où l'affect est considéré comme le résultat de l'activité cognitive (Farach & Mennin, 2007). Signalons que Power (2010) a mis en exergue une approche psychothérapeutique empiriquement fondée, ciblant la dimension émotionnelle liée à la cognition (« *Emotion-Focused Cognitive Therapy* »). Basé sur le modèle SPAARS (« *Schematic Model Propositional Analogical Associative Representation Systems* » ; Power & Dagleish, 1999), les émotions sont considérées comme étant le résultat d'une évaluation, automatique ou non, faite par l'individu en fonction des buts qu'il souhaite atteindre. Quatre systèmes y sont décrits (*i.e.* analogique, associatif, propositionnel, schématique) qui produisent, de manière combinée, deux routes distinctes contribuant à la génération de l'émotion. La première voie (« *low-level route* »), déjà présente à la naissance, est directe et automatique, donc ne requérant que peu ou pas de traitement conscient et volontaire de la part du sujet. La seconde (« *high level route* »), qui se développe tôt dans l'enfance, est largement consciente et volontaire. La description de ces deux voies repose sur les résultats des recherches en neurosciences, abordés brièvement dans le chapitre précédent. Cependant, relevons que les séquences d'événements de vie répétitives peuvent devenir automatiques et les processus et produits de la voie automatique devenir volontaires et

conscients. Ainsi, cette interaction dynamique entre les deux routes peut être synergique ou conflictuelle. Le travail thérapeutique proposé est la focalisation sur l'émotion et son expérience, sur les effets qu'elle a, également sur les proches, et sur la manière de l'exprimer ou de la réguler. Nous retrouverons dans certaines interventions cognitives et comportementales décrites ci-dessous des principes de cette approche psychothérapeutique, tels que le fait de pouvoir associer une expression faciale à un état interne, d'identifier les émotions ressenties et le fait de conceptualiser les situations problématiques en se centrant sur les émotions problématiques, sur les aspects importants du contexte social et relationnel dans lesquels elles sont activées et finalement, sur la manière dont elles sont régulées.

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique portant sur l'affectivité, différents registres d'états affectifs peuvent être le référent sur lequel porte le traitement affectif (Reichert, 2007), tels que le noyau affectif (*core affect*), les émotions de base, les émotions mixtes ou encore les humeurs. Par conséquent, les différentes interventions varient aussi selon ces référents affectifs. De plus, il est important de préciser que certaines interventions se focalisent sur la situation qui engendre l'émotion (*e.g.* confrontation au stimulus anxiogène ; Lewinsohn, Munoz, Youngren, & Zeiss, 1986, in Reichert, 2007), d'autres sur la manière dont la situation est construite (*e.g.* modification des paramètres de la situation émotionnellement chargée pour diminuer l'impact émotionnel ; Dodge, 1991, in Reichert, 2007 ; Ellis, 1962, in Reichert, 2007) et un troisième groupe, cherchant l'altération de la réponse émotionnelle elle-même (*e.g.* usage de la relaxation progressive ; Deffenbacher, 1994 ; Novaco, 1975, in Reichert, 2007). Nous allons nous attarder quelques peu sur ces approches ciblant de manière directe l'émotion et le traitement affectif et qui sont supportées empiriquement.

5.1.1. Approches expérientielles

Greenberg et collègues (voir Greenberg, 1989, 2004, 2007, 2010 ; Greenberg, Ausra, & Herrmann, 2007; Greenberg, & Bolger, 2001; Greenberg, & Paivio, 1997) ont revu les contributions des approches centrée sur la personne ou humaniste, de la gestalt et expérientielle ainsi que les recherches sur les émotions, dans le but de les intégrer dans une approche moderne de thérapie expérientielle, l'« *emotion-focused therapy* » (EFT), où l'émotion est mise au centre d'une démarche psychothérapeutique structurée. Relevons que ces approches accordaient déjà une place centrale au traitement affectif. En effet, l'approche centrée sur la personne de Rogers cible en premier lieu l'expérience phénoménologique du client, en soulignant que le patient

change en thérapie selon sa capacité à devenir davantage conscient de ses réactions émotionnelles, à les accepter et à comprendre leur importance. Le concept d' « *experiencing* », consistant à prendre conscience des événements sensoriels et physiologiques qui se présentent dans le moment présent (Greenberg, 2007), est d'ailleurs un concept central de cette approche. La Gestalt thérapie a également ciblé de manière explicite les processus émotionnels dans leur approche du changement thérapeutique et il en va de même pour les approches expérientielles traditionnelles, où l'acceptation de l'expérience émotionnelle est considérée comme un aspect central (*e.g.* May, 1977, in Reicherts *et al.*, 2012) et dans lesquelles le thérapeute cherche à augmenter la capacité des patients à tolérer et accepter leur expérience émotionnelle (*e.g.* Greenberg, 2007). Gendlin (1996, in Reicherts *et al.*, 2012), par la technique du « *focusing* », a d'ailleurs souligné l'importance de la conscience de l'expérience affective immédiate en amenant les patients à s'attarder sur les sensations corporelles liées à leur état affectif.

Le fait d'adopter une approche thérapeutique focalisée sur l'émotion implique le fait de considérer les émotions comme des alliées du processus de changement et non comme des aspects négatifs et indésirables qu'il conviendrait de contourner ou d'éliminer (Greenberg & Safran, 1989, in Reicherts *et al.*, 2012). La thérapie focalisée sur l'émotion (« *emotion-focused therapy* » ; EFT ; Greenberg, 2007) a donc pour objectifs principaux :

1. l'acceptation des expériences émotionnelles
2. l'emploi adapté de cette expérience dans le but de créer du sens
3. la transformation des états émotionnels mal adaptés en des états émotionnels plus productifs

Ces objectifs sont atteints par le passage à travers deux phases principales, toutes deux divisées en quatre étapes (Greenberg, 2004). La première promeut 1) la conscience émotionnelle (*e.g.* focalisation sur les sensations corporelles et mise en évidence des pensées et images mentales les accompagnant), 2) son acceptation (*e.g.* s'autoriser à ressentir ses émotions, les observer et apprendre ce qu'elles révèlent sur nous), 3) la description des états affectifs en mots et 4) l'exploration de sa signification (*e.g.* est-ce bien l'émotion primaire, découlant directement de la situation vécue, qui a été identifiée ou non ?). Dans le cas où l'émotion primaire n'a pas encore été identifiée, il s'agit d'amener le patient à la découvrir. Cette première phase suffit parfois à résoudre naturellement la souffrance du patient sans que la deuxième phase ne soit nécessaire. La deuxième phase, quant à elle, consiste en l'utilisation de l'émotion ou en sa

transformation, se faisant également au travers de différentes phases. Cette partie du travail commence par l'évaluation du caractère adapté ou non de l'état affectif et de sa réponse, en considérant la situation vécue ; ce qui amène soit à son utilisation, soit à sa transformation. Dans le dernier cas, différentes techniques sont recommandées (*i.e.* rediriger l'attention, accéder aux besoins et objectifs du patient, utiliser l'imagerie positive, jouer la situation émotionnellement chargée (« *psychodramatic enactment* »), se rappeler d'autres émotions, créer un nouveau sens, exprimer l'émotion pour le patient, utiliser la relation thérapeutique pour générer une nouvelle émotion). Par conséquent, Greenberg (2002) met l'accent sur l'expérience émotionnelle, mais également sur le besoin de les manager et de les réguler.

Nous pouvons repérer dans l'EFT des processus généraux également présents dans d'autres thérapies cognitives et comportementales de la 3^{ème} vague que nous détaillons ci-dessous, tels que l'acceptation, le contact avec le moment présent, la pleine conscience, la culture de l'empathie et l'activation des processus d'auto-apaisement basés sur les théories de l'attachement (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011). Soulignons également que cette approche propose que les relations psychothérapeutiques en tant que telles servent de fonction de régulation des émotions (« *affect-regulating bond* » ; Greenberg, 2007), s'agissant alors de travailler sur les compétences émotionnelles et des techniques plus larges de régulation des émotions en réponses aux expériences émotionnelles au travers de la relation thérapeutique, qui sert également de contexte dans lequel le patient peut vivre une expérience émotionnelle approfondie et augmenter des capacités spécifiques de régulation des émotions efficaces (Leahy *et al.*, 2011).

L'efficacité de cette approche a été démontrée, notamment pour le traitement de la dépression (Greenberg, 2004) ou le traitement d'adultes abusés durant leur enfance (Paivio & Nieuwenhuis, 2001).

5.1.2. Approches cognitivo-comportementales

L'approche cognitive et comportementale traditionnelle met un accent sur la réduction de l'émotion associée aux pensées et comportements, ayant ainsi tendance à sous-estimer la fonctionnalité de l'émotion. En effet, bien que beaucoup d'interventions de type cognitivo-comportemental (*e.g.* pour les troubles anxieux) discutent de la valeur adaptative de l'émotion dans une partie psycho-éducative, les ingrédients actifs du traitement la caractérise de

perturbatrice. De plus, les émotions non directement concernées par le trouble ne sont généralement pas considérées dans sa compréhension intégrale et dans son traitement. Notons encore que les techniques traditionnelles cognitives (*e.g.* la restructuration) et comportementales (*e.g.* les techniques d'exposition), qui entraîneraient une augmentation de l'émotion ressentie, sont parfois difficilement utilisables pour des patients chez qui l'émotion a déjà atteint une intensité très élevée.

Afin de répondre à ces limites ainsi qu'à l'absence de résultats convainquant concernant la rechute dépressive par exemple, sont nées les approches de la troisième vague de la thérapie cognitivo-comportementale. Ces approches ont pour objectif d'aider le patient à développer des capacités pour tolérer et réguler les réponses émotionnelles, lui permettant ainsi d'élargir sa gamme de comportements et réponses disponibles dans des moments de détresse intense (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011). La troisième vague de la thérapie cognitive et comportementale consiste en l'émergence de techniques ciblant l'affectivité et la régulation des émotions (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999 ; Linehan, 1993 ; Pull, 2007 ; Samoilov & Goldfried, 2000), en mettant notamment l'accent sur l'acceptation des émotions, même douloureuses.

Les interventions de la troisième vague présentent de nombreux points communs avec les thérapies cognitives et comportementales traditionnelles : elles sont également limitées dans le temps, sollicitent l'établissement d'un contrat clair et explicite, requièrent des séances structurées et consignées dans des protocoles clairs et opérationnels, sont basées sur l'ici et le maintenant et ont un souci de validation empirique. Comme nous le verrons ci-dessous, différents processus sont également mobilisés dans les approches de la troisième vague ainsi que dans les thérapies cognitives et comportementales traditionnelles, mais par des mécanismes différents. Par exemple, l'acceptation est également visée par la thérapie cognitive mais en restructurant les croyances du patients concernant les avantages de celle-ci. Tandis que les approches de la troisième vague ne la visent pas dans le but de réduire les symptômes ou de directement changer les pensées et sentiments du patient, mais pour amener ce dernier à ressentir tous les sentiments qui émergent dans le but de les vivre pleinement (Hayes & Feldman, 2004). Par contre, la troisième vague se démarque des deux premières par le fait qu'elle privilégie la relation thérapeutique et met moins l'accent sur les aspects techniques des interventions, promouvant l'acceptation de l'expérience vécue et des valeurs fondamentales de l'individu. De même, dans les approches de la troisième vague, les objectifs thérapeutiques ne

sont ni centraux, ni explicités et ni négociés avec le client. Ce dernier sera encouragé à ne pas attendre de résultats immédiats, ni à tendre vers un but mais simplement à accomplir les exercices du mieux qu'il puisse. L'attitude n'est alors pas celle de changement, mais d'acceptation de son expérience actuelle.

Différentes approches de la troisième vague incluent un focus prédominant sur la pratique de la pleine conscience (e.g. « *Mindfulness-based Stress Reduction* », « *Mindfulness-based Cognitive Therapy* ») ou incorporent des éléments de la pleine conscience dans leur traitement (e.g. « *Dialectical and Behavioral Therapy* », « *Acceptance and Commitment Therapy* », « *Relapse Prevention* »). La pratique de la pleine conscience est ancestrale, mais est devenue récemment un sujet de recherche scientifique. Elle découle de la tradition bouddhiste et intègre des thèmes issus du cognitivisme, de l'expérience comportementale, ainsi que des théories psychanalytiques (Martin, 1997, in Hayes & Feldman, 2004). Kabat-Zinn (2003, p.145) définit la pleine conscience ainsi : “the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment”. Il s'agit alors de la conscience qui découle du fait de porter volontairement son attention sur ce qui se passe dans le moment présent de manière non jugeante. Bishop et collaborateurs (in Hayes & Feldman, 2004) définissent la pleine conscience à travers deux composantes. La première cible l'auto-régulation de l'attention et consiste à pouvoir maintenir son attention sur l'expérience immédiate, tout en ayant conscience des pensées, sentiments et sensations présentes et la seconde, à approcher une expérience avec curiosité et acceptation, sans se prononcer sur sa valence. Cette pratique a pour but de développer une relation distanciée ou décentrée avec l'expérience interne et externe vécue, en réalisant notamment que la plupart des sensations, pensées et émotions sont fluctuantes et transitoires (Linehan, 1993). Relevons que la pratique de la pleine conscience s'est révélée être efficace pour de nombreux troubles ou problèmes psychiques et somatiques (voir Baer, 2003).

Ces approches, qui ne sont généralement pas directement liées à un trouble spécifique mais qui donnent au traitement affectif une place centrale, ont élargi considérablement les frontières du paradigme cognitivo-comportemental. En tant qu'approches thérapeutiques ciblant entre autre une amélioration de la régulation des émotions, nous allons nous attarder tout particulièrement sur les approches citées ci-dessus ainsi que sur l'entraînement aux compétences émotionnelles de Berking (*Training emotionaler Kompetenzen* ; Berking, 2008 ; Berking, Wupperman, Reichardt, Pejic, Dippel, & Znoj, 2008).

5.1.2.1. Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)

La « *Mindfulness-based Stress Reduction* » (MBSR ; Kabat-Zinn, 1985, in Kabat-Zinn, 2003) est un programme de réduction du stress basé sur la pratique de la pleine conscience. Ce programme, initialement développé en hospitalier pour aider les patients souffrant de douleurs chroniques et de troubles liés au stress, est structuré sur huit séances hebdomadaires, réunissant des groupes de vingt à trente personnes présentant divers troubles. Chaque séance dure entre deux heures et deux heures et demie, à l'exception de la sixième séance qui consiste en une journée entière d'exercices. Relevons que le programme MBSR prévoit, en plus des discussions sur le stress et le coping, deux types d'exercices, à savoir les exercices formels de type méditatif (*e.g.* body scan, méditation assise, positions de Hatha Yoga) et les exercices informels, consistant en la pratique des activités quotidiennes en pleine conscience (*e.g.* marcher, manger). Le programme prévoit également que les participants pratiquent quotidiennement la pleine conscience à domicile (Baer, 2003).

L'efficacité de la MBSR a été démontrée pour une variété de conditions médicales (Kabat-Zinn, 2003). Nous conseillons le lecteur de se référer à l'article de Keng et collaborateurs (2011), indiquant différentes recherches montrant les bénéfices de la MBSR sur des sujets « tout-venant », mais également pour des patients souffrant de fibromyalgie, d'anxiété sociale et des patients souffrant de scléroses multiples. Relevons que ses bienfaits ont également porté sur différents indicateurs du bien-être psychologique.

5.1.2.2. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT)

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience est un programme manualisé (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) qui se déroule sur huit semaines d'intervention groupale. Etant une adaptation du programme MBSR pour la prévention des rechutes dépressives, elle comporte de nombreuses similarités avec cette dernière (Segal *et al.*, 2002). Cependant, elle se distingue du précédent programme sur deux points principaux. Le premier concerne la partie psycho-éducative, qui est exclusivement centrée sur l'explication de la nature et le fonctionnement des troubles de l'humeur, ainsi que sur les stratégies de coping les plus adaptées pour faire face à la rechute dépressive. Le deuxième porte sur l'intégration de certains éléments de la thérapie cognitive pour faciliter le détachement ou la décentration du patient par rapport à ses pensées, émotions et sensations physiologiques (*e.g.* « Les pensées ne sont pas des faits. »),

tels que la mise en exergue des liens entre pensées, sentiments et comportements, l'observation de la relation entre activité et humeur ou encore, le travail sur les pensées négatives. La MBCT prévient la rechute en enseignant aux patients à observer leurs pensées et sentiments de manière non jugeante et à les considérer comme des événements mentaux fluctuant.

Tout comme la MBSR, la MBCT s'est également montrée efficace pour le traitement de différents troubles (voir Baer, 2003), générant notamment des bénéfices sur l'humeur et les symptômes de stress auprès de patients cancéreux (Specia, Carlson, Goodey, & Angen, 2000) et sur la régulation des émotions des sujets souffrant d'anxiété sociale (Goldin & Gross, 2010).

5.1.2.3. Relapse Prevention (RP)

Ce programme de Marlatt et Gordon (1985, in Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999) est un traitement cognitif et comportemental pour prévenir les rechutes chez les patients souffrant d'abus de substances, dans lequel les compétences de pleine conscience sont incluses en tant que technique pour gérer les envies de consommer. Marlatt (1994, in Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999) souligne que l'addiction renvoie à une incapacité même d'accepter le moment présent et une recherche persistante de la prochaine consommation. Par conséquent, la pleine conscience permet au patient de considérer ses envies comme transitoires et de les accepter comme étant une réponse normale face aux signaux appétitifs. Le patient est alors entraîné à observer ses envies telles qu'elles apparaissent, de les accepter de manière non jugeante et de les gérer par la suite de manière adéquate.

5.1.2.4. Dialectical Behavioral Therapy (DBT)

Linehan (1993) a été une des premières à proposer un traitement dans l'approche cognitive et comportementale tenant entièrement compte de la fonctionnalité des émotions. En effet, la thérapie dialectique comportementale (« *Dialectical Behavioral Therapy* » ; DBT), initialement développée pour des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, englobe à la fois des éléments de l'acceptation, soulignant le caractère adaptatif des émotions, et des éléments de changement, soulignant l'importance de pouvoir gérer et réguler ses émotions. En effet, étant basée sur une vision dialectique (*i.e.* sur le postulat que la réalité consiste en des forces opposées et que la synthèse de ces forces conduit à une nouvelle réalité, qui à son tour consiste en des forces opposées dans un processus de changements continus), les clients sont

encouragés à s'accepter, à accepter leur histoire et les situations qu'ils vivent telles qu'elles sont, tout en travaillant sur le changement de leurs comportements et environnement. La DBT inclue un large éventail de procédures cognitives et comportementales pour changer les pensées, les émotions et les comportements des patients. Différents cadres thérapeutiques sont définis, à savoir les séances groupales hebdomadaires sur au moins une année, les entretiens individuels et les appels téléphoniques (Page, Salamat, & Toth, 2007 ; Page & Reicherts, 2012).

Différents axes thérapeutiques sont considérés dans ce programme d'intervention, notamment les *compétences psychosociales*, la *prise de conscience totale*, les compétences d'*efficacité interpersonnelle*, les compétences de *régulation des émotions* (*i.e.* identifier et étiqueter les émotions, identifier les obstacles aux changements des émotions, réduire la vulnérabilité à la conscience émotionnelle, augmenter les événements émotionnels positifs, augmenter la conscience des émotions actuelles, agir de manière opposée et appliquer les techniques de tolérance à la détresse) et les compétences de *tolérance à la détresse* (*e.g.* s'apaiser, se distraire, améliorer le moment présent au moyen de différentes techniques dont celles de l'imagerie mentale et la relaxation que nous avons également utilisées dans nos modules d'intervention). La partie essentielle du travail en DBT est alors d'aider les patients à passer par-dessus leur peur et leur évitement des émotions et d'augmenter l'acceptation de leur expérience émotionnelle (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011), tout en réduisant également leur vulnérabilité émotionnelle en changeant certaines habitudes de vie, de sommeil et d'alimentation, en augmentant leur sentiment d'expertise et leurs émotions positives ou encore, en réduisant leur souffrance émotionnelle (en laissant aller les émotions douloureuses au travers de la prise de conscience).

Relevons tout de même que l'organisation des concepts enseignés en DBT diffère quelque peu de la manière dont ils le sont dans les programmes MBSR et MBCT. En effet, Linehan (1993) décrit trois compétences de pleine conscience (*i.e.* observer, décrire et participer) et trois manières de les faire (*i.e.* de manière non jugeante, de manière efficace et une chose à la fois). De plus, contrairement aux programmes mentionnés ci-dessus, la DBT ne prescrit pas la fréquence, ni la durée de la pratique quotidienne de pleine conscience ; les objectifs étant fixés avec chaque patient individuellement.

Ce programme fait usage de techniques qui sont également présentes dans notre programme d'intervention présenté ci-dessous, telles que certaines techniques de régulation des émotions

(e.g. relaxation musculaire progressive, imagerie mentale, réévaluation, résolution de problèmes, déploiement de l'attention), mais aussi le fait de travailler sur la sélection et la modification de la situation émotionnellement chargée, la description de l'événement en lien avec l'émotion, l'expérience phénoménologique associée à l'état affectif et l'expression et les actions liées à l'émotion. De plus, nous trouvons certaines techniques de régulation des émotions évaluées par notre Inventaires de Technique de Régulation des émotions (DOE-IT), comme la pleine conscience et l'acceptation.

Cette approche s'est montrée efficace non seulement dans le traitement des troubles de la personnalité borderline (Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Böhme, & Linehan, 2000 ; Iverson, Fruzzetti, & Shenk, 2009 ; McMain, Korman, & Dimeff, 2001), mais également pour d'autres troubles, tels que les troubles du comportement alimentaire de type boulimique ou de type *Binge Eating Disorder* (Telch, Agras, & Linehan, 2001 ; Safer, Telch & Agras, 2001), le syndrome d'hyperactivité avec déficit d'attention (Robins & Chapman, 2004, in Baer, 2003), les troubles de l'humeur (Lynch, Morse, Mendelsohn & Robins, 2003, in Baer, 2003) ou encore, les comportements de dépendance (Axelrod, Perepletchikova, Hotzman, & Sinha, 2011). Pour une revue de l'efficacité de la DBT pour le traitement de différents troubles, nous conseillons le lecteur de se référer à la méta-analyse de Baer (2003).

5.1.2.5. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Dans la thérapie « *Acceptance and Commitment Therapy* » (ACT ; Hayes, Stroschal, & Wilson, 1999), le patient reçoit un entraînement dans le but de porter attention et d'examiner son expérience interne (e.g. émotions, pensées, sensations) et ceci sans évitement. En effet, les interventions visent à réduire l'évitement émotionnel en facilitant le processus d'acceptation (Hayes *et al.*, 1999 ; Blackledge & Hayes, 2001). Bien que l'ACT ne décrive pas ses méthodes de traitement en termes de pleine conscience, certaines stratégies sont consistantes avec les approches de la pleine conscience (Baer, 2003), tel que le fait d'observer les pensées et sentiments de manière non jugeante et de les accepter pour ce qu'ils sont, tout en changeant les comportements associés de manière constructive. Le patient est alors non seulement aidé à accepter ses émotions au lieu de les fuir ou de les éviter, mais également à adopter une attitude et un comportement cohérents par rapport à ses propres valeurs (Vuille, 2007). L'ACT a donc

fait de la pleine conscience une caractéristique centrale de son traitement pour travailler sur la tolérance aux émotions et la régulation de celles-ci.

L'ACT a été appliquée dans sa forme complète pour le traitement de nombreux troubles anxieux (Eifert & Forsyth, 2005, in Mennin, 2005 ; Orsillo, Roemer, Block-Lerner, Lejeune, & Herbert, 2004, in Mennin, 2005 ; Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005, in Mennin, 2005) ou en tant que composante accompagnant une autre approche basée sur l'acceptation (Roemer & Orsillo, 2002). Ces traitements sont efficaces (Mennin, 2005), notamment pour le traitement de la dépression, la gestion de l'anxiété et du stress ou comme traitement d'appoint pour les états psychotiques (Vuille, 2007). L'article de Keng et collaborateurs (2011) donne un aperçu des recherches démontrant l'efficacité de cette approche.

Relevons que Gratz et Gunderson (2006, in Gratz & Tull, 2011) ont conceptualisé un programme d'intervention, « *Adjunctive Emotion Regulation Group Therapy* » (ERGT), en prenant des éléments de la thérapie dialectique et comportementale et de l'ACT dans le but premier de traiter les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline et plus précisément, leurs comportements d'automutilation. Le programme s'est montré prometteur sur les mutilations, la dysrégulation émotionnelle, l'évitement expérientiel et les symptômes psychiatriques. La conception de la régulation des émotions dans cette forme thérapeutique est donc 1) la conscience, la compréhension et l'acceptation des émotions, 2) la capacité de s'engager dans des comportements dirigés vers les objectifs et d'inhiber les comportements compulsifs lorsqu'une émotion négative est vécue, 3) l'utilisation des stratégies adaptées à la situation pour moduler l'intensité ou la durée des réponses émotionnelles plutôt que d'éliminer entièrement l'émotion et 4) la volonté de vivre des émotions négatives comme faisant partie de la vie.

5.1.2.6. Emotion Regulation Therapy (ERT)

Barlow (2002) a mis en exergue une nouvelle perspective concernant les troubles anxieux et de l'humeur basée sur les théories de l'émotion. Il explique que ces troubles sont principalement d'ordre émotionnel, impliquant des dysfonctionnements au niveau des processus émotionnels. Il cite un grand nombre d'investigations empiriques qui ont examiné la structure hiérarchique des pathologies anxieuses et dépressives, aboutissant à la mise en exergue d'un facteur de plus haut niveau commun à la symptomatologie anxieuse et dépressive, intitulé « affect négatif »

(Clark & Watson, 1994). Face à ce constat, différentes interventions focalisant une assez large gamme de capacités de régulation ont été proposées (e.g. Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002 ; Mennin, 2004). Nous allons expliciter brièvement le protocole unifié de Barlow puis nous attarder sur l' « *Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder* » (« *ERT for GAD* »), basée sur le modèle de dysrégulation de l'émotion développé par Mennin et collaborateurs (2002, 2004, 2010) qui intègre les conceptualisations des émotions fonctionnelles, de la motivation, de la régulation des émotions et de l'intelligence émotionnelle et dont un bon nombre de composantes sont également traitées dans notre intervention.

Le protocole de traitement unifié consiste en une phase de psychoéducation sur les émotions et leurs rôles, suivie d'un travail de restructuration cognitive et de modification des comportements liés à l'émotion (tendances à l'action). Ces différentes phases sont faites après induction de l'émotion afin que le patient puisse s'entraîner à réguler l'affect sans l'éviter ; car rappelons que l'évitement va empêcher le patient d'identifier et de remplacer les stratégies de régulation par des plus adaptées (Moses & Barlow, 2010). Concernant les techniques de régulation enseignées, le protocole unifié cible sur sept séances les cinq composantes de la régulation des émotions mises en évidence dans le modèle de Gross. Pour la première d'entre elle, « sélection de la situation », Barlow propose de travailler sur l'exposition à l'expérience émotionnelle qui se manifeste dans une situation donnée. L'exposition se fait hiérarchiquement en évitant les tentatives d'évitement émotionnel. Pour la « modification de la situation », il s'agit de travailler sur l'abandon des techniques de suppression ou d'évitement émotionnel. Pour le « déploiement émotionnel », les patients sont entraînés à adopter une conscience non jugeante et focalisée sur le présent et à la réévaluation cognitive pour le « changement cognitif ». Finalement, pour la cinquième composante du modèle, « la modulation de la réponse », les patients sont encouragés à entreprendre des actions incompatibles avec l'état affectif ressenti.

L'« *Emotion Regulation Therapy* », quant à elle, cible sur vingt séances hebdomadaires différents objectifs, à savoir :

- 1) Identifier, différencier et décrire ses émotions, et ceci même dans leurs formes les plus intenses.
- 2) Augmenter l'acceptation de l'expérience affective et la capacité de gérer les émotions de manière adaptée.
- 3) Diminuer l'emploi des stratégies d'évitement émotionnel.

- 4) Augmenter la capacité à utiliser l'information émotionnelle pour identifier ses besoins, favoriser la prise de décision, guider la pensée, motiver le comportement et gérer les relations interpersonnelles ainsi que les autres demandes contextuelles.

Cette thérapie se déroule en quatre phases distinctes que nous allons brièvement détailler (Mennin, 2004):

1. Travail psycho-éducatif sur la thématique du trouble de l'anxiété généralisée, les patterns fonctionnels de la préoccupation et des émotions dans les situations passées et actuelles. Un travail d'auto-observation (« *self-monitoring* ») des préoccupations et des épisodes anxieux est également établi.
2. Travail sur le développement de la conscience somatique et sur les habiletés de régulation des émotions.
3. Application des habiletés acquises durant des phases d'exposition à des thèmes émotionnellement chargés.
4. Clôture de la thérapie et de la relation thérapeutique, prévention de la rechute et établissement des objectifs futurs.

Le fait d'entraîner les patients qui ont des déficits au niveau de la compréhension émotionnelle à des habiletés de régulation des émotions avant l'exposition a été recommandé par différents chercheurs (*e.g.* Linehan, 1993). Ainsi les patients apprennent à identifier leurs réactions émotionnelles intenses, à comprendre leur sens, à utiliser l'information affective (versus la rejeter négativement) et à réguler ces émotions de manière adaptée au contexte. Cette approche reprend également des techniques issues de l'approche focalisée sur les émotions (« *emotion-focused therapy* »), telles que l'évocation des émotions en séance thérapeutique, permettant d'exposer le patient à ses émotions, de l'y engager, d'atténuer l'anxiété engendrée par celles-ci et d'avoir une meilleure compréhension de ses réactions émotionnelles, qui l'informent sur ses objectifs et besoins. Il s'agit de l'exposition expérientielle thématique, permettant d'augmenter la conscience des émotions, d'encourager l'acceptation de l'expérience émotionnelle et d'augmenter la maîtrise des stratégies de régulation.

Ainsi, l'ERT adresse des facteurs cognitifs (*e.g.* croyances concernant la menace et la sécurité), émotionnels (*e.g.* évitement et management de l'expérience émotionnelle) et contextuels (*e.g.*

patterns concernant le fait d'agir avec les autres et l'environnement) pouvant contribuer aux réponses non adaptées.

Les résultats concernant l'efficacité de l'ERT commencent à être disponibles. En effet, l'efficacité d'une intervention intégrative, d'orientation comportementale, basée sur l'acceptation, englobant des techniques d'acceptation et expérientielles et qui comporte un cadre de régulation des émotions a été soulignée pour le traitement des troubles de l'humeur (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005, in Berking, 2008), de l'anxiété généralisée (Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002), de l'état de stress post-traumatique (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002), de l'hyperactivité avec déficit d'attention (Velazquez, 2002 in Berking, 2008) ainsi que pour le traitement des problèmes de couples (Kirby, 2005 in Berking 2008).

5.1.2.7. Training emotionaler Kompetenzen (TEK)

Berking (2008) a développé un programme d'entraînement aux compétences émotionnelles («*Training emotionaler Kompetenz* » (TEK) ; Berking, 2008), dans le but de renforcer les compétences émotionnelles des patients par des séances en groupe (bien qu'il puisse également être conduit en individuel) durant lesquelles un travail est mené sur certaines techniques de régulation des émotions et sur le fait de pouvoir percevoir le ressenti, le nommer, l'accepter et le tolérer. L'objectif visé par ce programme est une optimisation du contact avec les sentiments négatifs dans le but de développer une meilleure régulation face au stress ainsi qu'une meilleure satisfaction de vie. Sur la base des résultats récents en neuropsychiatrie, ce programme insère un aspect psycho-éducatif sur le développement et le maintien du stress, ses origines et ses conséquences et sur son lien avec les problèmes psychiques, ainsi que la régulation des émotions. Relevons que Berking (2008) a proposé un modèle qui conceptualise la régulation adaptative des émotions comme étant une interaction de neuf compétences de régulation des émotions (*i.e.* être conscient de ses émotions, identifier et nommer ses émotions, interpréter correctement ses sensations corporelles liées aux émotions, comprendre les messages des émotions, se soutenir dans des situations de détresse, modifier activement les émotions négatives pour se sentir mieux, accepter les émotions, être résilient et tolérer les émotions négatives et se confronter émotionnellement aux situations de détresse).

L'entraînement standard comporte douze modules d'une heure trente sur trois jours séparés par deux semaines d'entraînement entre chaque module. Ce programme manualisé inclue également un calendrier d'exercices planifié au moyen d'un CD-ROM. En outre, des exercices par sms accompagnent le programme dans lequel les sept compétences suivantes sont entraînées : relaxation musculaire et respiratoire, perception sans évaluation ni jugement des émotions et des réactions liées au stress, acceptation et tolérance des sentiments éprouvés, auto-soutien et prise en charge de soi et, finalement, le fait de pouvoir analyser son ressenti et de le réguler.

L'efficacité de ce programme a été démontrée, notamment pour le traitement des troubles obsessionnels compulsifs (voir Berking, 2008). En outre, Berking mentionne qu'il est indiqué pour la prise en charge de patients souffrant de problèmes ou troubles psychiques, pour la stabilisation des acquis thérapeutiques, ainsi que dans le but d'éviter les rechutes. De plus, il souligne que le fait d'augmenter les capacités de régulation des émotions facilite les gains thérapeutiques dans d'autres domaines que celui de la régulation (*e.g.* symptômes dépressifs) et que tant la modification que l'acceptation semblent être des aspects importants dans une prise en charge thérapeutique. Comme nous le verrons dans la description de notre programme d'intervention, différentes techniques et exercices s'y retrouvent également.

5.1.2.8. Emotional Schema Therapy (EST)

La thérapie des schémas émotionnels (« *Emotional Schema Therapy* » (EST) ; Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011) est, avant tout, un modèle métacognitif, ou méta-expérientiel, de l'émotion dans lequel elle est considérée comme étant un objet de la cognition sociale (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011). La thérapie des schémas émotionnels va donc se focaliser sur les croyances de chaque patient concernant la légitimité d'une émotion (*i.e.* processus normal versus pathologique, limitée dans le temps versus sans fin, utile versus devant être supprimée). C'est ce que Linehan (1993) a appelé l'identification et la réfutation des mythes sur les émotions (Linehan, 1993). Ainsi, certains patients vont accepter l'émotion, leur accordant une grande valeur et recherchant sa validation, alors que d'autres vont chercher à la supprimer, à s'en échapper et à y rester insensibles. L'EST amène le patient à identifier les émotions et à les libeller, à normaliser l'expérience émotionnelle, à lier les émotions aux besoins personnels et à la communication interpersonnelle, à identifier les croyances problématiques et les stratégies (schémas) que le patient a pour interpréter, juger, contrôler et agir sur l'émotion, à collecter des

informations en utilisant des techniques expérientielles, à planifier des « expériences » comportementales, interpersonnelles et émotionnelles pour développer des réponses plus aidantes concernant les émotions du patient et finalement, à développer des croyances et stratégies nouvelles, plus flexibles et adaptées par rapport à l'expérience émotionnelle.

5.1.2.9. Compassion Mind Training (CMT)

Gilbert (2009) s'est penché sur les influences bouddhistes, la psychologie évolutive et les neurosciences affectives pour développer une forme compréhensive de la thérapie cognitive et comportementale appelée « *Compassion-Focused Therapy* » (CFT). La CFT se caractérise par l'entraînement du patient au développement d'un esprit compatissant (« *compassionate mind training* »). Les approches basées sur la culture de la compassion voient cette dernière comme étant le processus central de la régulation des émotions et de la psychothérapie. Gilbert (2007) mentionne que la compassion est un processus composé de multiples facettes, impliquant des éléments cognitifs, émotionnels et motivationnels, tels que prendre soin du bien-être des autres, la sympathie, la tolérance à la détresse, l'empathie, la conscience non jugeante, la sensibilité à la détresse et la capacité de créer des opportunités de croissance et de changement avec chaleur.

Nous avons présenté brièvement quelques approches dans le contexte clinique, qui ciblent de manière plus ou moins directe le traitement affectif et la régulation des émotions des personnes souffrant d'une psychopathologie. Nous souhaitons présentement aborder les interventions qui ciblent les mêmes processus mais hors du contexte clinique.

5.2. Programmes visant des interventions sur le vécu et le traitement affectifs en dehors du contexte clinique

Peu d'interventions destinées à des sujets « tout-venant » ciblant explicitement le fonctionnement émotionnel ont à ce jour fait l'objet d'études empiriques pouvant démontrer leur efficacité. Nous avons déjà mentionné que l'approche MBSR et le programme TEK ont été testés également sur des échantillons non cliniques, donnant de bons résultats. Dans la méta-analyse de Baer (2003), le programme MBSR a été administré à des patients souffrant de douleurs chroniques, de fibromyalgie, de psoriasis, d'un cancer, mais aussi à des sujets « tout-venant ». Le fait d'avoir suivi ce programme a amélioré les symptômes liés aux différents problèmes de santé, mais également l'affectivité et certains indicateurs de bien-être des sujets

(e.g. Deyo, Wilson, Ong, & Koopman, 2009 ; Keng, Smoski, & Robins, 2011). Meichenbaum (1985), sur la base de ses travaux sur le coping, a testé un programme de réduction du stress s'avérant efficace (« *stress inoculation training* »). De même, Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) ont développé un programme de réduction du stress pour des étudiants en médecine basé sur la pratique de la méditation sur huit semaines, qui a abouti à des résultats positifs, notamment à une réduction de leur anxiété et de leur détresse psychologique. Une autre recherche menée par Shapiro et collaborateurs (2007, in Keng, Smoski, & Robins, 2011) a mis en évidence les bienfaits de la pratique de la pleine conscience sur la détresse psychologique et l'affectivité de sujets « tout-venant ». En outre, nous pouvons observer des effets positifs de cette pratique sur la santé dans la méta-analyse de Grossman, Niemann, Schmidt et Walach (2004, in Keng, Smoski, & Robins, 2011), qui souligne qu'une intervention brève de pleine conscience est bénéfique pour des individus sans sérieux problème de stress psychologique dans le but d'augmenter leur satisfaction de vie notamment (Harnett, Whittingham, Puhakka, Hodges, Spry, & Dob, 2010).

Relevons encore que différents programmes d'aide aux patients cancéreux encouragent l'expression des émotions et fournissent un environnement soutenant, dans lequel leurs préoccupations concernant leur maladie et les effets engendrés sur leur vie peuvent être abordés. La participation à ces groupes thérapeutiques durant une année influence positivement l'humeur et les stratégies de régulation des émotions et diminue les douleurs éprouvées. Bien que ces groupes ne fournissent pas un travail focalisant directement les émotions et le fonctionnement émotionnel, nous souhaitons faire part de leur existence, étant donné qu'ils ont été largement publiés (Giese-Davis, Koopman, Butler, Classen, Cordova, Benson, Kraemer, Spiegel, & Fobair, 2002 ; Goodwin, Leszcz, Ennis, Koopmans, Voncent, Guthier, Drysdale, Hundleby, Chochinov, Navarro, Specca, & Hunter, 2001).

Mentionnons également que des programmes d'intervention portant sur l'intelligence émotionnelle ont été développés (Salovey, Caruso, & Mayer, 2004). Par exemple, dans le domaine de l'éducation, le thème de l'intelligence émotionnelle a été utilisé pour enseigner aux enfants scolarisés différentes compétences sociales et de self-management. Ces programmes sociaux-émotionnels (« *social and emotional learning* »; SEL; Cohen, 2001; Elias, Hunter, & Kress, 2001 ; Payton, Wardlaw, Graczyk, Bloodworth, Tompsett, & Weissberg, 2000) vont de l'enseignement de compétences discrètes (e.g. gestion des conflits), à des curriculums plus larges du développement social et émotionnel de l'enfant. Trois des programmes ciblent

explicitement les émotions et l'intelligence émotionnelle, à savoir 1) le « *Self Science Curriculum* » (Freedman, Rideout, Jensen, & McCown, 1998), développé indépendamment du modèle de l'intelligence émotionnelle, il aborde en partie les émotions (*e.g.* conscience de ressentir différents états affectifs, communication des états affectifs, révéler les pensées et les états affectifs), 2) le « *South Africa Emotional Intelligence Curriculum* » (de Klerk, & le Roux, 2003), qui cible entre autres les états affectifs (*e.g.* origine des sentiments, sentiments et symptômes physiques, identification des états affectifs sur des images d'animaux, nommer les états affectifs, expression des sentiments, empathie et validation) et 3) l'« *Innerchoice Publishing Activity Books* » (Schilling, 1996), qui inclue des activités d'enseignement dans le domaine des compétences sociales et émotionnelles, dont certaines ciblent les émotions (*e.g.* gestion des émotions). Bien que des évaluations contrôlées de ces programmes démontrant leur efficacité n'aient pas été publiées à ce jour, les avis des enseignants, parents et écoliers indiquent que les programmes sont appréciés et qu'ils peuvent être implémentés à large échelle. De plus, ces programmes sembleraient avoir un impact positif sur les compétences scolaires des enfants (Elias, Kress, & Hunter, 2006).

D'autres recherches ont ciblé l'impact des programmes brefs d'entraînement à l'acquisition des compétences émotionnelles chez des étudiants et moniteurs. Elles ont permis de mettre en évidence que le fait de suivre ces programmes ne permet pas d'amener des changements significatifs concernant leurs compétences et leurs comportements en matière d'intelligence émotionnelle (Forrey, 2000, in Mayer, Salovey, & Caruso, 2004 ; Stephenson, 2003, in Mayer, Salovey, & Caruso, 2004). Cependant, d'autres recherches sont nécessaires afin de pouvoir conclure en l'efficacité ou en l'inefficacité de ces programmes d'entraînement.

Le concept de l'intelligence émotionnelle a été très médiatisé dans le domaine professionnel, notamment grâce au livre de Goleman (1995, in Mayer, Salovey, & Caruso, 2004 ; Zeidner, Matthews, & Roberts, 2004). Certaines recherches indiquent que ces programmes ont permis d'améliorer la performance professionnelle des participants, telle que leurs relations avec les clients, le travail groupal ou encore leur potentiel de leadership (Ashkanasy & Dasborough, 2010 ; Jordan, Ashkanasy, & Härtel, 2003). Un rapport fournissant des lignes directrices pour promouvoir l'apprentissage social et émotionnel dans le monde professionnel souligne alors l'utilité d'aider les employés à devenir plus intelligents émotionnellement sur leur place de travail, mais précise également que les efforts concernant l'évaluation de cet apprentissage sont rares (Cherniss, Goleman, Emmerling, Cowan, & Adler, 1998). De plus, l'évaluation des

programmes a porté sur leurs bénéfices en matière de performance au travail (*e.g.* taux d'absentéisme, productivité, compétences de leadership, de gestion des conflits, de gestion du stress, de travail en équipe, de supervision, relations avec la clientèle) et leur rapport coûts/bénéfices. L'impact de ces programmes sur les compétences émotionnelles et les indicateurs de bien-être n'est alors peu connu.

Des programmes ont également été conçus dans le domaine familial et parental avec la parution de différents livres, à portée scientifique limitée, soulignant l'importance des compétences émotionnelles pour devenir de bons parents ou sur la manière d'éviter des dysfonctionnements maritaux. Gottman (1997, in Elias *et al.*, 2001) a travaillé dans le coaching émotionnel parental et a mis en évidence que les parents « efficaces » sont davantage conscients des émotions de leur enfant, considèrent davantage les émotions comme étant une opportunité d'apprentissage et d'intimité, écoutent de manière plus empathique leur enfant, aident davantage celui-ci à nommer ses émotions et explorent davantage les solutions aux problèmes qui ont généré l'émotion.

Nous pouvons alors constater que peu de recherches portant sur l'efficacité de ces programmes n'ont été publiées à ce jour (Salovey, Caruso, & Mayer, 2004). De plus, les bénéfices mis en évidence portent encore plus rarement sur le gain en matière de compétences émotionnelles des participants mais sur leurs compétences professionnelles ou scolaires associées.

6. Développement des modules d'intervention basés sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle

Nous avons mis en évidence dans le précédent chapitre que, suite au constat de l'importance du vécu et du traitement affectifs dans la santé physique et psychique, des interventions ciblant le fonctionnement émotionnel ont vu le jour pour des groupes de patients et pour des « tout-venant », telles que les programmes ciblant le concept de l'intelligence émotionnelle destinés aux écoliers, employés, couples ou aux parents. En ce qui concerne ces derniers, nous avons mis en exergue qu'ils ont fait l'objet de peu de recherches publiées portant sur leur efficacité (Salovey, Caruso, & Mayer, 2004) et que leurs bénéfices ont rarement porté sur le gain en matière de compétences émotionnelles, mais sur les compétences professionnelles ou scolaires associées. En ce qui concerne les programmes thérapeutiques à proprement parlé, nous avons mis en évidence que peu d'interventions ont explicitement ciblé le traitement affectif, mais d'avantages ont complété un traitement de base psychothérapeutique par un accent sur les états et/ou le traitement affectif (Philippot, 2007). De plus, rares sont les programmes qui sont basés sur un modèle spécifique et validé du traitement affectif, se référant généralement à des considérations cliniques. Ce constat nous a alors incité à développer, puis à valider, un programme d'intervention basé explicitement sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle et destiné à des participants « tout-venant » dans le but d'améliorer leurs compétences en termes d'Ouverture Emotionnelle et de régulation des émotions et indirectement, leur santé physique et psychique.

Notons que de précédentes recherches sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle (Reichert *et al.*, 2007) avaient déjà testé l'efficacité d'un travail en individuel et en groupe auprès de patients souffrant de dépendances selon l'approche centrée sur la personne combinée à un travail sur le traitement affectif. Une comparaison pré-post intervention avait permis de mettre en évidence des améliorations significatives sur certaines dimensions de l'Ouverture Emotionnelle, notamment sur la représentation cognitive, la régulation et la communication des émotions avec des tailles de l'effet « fortes », étant respectivement de 0.99, 0.97 et de 0.88.

Comme mentionné précédemment, différents registres d'états affectifs (*e.g.* noyau affectif, humeur, émotion, épisodes émotionnels) peuvent constituer une base sur laquelle porte le traitement affectif (Reichert, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2011, 2012). Bien que les interventions varient en fonction de ces registres affectifs, des procédures générales ou étapes

élémentaires vont sous-tendre chaque intervention ciblant le traitement affectif (voir figure 4). Cette séquence de base sera présente dans chacune de nos interventions.

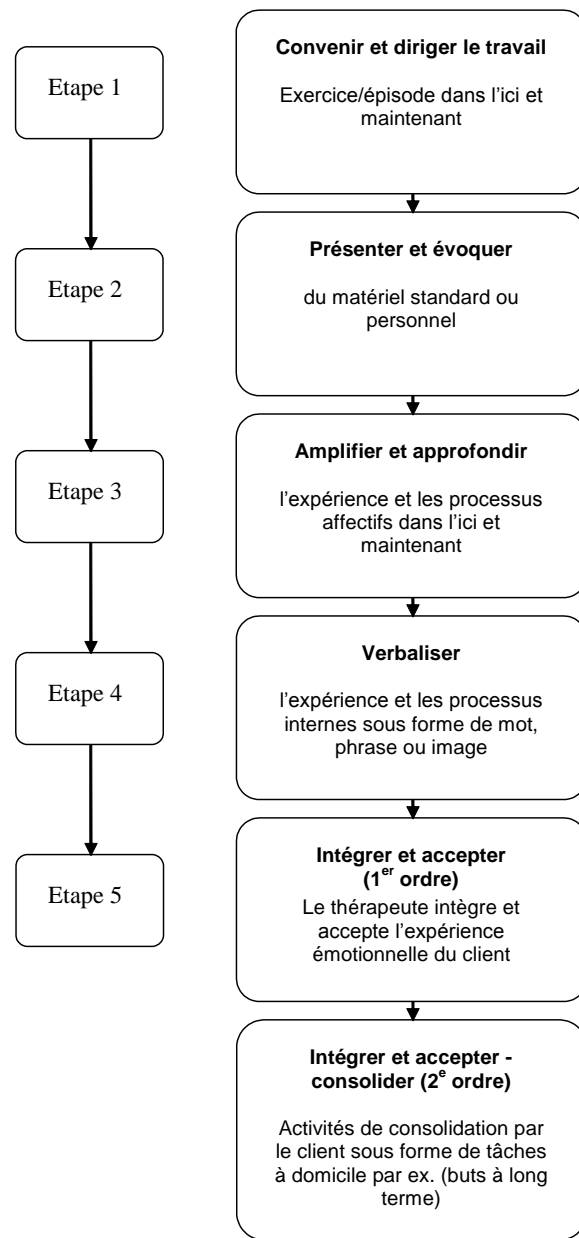


Figure 4 : Déroulement général et étapes élémentaires des interventions portant sur le traitement affectif (Reicherts, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2012, p. 221)

Lors de la première étape, « convenir et diriger », l'exercice ou le travail est premièrement introduit et présenté aux membres du groupe. Un accord est ensuite conclu entre le thérapeute et ces derniers et le travail est finalement dirigé. Lors de la seconde étape, « présenter et/ou

évoquer », le matériel du participant est exposé et celui-ci est encouragé à le laisser émerger, tout en essayant d'en donner une appellation provisoire. Lors de la troisième étape, « amplifier et approfondir », l'état affectif du participant est focalisé, actualisé ou intensifié dans l'ici et le maintenant. Lors de la quatrième étape, « nommer », le participant est encouragé à verbaliser ou à marquer, en proposant ou en faisant émerger une image, une phrase ou encore un mot personnalisé qui dénote, capte ou qui puisse devenir un « supra-signe » des significations évoquées, tel que c'est le cas dans le « *focusing* » d'après Gendlin (1981, in Reicherts *et al.*, 2012). Finalement, lors de la cinquième étape, il s'agit d'« accepter et/ou intégrer » l'expérience ou les processus émotionnels que le participant vient de réaliser, notamment en les retraçant et en les décrivant provisoirement et brièvement par des mots, tout en essayant de les structurer ; ce qui implique un processus d'acceptation non jugeante envers l'expérience émotionnelle éprouvée par autrui. Cette cinquième étape passe premièrement par une acceptation et une intégration, toutes deux souhaitables à la fin d'un épisode de travail, permettant de boucler le processus dans l'ici et le maintenant (acceptation/intégration de premier ordre), puis par l'intégration ou l'acceptation à plus long terme (deuxième ordre), comprenant des activités de consolidation par la répétition routinière de nouvelles expériences sous forme de tâche à domicile, par exemple.

Cette séquence de base étant définie, nous souhaitons nous attarder brièvement sur la description de notre programme d'intervention. Nous conseillons le lecteur de consulter le manuel d'intervention et ses annexes (Haymoz & Reicherts, sous presse) pour avoir une meilleure compréhension et une vision plus détaillée de notre programme. En outre, les tableaux à la fin de ce chapitre donnent un aperçu des principaux objectifs et exercices visés dans chaque séance.

6.1. Description des séances groupales

Une première séance en individuel avec chaque participant est tout d'abord prévue afin de les informer du contenu et du déroulement de l'intervention groupale dans laquelle ils s'engagent et de répondre à leurs questions, attentes et croyances concernant le programme et l'intervention groupale de manière plus générale. Une évaluation des buts à atteindre (suivant la démarche dans Reicherts & Pauls, 2012) est également réalisée sur la base d'objectifs préétablis, dans le

but de mettre en exergue les objectifs personnels des participants et d'avoir par la suite une mesure individualisée de l'impact de l'intervention sur ces derniers. Finalement, un contrat est signé et conservé par le participant et le conseiller, portant sur l'engagement de ces derniers dans l'atteinte de leurs objectifs.

Ensuite, l'intervention groupale prend place sur six séances hebdomadaires, dont la dernière est également consacrée au maintien des acquis. Deux auto-observations quotidiennes et deux types de tâches à domicile hebdomadaires font également partie intégrante du traitement. Le premier type de tâche à domicile concerne des activités visant l'intégration, la consolidation et le transfert des éléments appris durant le module et le deuxième, la préparation au module suivant. Les groupes sont de petite taille, généralement composés de six personnes. Chaque module est construit sur la base d'une même structure et comporte des exercices pratiques et des éléments explicatifs sur le traitement affectif. Nous allons brièvement présenter les principaux objectifs fixés dans les séances groupales et référons le lecteur au manuel d'intervention ainsi qu'à ses annexes pour de plus amples informations (Haymoz & Reicherts, sous presse).

6.1.1. Séance d'introduction

Les objectifs visés dans cette première séance groupale sont de faire connaissance avec les participants et de mettre en commun les objectifs personnels de chacun. Les règles régissant le fonctionnement groupal sont également abordées (*e.g.* principe de confidentialité, de retard, d'absence). En outre, des informations sont données sur le remplissage du carnet de bord, permettant aux participants d'observer quotidiennement leurs états affectifs, tout en y associant d'autres variables évaluées simultanément : leur bien-être physique, les processus accompagnant leurs états affectifs, le contexte, le lieu et le type d'activité dans lesquels ils évaluent leur ressenti. Ce carnet de bord, que nous avons utilisé sous forme d'agenda de poche informatisé ou sous format papier-crayon, est rempli sur une période de trente-quatre jours au total par tous les participants à l'intervention, servant à la fois d'outil d'apprentissage et de mesure quotidienne de la structure de l'affectivité par les approches spécifique/discrète et catégorielle/continue que nous avons présentées ci-dessus.

6.1.2. Séance sur la représentation cognitive des émotions

Les buts visés dans ce module sont 1) de pouvoir distinguer, comparer et différencier les états affectifs dans le but de pouvoir se les représenter précisément (fonction de conceptualisation), 2) de pouvoir nommer les états affectifs afin de pouvoir notamment les exprimer verbalement (fonction de dénomination/verbalisation), 3) d'évaluer et d'apprécier la situation/le contexte en lien avec le ressenti (fonction d'évaluation ; « *appraisal* ») et 4) de clarifier et de renforcer le « potentiel » adaptatif d'une émotion, tout en reconnaissant également son côté inadapté.

Des éléments explicatifs sur les principales distinctions conceptuelles portant sur le traitement affectif sont fournis et des exercices sont proposés pour amener les participants à décrire l'émotion déclenchée par la situation en termes d'activation physiologique, de valence et d'intensité et à la distinguer des autres états affectifs. Le travail sur la représentation conceptuelle se fait au moyen de différents supports, tels que l'usage de vignettes relatant des situations en lien avec diverses émotions dans le but de travailler sur le lien entre émotion et situation, le ressenti de cette émotion ainsi que sur la distinction, la comparaison et la différenciation des émotions et des humeurs, ou autres états affectifs.

Différents objectifs liés à la représentation cognitive et conceptuelle de l'état affectif sont donc ciblés dans ce premier module, dont certains se retrouvent également dans d'autres approches ou interventions. En effet, le fait de mieux circonscrire et préciser la représentation conceptuelle d'un état affectif se rapproche du processus explicatif, tel que mis en évidence par Sachse (1992, in Reicherts, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2012), dans lequel le patient est amené à atteindre un niveau de traitement du contenu de plus en plus complet, personnel et ancré dans son vécu affectif. Dans ce sens, notre intervention vise à enrichir la signification d'un vécu affectif pour le rendre plus complet ou qu'il requière une signification plus spécifique liée à un événement émotionnellement chargé. L'intervention permet également de clarifier ou renforcer le caractère adaptatif d'une émotion, en lui donnant un ancrage dans l'ici et le maintenant, dans les circonstances situationnelles. Ceci permet au participant de prendre conscience, non seulement de son caractère adaptatif, mais également temporaire, utile et contrôlable. Linehan (2003, in Leahy *et al.*, 2011) a parlé de mythes sur les émotions pour faire référence aux erreurs de croyances sur les émotions qu'ont tendance à faire les sujets souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, à savoir à évaluer négativement leurs réponses émotionnelles et à croire que les émotions sont incontrôlables et sans fin. Différents axes thérapeutiques sont encore

présents dans le programme de Linehan (2000) que nous retrouvons également dans notre intervention, tels que le travail sur l'identification des émotions, le fait de pouvoir les nommer et distinguer les émotions primaires des émotions secondaires.

Le tableau suivant retrace les différents buts et stratégies de ce module. Des exemples sont également mentionnés.

Tableau 1 : La « Représentation cognitive et conceptuelle », ses buts, stratégies et exemples (in Reicherts, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2012, p. 224)

	Fonctions et buts dans le traitement affectif	Stratégies thérapeutiques	Techniques Exemples concrets
Représentation cognitive - conceptuelle	Distinguer, comparer et différencier les états affectifs	Connaître/reconnaître la variété et la diversité d'états affectifs et l'intérêt de celle-ci	Donner une signification précise <ul style="list-style-type: none"> • en utilisant des listes de termes/adjectifs • en cherchant des termes « opposés »
	Dénommer et verbaliser (savoir mettre des mots)	Travailler et élaborer du matériel affectif personnel <ul style="list-style-type: none"> • en focalisant mieux : circonscrire et préciser et/ou • en enrichissant et élargissant (pour la compléter) la représentation cognitive (par ex. <i>core affect</i>) 	A partir des exemples d'affect vécu <ul style="list-style-type: none"> • travailler le vocabulaire • décrire les <i>appraisals</i> (par ex. SEC, selon Scherer, 1984, 2003)
	Clarifier le vécu affectif	Travailler différents types d'affectivité (<i>core affect</i> , émotions discrètes et élémentaires, humeurs)	Ancrage dans l'ici et le maintenant avec par ex. un travail sur des émotions de base
	Evaluer et apprécier la situation/contexte en lien avec le ressenti (<i>appraisal</i>)	Clarifier le caractère adaptatif de l'affectivité et des liens entre <i>appraisals</i> de situations et émotions	Travailler sur le matériel auto-reporté (auto-observation) dans la vie quotidienne

6.1.3. Séance sur la perception des indicateurs corporels internes et externes

Cette séance cible la capacité à devenir davantage attentif aux phénomènes corporels internes (*i.e.* processus gastro-intestinaux, cardio-vasculaires et respiratoires) et externes (*i.e.* processus somato-musculaires, mouvements, tensions, gestes) qui accompagnent un état affectif. Différents exercices permettent de repérer et de prendre conscience de ces indicateurs, tels que les jeux de rôle, permettant notamment de mettre en évidence les éventuelles incongruences entre le verbal, le para-verbal et le non verbal et dans lesquels certains mouvements de la personne illustrant l'émotion en question peuvent être repris, répétés, amplifiés ou suivis d'un geste antagoniste jusqu'à ce qu'ils soient bien intégrés. La projection d'un matériel de photographies émotionnellement chargées vient également aider le travail sur la perception des indicateurs internes et externes en permettant d'initier un état affectif chez le participant qui pourra être ensuite exploré. Des photographies affichant des expressions faciales sont également analysées ; ce qui permet l'apprentissage de leur distinction. Des éléments explicatifs portant des concepts importants en lien avec la perception des indicateurs corporels internes et externes, tels que celui de préparation à l'action, sont également abordés.

Dans ce deuxième module, nous pouvons également observer certains éléments que nous retrouvons dans d'autres approches. Par exemple, les exercices portant sur la perception des indicateurs corporels internes ciblent la conscience (« *awareness* »), s'inspirant des exercices de « pleine conscience » selon Kabat-Zinn (2003) ou des exercices issus de la pratique du yoga. Ce type d'exercices permet à la personne d'amplifier les sensations d'indicateurs affectifs, ou à les voir changer, s'enrichir, se transformer comme supposés par l'intervention du « *focusing* » réussi (Gendlin, 1981, in Reicherts *et al.*, 2011). Mentionnons également que les exercices présentés dans ce premier module se rapprochent de ceux proposés par les approches expérientielles, consistant à faire émerger le noyau affectif, d'y rester proche et de ressentir les sensations corporelles y étant liées. Les interventions peuvent alors amener la personne à maintenir un état affectif et à détourner son attention d'autres éléments dans le champ attentionnel. La technique de la confrontation (cf. Tscheulin, 1990, in Reicherts, 2007; Greenberg & Paivio, 1997, in Reicherts, 2007), consistant à repérer les expériences affectives et à les compléter pour les lier ensuite à la situation dans le but qu'elles deviennent plus adaptatives, est aussi utilisée dans ce module (*e.g.* enrichir une irritation vécue avec une certaine activation végétative diffuse pour qu'elle puisse devenir une colère « complète » que la personne

pourra percevoir en tant que telle, avec l'activation cardiaque et la tendance à l'action agressive ou défensive qui lui sont liées) (Reichert, 2007). Finalement, indiquons que des éléments se retrouvent également dans l'intervention de Linehan (2000), tels que le travail sur la prise de conscience totale, sur l'observation et la description du ressenti de manière non jugeante et sur la cohérence entre l'expression non verbale et le para-verbal, les ressentis, les émotions et leur expression.

Tableau 2 : « Perception des indicateurs corporels internes » et « externes », leurs buts, stratégies et exemples (in Reicherts, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2012, p. 225)

Perception des indicateurs internes et externes	Fonctions et buts dans le traitement affectif	Stratégies thérapeutiques	Techniques Exemples concrets
	Etre/devenir attentif aux indicateurs	Exercices d'évocation et d'attention (<i>awareness</i>)	Exercice d' <i>awareness</i>
	Explorer les manifestations corporelles et en devenir conscient	Présenter des situations/émotions standards d'un vécu et diriger l'attention sur les manifestations corporelles	Reconnaître des expressions faciales et « mimer » des expressions faciales, gestes etc. liés aux émotions de base
	Connaître/reconnaître l'importance/présence de manifestations corporelles propres	Accompagner la personne en explorant un vécu important (de valence différente)	Exercices d'(auto-) observation des indicateurs non verbaux et para-verbaux
	Repérer des indicateurs externes transparaissant éventuellement en contradiction avec le vécu/ressenti	Accompagner la personne en explorant un vécu important (avec des manifestations physiques différentes)	Confronter la personne à des divergences entre son expérience affective et ce qui transparaît

6.1.4. Séance sur la communication des états affectifs

Le travail effectué lors de ce module porte sur la communication et l'expression de ses états affectifs à autrui. Il s'agit de 1) reconnaître l'importance de la communication et de l'expression volontaire de ses états affectifs, 2) reconnaître l'importance d'obtenir et de pouvoir donner la validation affective à autrui (réciprocité), 3) être capable de clarifier ce que l'on veut faire savoir à une autre personne en fonction de la situation et mettre des mots précis sur son vécu affectif (voir Rimé, 2007) et 4), faire accompagner la communication verbale par une expression non-verbale adéquate en évitant les incongruences entre d'une part, l'émotion ressentie et d'autre part, les gestes, l'expression du visage, les expressions corporelles et la voix.

Le travail est effectué par différents biais, notamment par des jeux de rôle, dans lesquels l'accent est mis sur l'apprentissage de la communication adéquate de l'émotion et de la réciprocité, ainsi que par le biais de séquences vidéo illustrant des interactions émotionnellement chargées entre

individus. Notons que le travail effectué dans ce module porte également sur les registres expressifs, mais accentue davantage la description verbale et la formulation adressée à une tierce personne.

Il est important que des feedbacks réguliers soient donnés par les conseillers sur ce qu'ils ont perçu et compris chez le participant, dans le but de valider la communication et l'expression émotionnelle de ce dernier. De plus, il importe qu'ils puissent représenter un modèle pour le participant quant à leur manière de communiquer (manière qui peut être ensuite imitée). Il est également particulièrement intéressant de faire un travail en dyade ou en groupe, en incluant les autres membres du groupe comme spectateurs ou observateurs. Un tel travail permet un changement de rôle, l'observation des autres membres (pouvant également être des modèles) et l'obtention d'un feedback.

Différentes interventions sont proposées pour travailler sur cette dimension, telles que la technique de l'amplification, proposée à l'origine par la Gestalt-thérapie (Gemmler-Fuhr *et al.*, 1999, in Reicherts, 2007), consistant en la simple répétition d'une parole ou d'un geste et à ressentir ce qui se passe lorsqu'on l'exprime de manière plus explicite, voire de manière exagérée. L'entraînement à la verbalisation des expériences émotionnelles a également été ciblé par Truax et Tausch (1981, in Reicherts, 2007) et Linehan (2000) a mis l'accent sur l'efficacité interpersonnelle visant des techniques d'affirmation de soi en lien avec le vécu affectif ressenti. Un focus sur une communication adéquate fait également partie intégrante du travail de Greenberg (2007 ; *i.e. I-statements*). Découlant également des approches humanistes, les techniques de la « chaise vide » et des « deux chaises » peuvent également être comprises dans ce module d'intervention, bien qu'elles n'aient pas été explicitement travaillées en séance.

Tableau 3 : « Communication des émotions », ses buts, stratégies et exemples (in Reicherts, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2012, p. 224-225)

Communication des émotions	Fonctions et buts dans le traitement affectif	Stratégies thérapeutiques	Techniques Exemples concrets
	Connaître/reconnaître l'intérêt de communiquer et exprimer de manière volontaire ainsi que l'intérêt de l'échange émotionnel réciproque	Encourager l'expression verbale et volontaire	Techniques/exercices d'amplification, de répétition, de répétition amplifiante, d'exagération
	Clarifier ce que l'on veut faire savoir à l'autre	Donner un feed-back et « valider » ce qui est exprimé/communiqué	Technique de la « Chaise vide », des « Deux chaises »
	Utiliser des mots précis dans le but de partager	Renforcer et amplifier l'expression verbale et non-verbale	Exercice en dyade, jeu de rôle avec changement de rôle
	Faire accompagner la communication verbale par l'expression non-verbale et para-verbale	Porter attention aux gestes, à la respiration et développer des expressions corporelles spécifiques	Relater des épisodes affectifs et donner un feed-back
	Obtenir et donner une validation affective, se faire comprendre, obtenir de l'attention et du soutien	Communiquer l'empathie et l'intérêt (<i>caring</i>) pour le client, valoriser les nouvelles émotions qui apparaissent	Donner l'exemple d'une communication modèle

6.1.5. Séances sur la régulation des émotions

Les deux séances portant sur la régulation des émotions visent 1) l'apprentissage ou la consolidation de techniques de régulation des émotions, qui rappellent, permettent de réduire, stabiliser ou encore renforcer les états affectifs des participants, ainsi que de modifier leur survenue, leur impact ou leurs conséquences et 2) un travail avec chaque participant sur la proposition, le choix, l'adaptation et la personnalisation de leurs techniques de régulation des émotions.

Pour ce faire, un travail est d'abord effectué sur la base du DOE-IT que nous avons détaillé ci-dessus, lequel permet de mettre en exergue et d'exemplifier d'une part, les différents registres de techniques de régulation des émotions repérés dans la littérature (*i.e.* corporel, cognitif, social, situationnel et ingestion de substances) et d'autre part, d'identifier les techniques utilisées par chaque participant, ainsi que leur efficacité perçue, face à une situation générant un vécu affectif positif ou négatif. Un profil individualisé sur les dimensions du DOE-IT contrasté aux valeurs obtenues par un échantillon « tout-venant » est présenté, amenant les participants à réfléchir sur les stratégies qu'ils utilisent fréquemment ou rarement au regard de leur efficacité perçue, sur la manière d'optimiser l'usage et l'efficacité des stratégies déjà connues et sur l'intégration de nouvelles stratégies dans le but d'accroître leur répertoire de

stratégies de régulation des émotions personnel. Un travail au moyen de vignettes permettant d'aborder chaque registre est effectué et certaines techniques sont entraînées et approfondies, telles que la réévaluation, la résolution de problème, la respiration abdominale, la relaxation progressive selon Jacobson et des exercices d'imagerie mentale et de détente, s'approchant de l'état de pleine conscience. Un CD-ROM permet également l'entraînement de certaines de ces techniques à domicile.

De plus, la dernière séance permet de travailler sur le maintien des acquis et de dresser un bilan sur la base de l' « Evaluation des buts à atteindre » afin de pouvoir évaluer avec chaque participant les progrès liés à l'intervention.

Ainsi, l'intervention sur la régulation des émotions comprend plusieurs étapes générales, à savoir 1) connaître les propres techniques et tentatives de la personne pour gérer ses expériences affectives, 2) proposer, choisir, adapter et personnaliser les techniques et 3), travailler sur les stratégies en suivant les étapes générales suivantes : évoquer et approfondir une expérience affective cible, appliquer et tester la technique, observer le résultat et la transférer dans la vie quotidienne dans le but de la stabiliser et de permettre sa généralisation (Reichert, Pauls, Rossier, Haymoz, 2011, 2012). Cette séquence est très importante et s'avère une grille de référence, guidant l'action thérapeutique. En outre, nous rappelons que notre programme d'intervention intègre à la fois des techniques psychothérapeutiques de régulation des émotions et les actions personnelles entreprises dans un but de régulation.

Les techniques abordées et entraînées dans ces modules portant sur la régulation des émotions sont également présentes dans les approches ciblant l'émotion (« *emotion-focused therapy* ») ainsi que dans le programme de Linehan (2000), qui accorde une importance à la construction d'une hygiène émotionnelle, passant par la réduction de la vulnérabilité et l'augmentation des émotions positives, au travers de différents axes thérapeutiques (*i.e.* adoucir le moment présent, distraire ses émotions, apaiser les sens et agir de manière opposée).

Le tableau 4 met en exergue, tout comme pour les autres dimensions de l'Ouverture Emotionnelle, les buts et les stratégies ciblés dans ces deux modules portant sur la régulation des émotions, en faisant référence également à certains exemples d'exercices. Les figures 5 et 6 résument le déroulement et le contenu de notre programme, en fournissant des exemples plus concrets et détaillés du contenu de chaque séance.

Tableau 4 : « Régulation des émotions », ses buts, stratégies et exemples (in Reicherts, Pauls, Rossier, & Haymoz, 2012, p. 225-226)

Régulation des émotions	Fonctions et buts dans le traitement affectif	Stratégies thérapeutiques	Techniques Exemples concrets
	Reconnaître l'importance des émotions et les états affectifs demandant une régulation	Repérer/répertorier les situations et techniques personnelles utilisées pour la régulation	Techniques cognitives de modification d'attention, de réévaluation, d'auto-verbalisation
	Connaître ses propres modes de régulation	Présenter, proposer, sélectionner et « personnaliser » les techniques	Techniques corporelles de respiration, d'activation physique, de repositionnement corporel, de relaxation musculaire
	Connaître des techniques pour modifier, réduire, reporter, stabiliser ou renforcer des états négatifs ou positifs	Présenter/évoquer des situations (<i>in sensu, in vivo</i>) permettant de travailler sur, tester et s'entraîner aux techniques de régulation	Etablir le profil personnel dans l'inventaire de techniques (DOE-IT)
	Savoir évaluer les techniques plus ou moins adéquates/efficaces	Favoriser l'actualisation des situations problématiques et, au travers d'une exploration empathique, expérimenter des techniques de régulations appliquées	Explorer le pour le contre des effets d'une technique de régulation appliquée en imagerie mentale
	Apprendre, développer et élargir les techniques de régulation selon les différents registres : comportemental-corporel, cognitif, social, et consommation de substances ; Rendre plus efficaces les techniques	Démontrer les techniques et aider à les mettre en pratique Donner des tâches à domicile ciblées	Technique d'auto-verbalisation et d'imagerie mentale (par ex. <i>secure place</i>), de relaxation ou de recherche de soutien social

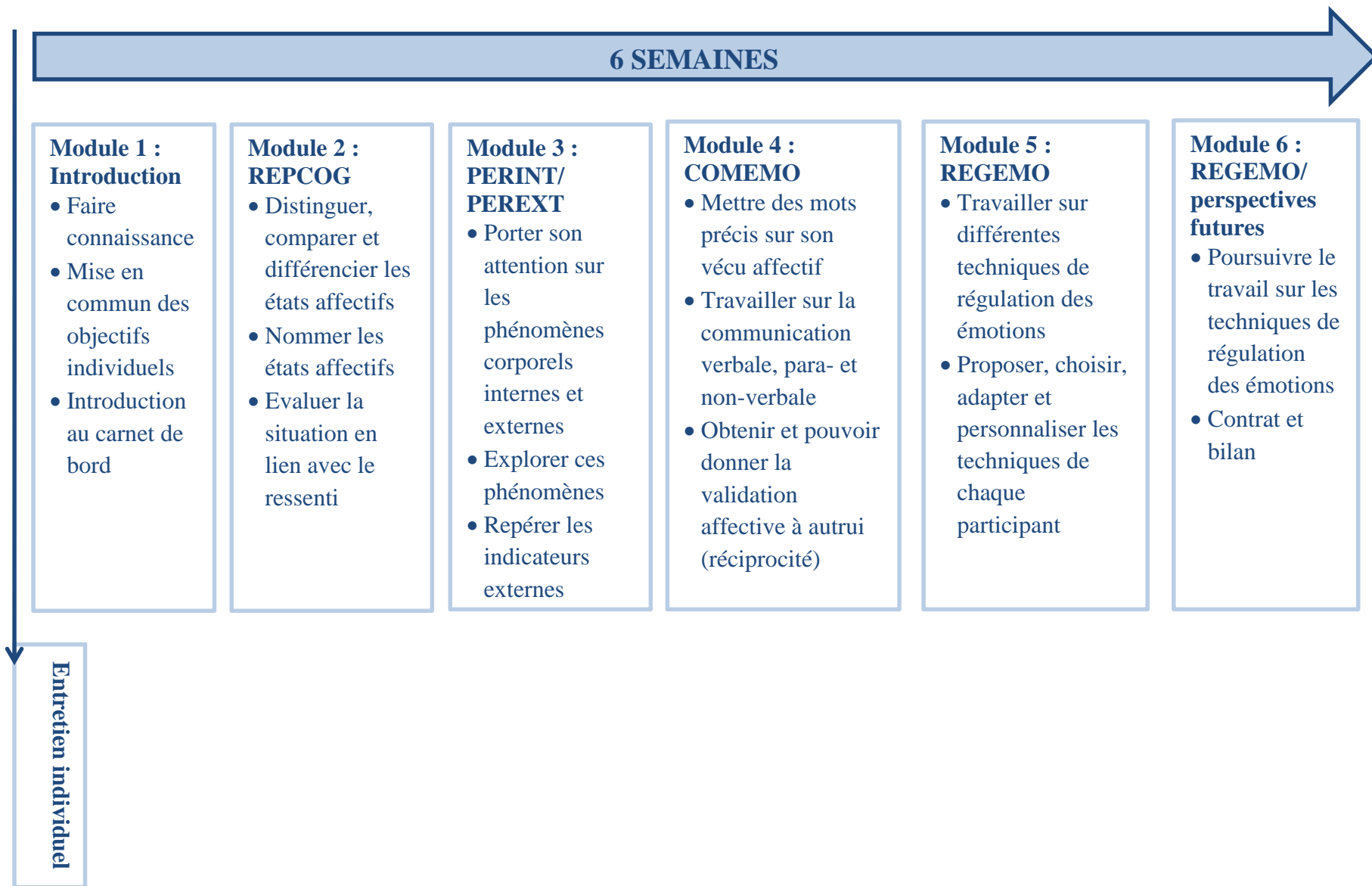


Figure 5 : Récapitulatif du déroulement de l'intervention

Séances	Contenus des séances
Entretien individuel	Informations sur le contenu et le déroulement des séances
	Travail sur les objectifs personnels et Evaluation des Buts à Atteindre (EBA)
	Etablissement d'un contrat et signature du consentement éclairé
REPCOG	Eléments explicatifs : distinctions conceptuelles entre noyau affectif, émotion (primaires, secondaires, de base), épisode émotionnel et humeur
	Exercices : 1. Travail sur des vignettes : identification de la situation qui a déclenché l'émotion, de l'émotion générée et de la manière dont l'émotion se manifeste en termes d'activation physiologique, de valence et d'intensité 2. Mise en situation in sensu pour faire émerger le noyau affectif : Imaginer / se représenter une situation émotionnelle et décrire l'émotion, la distinguer des émotions qui lui sont proches, décrire les manifestations liées à l'émotion et la manière de la gérer
	Tâche à domicile : Parcourir et compléter des listes de descripteurs affectifs pour enrichir et nuancer la description des états affectifs
PERINT/ PEREXT	Exercices : 1. Induction émotionnelle : Projection d'images émotionnellement chargées (IAPS) et focalisation sur les indicateurs internes, voire externes, qui accompagnent chaque émotion 2. Jeux de rôle / mise en situation : Relater/revivre une situation émotionnelle avec repérage des aspects verbaux, para- et non-verbaux qui accompagnent le récit afin de compléter cette expérience et la rendre plus adaptée à la situation 3. Travail sur les expressions faciales : Repérage sur des photographies des indicateurs émotionnels faciaux 4. Exercice supplémentaire : Exercice de pleine conscience en se focalisant sur les phénomènes corporels
	Eléments explicatifs : Informations sur les manifestations corporelles accompagnant une émotion et sur les fonctions des émotions
	Tâches à domicile : 1. Ecouter une musique relaxante/agréable en se focalisant sur les différentes parties du corps 2. Relater par écrit une situation émotionnelle
COMEMO	Jeux de rôle en dyade : Communication d'une situation émotionnellement chargée et reformulation du vécu par l'interlocuteur
	Eléments explicatifs : <i>I-statements</i>
	Exercices : 1. Jeux de rôle : Tâche de distraction cognitive à effectuer en écoutant un récit afin d'aborder l'importance de la réciprocité 2. Travail sur des séquences vidéo : Analyse de la manière de communiquer (communication de la situation, de l'émotion, accompagnement de la communication verbale par une expression non-verbale adéquate, communication à la première personne (« je »), répercussion de la communication sur le récepteur en termes de compréhension et de validation)
	Tâches à domicile : 1. Rédaction d'une lettre relatant une situation émotionnelle 2. Lister les techniques de régulation des émotions personnelles

Figure 6 : Récapitulatif des objectifs de chaque séance

REGEMO (1)	Eléments explicatifs sur les registres de techniques de régulation des émotions de type cognitif, situationnel et corporel du DOE-IT avec vignette d'exemple pour chaque registre
	Exercices : <ol style="list-style-type: none"> 1. Travail sur la stratégie de réévaluation (sur la base d'une vignette et exercice de réévaluation en groupe) 2. Résolution de problème à 5 étapes 3. Exercice de respiration
	Tâches à domicile : <ol style="list-style-type: none"> 1. entraînement aux techniques de respiration 2. accomplissement d'une fiche d'aide à la résolution de problème 3. Entraînement à la relaxation progressive selon Jacobson sur la base d'un CD-ROM contenant trois exercices courts et un long
REGEMO (2)	Eléments explicatifs sur les registres de techniques de régulation des émotions de type social et d'utilisation de substances
	Exercices : de pleine conscience, d'imagerie Exercice supplémentaire : balayage corporel
	Mise en exergue de profil individuel obtenu sur les dimensions du DOE-IT amenant une réflexion sur l'utilisation et l'efficacité des différentes techniques de régulation des émotions dans le but d'optimiser l'usage et l'efficacité des stratégies déjà connues et intégrer de nouvelles
	Evaluation des Buts à Atteindre (EBA) Établissement et signature d'un nouveau contrat individualisé

Figure 6 : Récapitulatif (suite) des objectifs de chaque séance

7. Recherche en intervention : considérations méthodologiques et indicateurs d'efficacité

7.1. Considérations méthodologiques

La recherche en intervention doit considérer de nombreuses variables et processus qui entrent en jeu et qui sont susceptibles d'influencer à la fois le déroulement de l'intervention, mais également les résultats attendus. C'est pourquoi, il importe de pouvoir réfléchir sur les différentes considérations méthodologiques et statistiques qui nous permettent de séparer ces diverses influences et ainsi, limiter le nombre d'interprétations possibles d'un phénomène particulier (Kazdin, 1980, in Reicherts, 2001). Par conséquent, nous allons dans ce chapitre exposer nos choix méthodologiques ainsi que les indicateurs d'efficacité retenus dans notre recherche au regard des grandes lignes qui se dégagent de la recherche en intervention clinique-psychologique.

Comme nous le verrons encore dans la partie méthodologique de ce travail, nous avons opté, dans un premier temps, pour un design quasi-expérimental. Les *plans quasi-expérimentaux* permettent un certain degré de contrôle et de manipulation des conditions de la recherche, qui demeure cependant partiel. En effet, dans notre recherche, l'assignation aléatoire des individus dans les différentes conditions groupales n'a d'abord pas été effectuée. Ainsi, et afin de se prononcer sur l'efficacité de notre intervention, nous avons comparé deux conditions groupales, à savoir les groupes de participants recevant l'intervention (*i.e.* groupes expérimentaux) versus les groupes contrôles (*i.e.* sans intervention). Pour consolider davantage notre design, nous avons prévu un protocole à trois points de mesures (*i.e.* pré-test, post-test et suivi) qui nous a permis de statuer, non seulement sur l'efficacité de notre intervention entre le début et sa fin, mais également sur le maintien des acquis deux mois après la fin de notre programme. Ainsi, nous adoptons une perspective « macro » en ciblant les changements à plus long terme. Nous avons également suivi une procédure d'appariement (« *matching* ») en fonction du genre et de l'âge, afin de rendre les participants des deux conditions groupales comparables au possible sur les critères susmentionnés. Cependant, les plans quasi-expérimentaux n'assurent pas la comparabilité des sujets des différentes conditions groupales sur les dimensions importantes de la recherche (*i.e.* pour notre recherche, il s'agit essentiellement des dimensions de l'Ouverture Emotionnelle). Il se peut alors que les sujets qui souhaitent participer à l'intervention diffèrent sur certaines composantes de ceux qui ont refusé de participer à l'intervention (*i.e.* sujets

contrôles). Nous avons pu faire ce constat dans notre recherche et c'est pourquoi notamment, nous avons opté en second lieu pour un protocole de recherche encore plus robuste, à savoir pour un *plan expérimental*. En effet, les plans expérimentaux permettent une influence maximale sur les variables indépendantes ou les manipulations envisagées et offrent la base la plus stricte pour tirer des conclusions et établir l'existence de relations causales. Pour assurer ce contrôle suffisant des variables parasites ou confondantes, les plans expérimentaux préconisent également plusieurs points de mesure et la comparaison entre une ou plusieurs condition(s) contrôle(s) et expérimentale(s). En outre, ils exigent un assignement aléatoire des sujets dans les différentes conditions (*i.e.* processus de randomisation), consistant à « distribuer » les personnes aléatoirement dans les différentes conditions groupales pour répartir aléatoirement les variables potentiellement parasites dans les conditions comparées, équilibrant de ce fait leur potentielle influence et attribuant davantage les différences entre les conditions groupales au seul effet du traitement (Baumann & Reinecker-Hecht, 2005). Pour que la validité interne d'une étude soit améliorée, des groupes contrôles sont nécessaires dans la planification générale de la recherche (Baumann & Reinecker-Hecht, 2005). Cependant, différents types de groupes contrôles peuvent être envisagés qui varient selon les critères éthiques, méthodologiques et cliniques. Nous référons le lecteur au tableau de Baumann & Reinecker-Hecht (2005, p. 387) qui précise différents types de plans de recherche en intervention clinique-psychologique avec la présentation de diverses possibilités de conditions groupales. Dans les designs expérimentaux, ces derniers peuvent prendre la forme de groupes sans intervention ou en attente d'intervention (groupe « liste d'attente »), mais aussi de groupes recevant une intervention limitée (ou placebo), un traitement usuel, des autres interventions ou encore, une intervention mais sous une forme modifiée (ou avec modification de certains de ses paramètres). Pour notre recherche, nous avons opté pour la création de groupes « liste d'attente », à savoir des groupes commençant par une phase d'attente ponctuée par la passation de questionnaires, suivie par une phase d'intervention, également ponctuée par la passation de questionnaires, en prévoyant un assignement aléatoire des sujets dans les deux conditions groupales (*i.e.* « liste d'attente » vs « intervention »). Pour des raisons éthiques, tous les sujets ont pu participer au programme d'intervention.

Finalement, notre design expérimental permet de tirer des conclusions sur l'impact de notre intervention. Une recherche suivant un tel design expérimental peut être qualifiée de « *Randomized Control Trial* » ou « *Randomized Clinical Trial* » (RCT), dont les caractéristiques sont l'assignement aléatoire des sujets dans les différentes conditions

groupales, une puissance statistique suffisante, un certain degré d'homogénéité parmi les sujets des différentes conditions groupales et la manualisation des traitements. Ce dernier aspect permet de minimiser les différences entre thérapeutes, contribuant ainsi à la validité interne de l'étude et assurant une certaine adhérence, un certain degré de compétence et de discrimination entre les thérapies comparées (Timulak, 2008). Par conséquent, notre étude s'intègre dans ce type de recherche en intervention clinique-psychologique, avec une faiblesse se situant au niveau de la puissance statistique. La puissance statistique concerne la probabilité avec laquelle le test statistique utilisé détecte toute différence entre les conditions groupales. Elle se mesure à partir de l'erreur de type I (*i.e.* α), le pouvoir statistique et la taille de l'effet attendue entre les groupes comparés (Timulak, 2008). Généralement, dans les recherches en psychothérapie, ces valeurs sont de 0.47 pour la taille de l'effet moyenne, de 0.05 pour l' α et de 0.80 pour le pouvoir statistique (Shapiro, 1995, in Timulak, 2008), nous indiquant qu'il faut environ 60 patients dans chaque condition pour que la puissance statistique soit suffisamment élevée. Nous verrons dans la discussion de ce travail que la puissance statistique de notre recherche est légèrement trop faible, due au nombre insuffisant de sujets dans nos deux conditions groupales. Outre ce point, notre recherche comporte toutes les caractéristiques nécessaires à l'obtention du qualificatif de « *Randomized Control Trial* ».

7.2. Indicateurs d'efficacité

Comme l'indique Huber (2000), les effets d'une intervention ne se limitent pas aux variables explicitement et spécifiquement ciblées par celle-ci et par la théorie qui la soutient. En effet, différents domaines peuvent aussi être influencés par une intervention psychothérapeutique, bien qu'ils n'en aient pas fait directement l'objet. De même, certains mécanismes ou facteurs thérapeutiques, dont l'impact sur les résultats d'une intervention a empiriquement été mis en exergue, peuvent également être considérés comme des indicateurs du succès d'une intervention psychothérapeutique. Nous allons alors nous attarder sur les indicateurs de bien-être, que nous visons de manière indirecte dans notre intervention, ainsi que sur les liens relationnels au sein de l'intervention groupale, comme mécanismes susceptibles d'influencer les résultats thérapeutiques et comme indicateurs d'efficacité. Finalement, nous aborderons les principaux processus d'apprentissage favorisant l'acquisition des éléments visés par un travail thérapeutique. Cependant, avant de définir les effets susmentionnés indirectement visés, précisons que la recherche en intervention peut se référer à différents critères d'évaluation, que nous présentons brièvement ci-dessous (Baumann & Reinecker-Hecht, 2005).

7.2.1. Critères d'évaluation en recherche en intervention

Selon Baumann et Reinecker-Hecht (2005), la recherche en intervention peut se référer à différents critères d'évaluation. Cinq de ces critères sont discutés par les auteurs, dont le premier requiert une place centrale dans notre recherche. Ces critères sont ceux de l'efficacité, de l'efficience, de la satisfaction du patient, de la probation de la pratique et de l'adéquation éthique.

L'évaluation de l'*efficacité* d'une intervention représente la mesure du changement. Son évaluation devrait être multimodale (*i.e.* différents niveaux de données, sources de données et construits) et peut se faire selon différents critères formels d'évaluation du changement, à savoir a) la significativité statistique, b) la significativité clinique, c) le pourcentage de patients améliorés, d) l'ampleur du changement, e) la durée de changement et finalement, f) les taux d'effets négatifs (*i.e.* effets non désirés et/ou secondaires, refus de thérapie, taux de drop-out ou de rechute) (Stieglitz & Baumann, 2001, in Baumann & Reinecker-Hecht, 2005). Dans notre recherche, ce critère d'efficacité est évalué de manière multimodale. En effet, nous nous intéressons à l'évaluation de différents construits pour attester de l'impact de notre intervention, en nous concentrant majoritairement sur la significativité statistique en tant que critère formel d'évaluation le plus fréquemment rencontré dans la recherche en intervention. Nous aborderons en détails cette significativité statistique dans la partie consacrée à nos résultats. Nous souhaitons également décrire brièvement la significativité clinique, étant un critère relativement fréquent dans les recherches en intervention. Jacobson, Follette et Revenstorf (1984, in Jacobson & Truax, 1991) définissent la significativité clinique comme étant « the extent to which therapy moves someone outside the range of the dysfunctional population or within the range of the functional population ». Il s'agit alors de l'étendu avec lequel la thérapie (ou une intervention psychologique) permet de faire passer un individu en dehors du rang de la population dysfonctionnelle, ou alors, dans le rang de la population fonctionnelle. Pour se prononcer sur l'importance ou la significativité clinique d'un traitement, il existe différentes possibilités, à savoir l'utilisation d'un index (« *reliable change index* »), proposé pour déterminer si la magnitude de changement pour un client donné est statistiquement fiable (*i.e.* dépassant l'erreur de mesure), ou en procédant par comparaisons normatives. Estimer une significativité clinique implique alors le fait que des normes pour les populations fonctionnelles ou qu'un critère de fonctionnement fonctionnel (« *high End-State Functioning* ») soit établi (Hill & Lambert, 2004). Etant donné nos échantillons de participants « tout-venant » et

l'absence de normes définissant les populations fonctionnelles ou de critère global de fonctionnement fonctionnel, nous ne retenons pas ce critère d'évaluation comme étant pertinent dans le cadre de notre recherche. Cependant, mentionnons que les autres critères formels d'évaluation seront repris dans la discussion de ce travail, notamment le critère relatif aux taux d'effets négatifs, qui nous semble tout particulièrement pertinent et intéressant dans le cadre de notre recherche.

Le second critère d'évaluation est celui de l'*efficience* (« *cost-effectiveness* » ou « *cost-benefit* »), représentant l'évaluation de l'investissement nécessaire pour l'atteinte de l'objectif ou du but fixé. Il s'agit d'une évaluation des coûts relativement aux bénéfices ou à l'efficacité de l'intervention. La *satisfaction du patient* est le troisième critère d'évaluation avancé par les auteurs et requiert également une place centrale dans la question de l'évaluation d'une intervention. La *probation de la pratique* ou mise à l'épreuve dans la pratique est le quatrième critère. Elle représente une forme supplémentaire de vérification de l'efficacité du traitement dans des conditions de pratique (versus laboratoire), afin de connaître son réel impact. Finalement, le dernier critère d'évaluation est l'*adéquation éthique* (Baumann & Reinecker-Hecht, 2005), soulignant qu'une recherche en intervention se doit, non seulement de considérer différents critères méthodologiques et cliniques, mais également éthiques (*i.e.* Est-ce que les moyens déployés sont compatibles avec les objectifs ?). Dans notre présente recherche, nous ne cherchons pas à répondre à ces derniers critères d'évaluation de manière directe, mais les traiterons brièvement dans la discussion de ce travail.

Soulignons finalement que la recherche en intervention peut chercher à répondre à différentes questions. Nous avons déjà parlé de celle des effets (pouvant également inclure différentes considérations, telles que les indications, à savoir pour quel type de patient ou pour quelle problématique le traitement se montre-t-il efficace). Il s'agit généralement de « macro-analyses », visant des caractéristiques et unités psychologiques relativement globales et/ou complexes, mesurées au minimum une fois. Un second objectif peut consister à cibler les *processus* ou *les mécanismes thérapeutiques*. Dans ce cas, il s'agit généralement de « micro-analyses » qui posent principalement deux questions : 1) que se passe-t-il pendant une psychothérapie, à savoir en quoi consiste le processus thérapeutique ? et 2) comment ce processus aboutit-il à l'effet et au succès thérapeutique ? Les processus psychologiques sont étudiés de manière détaillée dans le but d'obtenir une définition assez haute au niveau temporel et/ou au niveau des caractéristiques pertinentes y relatives. Il est également possible de lier la

recherche portant sur les effets à celle portant sur les processus, afin d'avoir une compréhension précise des réels effets de l'intervention. Entre les données récoltées en début et en fin (pré/post) de la thérapie, des mesures supplémentaires peuvent alors être ajoutées (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004, in Baumann & Reinecker-Hecht, 2005). C'est ce que nous avons effectué dans notre recherche. En effet, nous avons récolté d'une part, des données avant le commencement de l'intervention (*i.e.* pré-test), après celle-ci (*i.e.* post-test) et deux mois après sa fin (*i.e.* suivi) et d'autre part, des données quotidiennes et hebdomadaires durant le laps de temps de l'intervention. Ainsi, nous aboutissons à une étude de groupes quasi-expérimentale dans un premier temps, puis expérimentale (*i.e.* RCT) dans un deuxième temps (avec groupes « liste d'attente » pour palier au problème éthique), avec une perspective macro comprenant des mesures à résolution plus fine ; ce design nous permettant de statuer sur les changements provoqués par notre programme d'intervention manualisé.

7.2.2. Les indicateurs du bien-être

Comme mentionné ci-dessus, une intervention psychologique ou psychothérapeutique peut engendrer des effets non directement objectivés par celle-ci. La qualité de vie en est un exemple. Comme l'indique Ogden (2012), il n'y a actuellement pas de consensus concernant la définition de l'état de santé. De plus, il est évalué par différentes échelles, s'intéressant autant à l'état de santé subjectif, qu'à la qualité de vie ou encore, à la qualité de vie en lien direct avec l'état de santé (« *health-related quality of life* »). Nous allons retenir la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui a notamment élaboré un instrument de mesure de la qualité de vie utilisé dans notre recherche. Selon l'OMS, la qualité de vie est "an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns" (Skevington, Lofty & O'Connell, 2004, p. 299)⁷. Le concept de qualité de vie est alors un concept large qui est influencé, de manière complexe, notamment par la santé physique de la personne, son état psychologique, ses relations sociales et les aspects environnementaux (WHOQOL Group, 1993, in Skevington, Lofty, & O'Connell, 2004). Telle qu'opérationnalisée par l'OMS, la qualité de vie peut être appréhendée par quatre domaines principaux, à savoir le bien-être physique, psychologique, social et environnemental (Skevington, Lofty, & O'Connell, 2004). Nous avons souligné dans le quatrième chapitre de ce travail les liens entre la santé mentale et physique et

⁷ Traduction libre de l'auteur: « La perception qu'on les individus de leur position dans la vie, dépendant du contexte culturel et de leurs systèmes de valeurs ainsi qu'en fonction de leurs buts, attentes, standards et préoccupations ».

le traitement affectif. C'est pourquoi, nous souhaitons évaluer l'impact de notre programme d'intervention sur ces dimensions également.

7.2.3. Les facteurs thérapeutiques en intervention groupale

Comme l'indiquent Baumann et Reinecker-Hecht, (2005, p. 379)⁸, « La méthodologie de la recherche en intervention clinique-psychologique a toujours été très fortement marquée par la question de l'efficacité. Or, la recherche en intervention ne doit pas être réduite uniquement à cette question, étant donné que c'est suite à la clarification de l'effet, qu'il y a une fondation scientifique globale de l'intervention ». C'est pourquoi, dès que les effets d'une méthode psychothérapeutique ont été établis, il convient de se demander ce qu'il s'est passé durant la thérapie, quels ont été les processus qui s'y sont déroulés et lesquels (parmi ces processus) peuvent être considérés comme responsables du changement thérapeutique (ou contribuant au changement) ; la réponse à ces questions permettant d'améliorer de manière ciblée les activités et procédés thérapeutiques (Huber, 1993). Nous souhaitons nous intéresser d'une part, aux facteurs thérapeutiques groupaux, qui vont à la fois influencer le déroulement de l'intervention groupale et les résultats attendus, et d'autre part, aborder les principaux mécanismes d'apprentissage, par lesquels les participants à une intervention acquièrent les éléments visés par celle-ci.

Selon Gans et Tschuschke (2001), la recherche portant sur les processus en intervention groupale est l'étude du groupe pris comme un système à part entière et donc, des changements dans son développement, des interactions entre les différents sous-systèmes (*i.e.* patients et thérapeute, patient et patients, thérapeute et co-thérapeute) et la manière dont chaque sous-système interagit et influence le groupe dans son ensemble. L'objectif de la recherche portant sur les processus est alors d'identifier ces processus de changement en interaction à l'intérieur et entre ces sous-systèmes. Ainsi, tous les niveaux de comportements et attentes de chaque sous-système durant les séances, mais aussi entre celles-ci, peuvent représenter des processus de changement thérapeutique (Gans & Tschuschke, 2001). De nombreux facteurs ont été identifiés comme contribuant à l'efficacité d'une psychothérapie (Ogrodniczuk & Piper, 2003). Orlinsky

⁸ Traduction libre de Baumann & Reinecker-Hecht (2005, p.379): „Die Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung ist immer sehr stark durch die Effektivitätsfrage geprägt worden. Interventionsforschung ist aber nicht nur auf die Frage nach der Effektivität zu reduzieren, da erst nach der Erklärung der Wirkung eine umfassende wissenschaftliche Fundierung von Intervention vorliegt“.

et Howard (1986, in Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004) ont élaboré un modèle « générique » des facteurs d'influence entre processus et résultats thérapeutiques pour la thérapie en setting individuel, soulignant l'importance de certaines composantes générales (*i.e.* contrat et précisions sur les rôles, relation thérapeutique/d'aide, intervention, contact avec soi-même, impact de l'intervention) sous-tendant différentes formes d'interventions. Nous n'allons pas nous attarder sur ce modèle, étant adapté au setting individuel. Concernant les facteurs thérapeutiques groupaux, Dierick et Lietaer (2008, p. 222) les définissent simplement comme étant « les expériences que le client du groupe peut avoir, que ce soit fonction des actions du thérapeute de groupe, des autres membres du groupe ou du client lui-même, et qui peuvent contribuer, dans une interaction complexe, à l'amélioration de la condition du client ».⁹ Nous parlons de *facteurs spécifiques* lorsqu'ils se réfèrent aux interventions particulières issues d'un modèle de traitement et de *facteurs communs* lorsqu'ils concernent des phénomènes présents virtuellement dans toutes formes de traitement (Lambert & Bergin, 1994, in Ogrodniczuk & Piper, 2003). Certains de ces facteurs communs sont spécifiques aux interventions groupales et sont considérés comme étant centraux dans le processus thérapeutique. Les facteurs avancés par Yalom (2005) sont généralement les plus cités, plus au moins présents dans tout groupe thérapeutique. Certains facteurs communs étudiés en thérapie de groupe sont hautement inter-reliés. Allant dans ce sens et ceci, spécifiquement à la relation thérapeutique de groupe, qui est un facteur très largement reconnu, la recherche de Johnson, Burlingame, Olsen, Davies et Gleave (2005) a évalué le chevauchement conceptuel entre quatre construits clés de la relation thérapeutique groupale, à savoir le climat de groupe, la cohésion, l'alliance et l'empathie, en considérant les trois perspectives en vigueur en intervention groupale (*i.e.* membre-membres, membre-groupe et membre-thérapeute). Leur recherche a mis en exergue des corrélations significatives entre presque toutes les mesures de la relation thérapeutique, suggérant que ces échelles et sous-échelles peuvent refléter des aspects d'un construit supérieur. La partie exploratoire de leur recherche a permis de mettre en exergue trois facteurs principaux que nous avons cherché d'une part, à mobiliser et d'autre part, à évaluer dans notre recherche (bien que les résultats y relatifs ne sont pas traités dans ce travail), à savoir :

- 1) Le lien relationnel positif ("*positive bonding relationship*")
- 2) Le rapport au travail positif ("*positive working relationship*")
- 3) Le lien relationnel négatif ("*negative bonding relationship*")

⁹ Traduction libre de l'auteure : "Experiences the client in group can have, which can be a function of the actions of the group therapist, the other group members, and the client himself, and which can contribute- in an intricate interplay- to improvement in the client's condition".

Relevons que les groupes dits « structurés » (« *structured groups* »), tels que les groupes d'orientation cognitive et comportementale, ne tiennent généralement pas compte de la littérature portant sur le fonctionnement groupal. Ainsi, ils ont tendance à considérer la thérapie groupale de manière similaire qu'en format individuel (Bieling, McCabe, & Antony, 2006). A l'inverse, les groupes dits « *process groups* » portent une attention accrue sur les processus groupaux. Dans ce type de groupes, le setting groupal est considéré comme étant un agent ou un véhicule de changement (Burlingame, MacKenzie, & Strauss, 2004 ; Fuhriman & Burlingame, 1994, 2001) et non uniquement un setting permettant aux différentes techniques spécifiques d'y être appliquées. Ainsi, une place centrale est accordée au climat interactionnel et interpersonnel du groupe (Burlingame *et al.*, 2004). Malgré le débat continu concernant le fait de savoir si les effets bénéfiques d'une intervention sont à attribuer aux ingrédients spécifiques de celle-ci ou alors à des facteurs communs aux différentes approches, une évidence qui prend de l'ampleur, reposant notamment sur les faibles différences en termes de bénéfices entre traitements, suggère que les facteurs communs semblent compter dans une plus grande part dans les bénéfices de la psychothérapie (pour une revue, voir Ogradniczuk & Piper, 2003). C'est pourquoi, nous avons souhaité porter attention, dans notre programme d'intervention structuré, à ces différents facteurs, afin notamment d'avoir une meilleure compréhension du fonctionnement groupal et de son impact sur les résultats visés par notre intervention. Ces facteurs étant nombreux, nous avons uniquement évalué ceux portant sur les relations thérapeutiques au sein du groupe, bien que ces analyses ne figurent pas dans ce travail, qui cible principalement la question de l'impact de notre intervention sur le traitement affectif et le bien-être des participants.

Les variables structurelles d'une intervention influencent également le processus et les résultats thérapeutiques. Afin de se positionner par rapport à ces variables, nous avons tenu compte du modèle groupal et des recommandations de Burlingame, MacKenzie et Strauss (2004). Selon ces auteurs, les résultats thérapeutiques dépendent 1) de la théorie formelle de changement (« *formal change theory* »), à savoir la modalité de traitement (*e.g.* plan de la séance décrivant les principes et techniques que le thérapeute va mettre en pratique), 2) des principes régissant les processus groupaux (« *principles of small group process* »), correspondant sur certains aspects aux processus décrits par Yalom et Leszcz (2005), mais portant essentiellement sur les différentes relations interpersonnelles qui s'installent nécessairement lorsqu'un groupe d'individus se rencontre dans un contexte thérapeutique, 3) des caractéristiques du patient (*e.g.* pathologie, capacité à se montrer empathique avec les autres membres du groupe, compétences

sociales de base), 4) des facteurs structurels groupaux, incluant les variables telles que la durée et le nombre de séances, la fréquence des rencontres, la taille du groupe et le setting dans lequel le traitement est donné, et finalement, 5) des caractéristiques du leader (*e.g.* approche interpersonnel, chaleur, ouverture, empathie), qui ont été mises en évidence comme étant des prédicteurs de la cohésion et des résultats. Les caractéristiques du patient, celles du thérapeute et les facteurs structurels interagissent avec les processus groupaux pour influencer les résultats du traitement et, de ce fait, doivent être réfléchis au moment de la construction d'un programme d'intervention dans le but de l'optimiser et d'enrichir significativement la compréhension du chercheur sur la manière de travailler efficacement dans un setting groupal. En ce qui concerne la théorie formelle de changement, notre programme d'intervention s'insère dans un cadre de référence cognitivo-comportemental et comprend certaines modalités de traitement proposées par cette approche (*e.g.* agenda de séance structuré et établi sur la base d'objectifs clairs et définis, visant l'acquisition de compétences, notamment par les jeux de rôle ou par certains mécanismes d'apprentissage que nous aborderons dans le sous-chapitre suivant). Concernant les principes régissant les processus groupaux, comme mentionné ci-dessous, nous avons accordé une attention particulière aux facteurs relationnels groupaux en faisant usage des techniques présentées par la littérature portant sur le fonctionnement groupal (Bernard, Burlingame, Flores, Greene, Joyce, Kobos *et al.*, 2008 ; Bieling, McCabe, & Antony, 2006 ; Brabender, 2002 ; Foy, 2008 ; Fuhriman & Burlingame, 1994, 2001 ; Gans & Tschuschke, 2001 ; Klein, 2008 ; Leszcz & Kobos, 2008 ; MacKenzie, 1997 ; MacNair-Semands, 2002 ; MacNair-Semands & Lese, 2000 ; Strauss, Burlingame, & Bormann, 2008 ; Wheelan, 2005 ; Yalom & Leszcz, 2005). Par exemple, pour le développement optimal de la cohésion de groupe, nous avons été spécialement attentifs aux renforcements (verbaux, para-verbaux et non-verbaux) de tout comportement cohésif dans le groupe, à l'organisation et à la structure du groupe (*e.g.* séance préparatoire au travail groupal, structuration des séances, homogénéisation des groupes, organisation de la salle) ou encore aux interactions verbales (*e.g.* usage du « nous »). Concernant les caractéristiques du patient, nous avons administré des entretiens de screening afin d'exclure toute psychopathologie, mais aussi certaines caractéristiques personnelles pouvant péjorer le déroulement de l'intervention. Nous nous sommes attardés aux trois facteurs présentés dans la littérature comme étant importants dans la sélection des participants à un groupe d'intervention, à savoir leurs attentes, leurs capacités à participer et leurs compétences sociales. Ces différents aspects nous permettent de considérer les chances que le patient a de pouvoir contribuer à la thérapie ainsi que les bénéfices qu'il pourrait en retirer. Le Group Selection Questionnaire (Cox, Burlingame, Davies, Gleave, & Barlow, 2004)

a été utilisé pour leur évaluation. Concernant les facteurs structurels groupaux, nous avons opté notamment pour les décisions suivantes :

- Intervention de durée limitée (*i.e.* sur 6 semaines, limitant ainsi le niveau de drop-out)
- Fréquence régulière (*i.e.* une séance hebdomadaire, ce qui représente généralement la modalité de choix en setting ambulatoire de courte durée avec un groupe fermé)
- Groupes homogènes (l'homogénéité étant plus adaptée pour des groupes fermés à durée limitée, favorisant notamment la cohésion de groupe)
- Groupes de courte durée (*i.e.* 2 heures avec 15 minutes de pause, ce qui est en général courant pour des patients sans médication ni difficultés cognitives importantes. Au-delà, le groupe commence à devenir las, répétitif et inefficace. Il en va de même pour les thérapeutes)
- Groupes de petite taille (*i.e.* moins de 12 personnes, garantissant ainsi la réalisation des jeux de rôle et un niveau d'interactions optimal au regard de l'intervention proposée)
- Groupes fermés (pour ainsi renforcer la cohésion de groupe et permettre une acquisition optimale des habiletés)
- Groupes se rencontrant toujours dans la même salle, dans laquelle une attention a été portée sur son atmosphère
- Séances structurées avec des objectifs clairs et définis (*e.g.* passage en revue des tâches à domicile, psycho-éducation, pratique des habiletés et mise en pratique des nouvelles acquisitions (via expositions, jeux de rôle, *etc.*), résumé et planification des tâches à domicile pour la semaine) avec une attention particulière sur le partage des expériences de chacun dans le groupe et une entraide mutuelle, augmentant ainsi l'engagement et la motivation des membres. Une structure dès les premières séances favorise la prise de risque, le self-disclosure, la cohésion de groupe, un rapide sentiment d'acceptation et de participation, les feedbacks interpersonnels, les interactions, une diminution de l'anxiété et un cadre favorable aux changements. Tandis qu'un manque de structure durant les premières séances est défavorable pour le développement du groupe, alimente les distorsions des clients, leurs peurs interpersonnelles ainsi que leur stress subjectif)
- Séances menées par deux co-leaders supervisés (pour permettre des niveaux d'observation et de réflexion plus élevés et la répartition des tâches inhérentes à la gestion d'un groupe)
- Respect des règles de conduite (*i.e.* absences, retards, confidentialité et contrat) et importance de la prise de responsabilité de la part des patients

Finally, the characteristics of leaders have also been the subject of particular attention. The cognitive and behavioral approach not having explicitly addressed these characteristics, we are based on the basic variables of Rogers (1951), namely congruence, positive regard and empathy, which have been shown to be predictors of cohesion and results. Consequently, the supervision of co-leaders has also focused on these individual characteristics (in addition to their competencies in terms of group management and adherence to the intervention manual).

7.2.4. Mécanismes d'apprentissage et d'acquisition

In a general perspective, different psychological means and learning processes have been identified in psychotherapeutic interventions. For example, according to Perrez and Baumann (2005, p. 439), seven types can be put into play, namely, 1) habituation through exercises or training (*e.g.* repetitions, modeling), 2) confrontation with triggers (notably anxiety-provoking), 3) positive or negative verbal and non-verbal reactions of the therapist, 4) the therapist as a model, 5) cognitive means, 6) psychophysiological methods and finally, 7) the therapeutic relationship. These different mechanisms are also evoked throughout our program. In fact, through the numerous exercises proposed in sessions focusing on the different dimensions of Emotional Opening, home tasks and the repeated filling of field notes, participants are trained to pay attention and to deal with their affective experience. We emphasize that home tasks also represent a means of ensuring the transfer and maintenance of acquisitions outside of therapeutic sessions. The second process cited also makes an integral part of our program. In fact, each participant is encouraged to confront and learn to stay in contact with their affective experience and its components, notably physiological. Thirdly, the counselors who animate the groups have the explicit task of providing regular feedbacks and reinforcements to guide and orient participants in their change process. In fourth place, the counselors also have a role of model. They will thus show the different exercises to be eventually imitated. Their training is moreover offered where particular attention is paid to the way of conducting each exercise, thus leading them to become even more aware of their way of dealing with their affective experience, including their way of communicating (by putting into play notably the possible incongruences between what they say and show in order for them to be able to represent adequate models of emotional communication). The

conseillers peuvent également encourager les comportements de modelage par l'exposition assistée des autres membres, les jeux de rôle et les stratégies de partage. Ainsi, un comportement peut être modifié ou appris simplement par l'observation d'un modèle et des conséquences résultants de son comportement (Cottraux, 2001). Relevons que les comportements imitatifs sont d'autant plus importants dans les groupes homogènes qui se focalisent sur des problèmes partagés par tous les membres. Quant au versant cognitif, il est de toute manière présent et mobilisé au sein des différentes séances, dans lesquelles les exercices ne sont pas uniquement effectués, mais également partagés dans le groupe, conscientisés et où des réflexions sont conduites, notamment sur l'importance du vécu affectif et sur les liens entre une situation, l'évaluation cognitive qui l'accompagne et l'émotion ainsi suscitée. Les méthodes psychophysiologiques sont aussi présentes et ceci particulièrement dans nos derniers modules, dans lesquels les techniques psychocorporelles de régulation des émotions sont explicitées et entraînées. Finalement, la relation thérapeutique, ou plutôt dans le contexte groupale, les processus relationnels groupaux, ont reçu une attention particulière dans notre recherche et programme. En effet, leur qualité a même été explicitement évaluée et travaillée lors de chaque supervision offerte aux conseillers après chaque module d'intervention.

Différentes techniques ou mécanismes ont encore été explicitement suscités dans notre intervention dans le but de promouvoir l'apprentissage et l'intégration des éléments visés par celle-ci. En effet, l'apprentissage au sein du groupe se fait généralement par différents biais, incluant les informations directement fournies par les conseillers, sous forme de psycho-éducation, de conseils ou encore de feedbacks. Dans notre programme, les conseillers, en plus de fournir feedbacks et informations, vont chercher à faciliter l'émergence de ces derniers chez les autres participants du groupe et donc, les aider à ce qu'ils puissent le faire de manière utile et aidante, étant donné que, pour les patients, les feedbacks donnés par les autres membres du groupe ont souvent plus de sens que ceux donnés directement par le thérapeute.

La motivation est également un aspect susceptible de favoriser l'apprentissage des participants. Afin de promouvoir celle-ci, différents aspects ont été mobilisés. Premièrement, durant la phase de sélection des participants, les thérapeutes fournissent des informations sur l'efficacité du programme et de l'approche groupale, ce qui contribue à accroître la motivation des participants. Durant le traitement, ils renforcent positivement tout progrès et nouveaux comportements attendus. Les thérapeutes encouragent aussi les membres du groupe à donner des feedbacks positifs aux autres membres et attirent leur attention sur leurs progrès et

améliorations. Un travail sur les attentes individuelles de chaque patient est également effectué via une évaluation des buts à atteindre. Cette évaluation, partant d'objectifs pré-établis, permet à chaque patient de réfléchir sur ce qu'il souhaite atteindre en termes d'objectifs et au thérapeute, de s'assurer de la motivation et de la faisabilité des attentes de chaque patient.

La littérature indique qu'il est important de promouvoir activement la cohésion dans un groupe thérapeutique, notamment dans le cadre d'un travail d'auto-exploration. En effet, elle est considérée comme étant un ingrédient essentiel dans le processus et le résultat de tout type de groupe (Burlingame, Fuhriman, & Johnson, 2002). Ainsi, les conseillers vont utiliser différentes stratégies afin de la mobiliser. Cela commence déjà lors de la séance individuelle offerte à chaque participant qui précède le travail groupal à proprement parlé. Cette séance individuelle poursuit différents objectifs, dont celui de fournir des informations (*e.g.* sur le déroulement, les processus thérapeutiques, l'efficacité de l'approche) et de préparer les membres du groupe à leur futur rôle. Ainsi, elle permet d'augmenter la cohésion de groupe, mais également la confiance en l'approche, la participation, l'engagement, le self-disclosure, l'auto-exploration, les interactions, l'expression des émotions, la prise de responsabilité personnelle dans le groupe et encore la motivation à entreprendre des changements. Le renforcement de la cohésion passe également par l'homogénéisation du groupe via la sélection des participants, la structuration des séances, l'encouragement à un taux de présence consistant, la garantie d'un environnement « sécuritaire » pour que les patients osent se dévoiler et vivre pleinement leurs différents états affectifs, mais aussi par le comportement des conseillers. En effet, il est attendu qu'ils puissent représenter un modèle d'acceptation, d'empathie et de chaleur, pouvant valider de manière authentique l'affect des participants. Les conseillers se doivent également de promouvoir les connections entre les expériences vécues par les membres du groupe et être attentifs aux processus groupaux en cours dans le groupe (Bieling *et al.*, 2005). Etant donné que les caractéristiques de la cohésion incluent l'acceptation, le soutien et la confiance, le groupe doit fournir dans l'idéal à ces membres un environnement dans lequel ils osent confier leurs émotions et pensées personnelles tout en sachant à l'avance que le groupe peut comprendre et se montrer empathique.

Ces différents chapitres théoriques nous ont permis d'avoir une meilleure compréhension sur le vécu et le traitement affectifs, leurs liens avec la santé physique et psychique et leur importance dans un travail psychothérapeutique. Sur cette base théorique, nous avons développé un programme d'intervention manualisé permettant de travailler sur les dimensions

de l'Ouverture Emotionnelle et ainsi, améliorer le traitement affectif et le bien-être des participants. Dans la partie suivante, nous souhaitons présenter les différentes questions de recherche qui nous ont accompagnées tout au long de ce travail.

8. Questions et hypothèses de recherche

8.1. Objectif principal

Comme nous l'avons souligné précédemment, rares sont les programmes d'intervention psychologiques qui ciblent explicitement les processus émotionnels et qui se basent sur un modèle spécifique et validé du traitement affectif. Suite à ce constat, nous avons développé un programme d'intervention groupal basé explicitement sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle destiné à des participants « tout-venant » dans le but d'améliorer leurs compétences en termes d'Ouverture Emotionnelle et de régulation des émotions ainsi que, de manière indirecte, leur santé physique et psychique. Par conséquent, nous avons cherché à mettre en évidence l'efficacité de ce programme sur le traitement affectif et le bien-être des participants. L'objectif du présent travail consiste à répondre à la question de recherche suivante : **Notre programme d'intervention basé sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle peut-il provoquer des changements dans le traitement affectif de sujets adultes « tout-venant » et dans la perception de leur qualité de vie ?** Deux questions générales de recherche sont alors successivement traitées, relativement au traitement affectif et à la qualité de vie.

8.2. Hypothèses portant sur le traitement affectif

Nous souhaitons répondre à la question de recherche générale suivante :

Notre intervention basée sur les dimensions du modèle de l'Ouverture Emotionnelle peut-elle influencer positivement le traitement affectif des participants ?

Pour ce faire, nous souhaitons évaluer l'influence des modules de notre intervention sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant que traits (DOE-Trait, Reicherts, 2007), sur ces mêmes dimensions, mais en tant qu'états évalués au quotidien (DOE-*self-monitoring* ; Reicherts, 2007) et sur certains registres de stratégies de régulation des émotions (DOE-IT ; Reicherts & Haymoz, 2011) en considérant l'effet du temps (pré, post et suivi) et de la participation ou non au programme d'intervention.

8.2.1. Hypothèses opérationnelles portant sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant que traits

Nous répondrons à cette première question de recherche générale en deux temps marqués par l'utilisation de différentes méthodes d'analyse.

En premier lieu, nous nous attarderons sur les trois cohortes de participants prises ensemble (voir le descriptif dans la partie méthodologique de ce travail), afin de conduire des analyses multi-niveaux (« *hierarchical linear modeling* ») menées grâce au programme HLM 7. Nous aurons deux niveaux d'analyse, à savoir un premier, dans lequel nous traiterons les scores de chaque participant, recevant ou non l'intervention, sur les différentes dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (niveau intra-sujet) et un deuxième, dans lequel nous traiterons les données au niveau groupal (inter-sujet). A ces deux niveaux d'analyse, nous ajouterons deux prédicteurs, à savoir un prédicteur « temps » au premier niveau et un prédicteur « intervention » au deuxième. Ainsi, ces analyses multi-niveaux nous permettront d'évaluer l'effet du temps ainsi que de la participation ou non à l'intervention sur les scores obtenus sur les différentes dimensions de l'Ouverture Emotionnelle. Concernant l'effet du temps, nous postulons une croissance statistiquement significative entre le pré et le post-test, étant donné l'intervention, suivie d'une stabilité entre le post et le suivi (maintien des acquis).

En second lieu, nous opterons uniquement pour l'analyse de la dernière cohorte de notre recherche, qui a bénéficié du protocole expérimental. Nous conduirons une analyse de variance multivariée (MANOVA) à mesures répétées (pré vs post ou pré vs post vs follow-up) avec deux groupes (« intervention » vs « liste d'attente »). Ainsi, nous pourrions évaluer le facteur intra-sujet « temps » (reflétant les changements dus à l'intervention), le facteur inter-sujet « groupe » (expérimental vs liste d'attente), mais surtout l'« interaction » entre le temps et le groupe. C'est cet effet d'interaction, reflétant les changements spécifiques aux groupes bénéficiant de l'intervention comparés à la stabilité des mesures dans le groupe contrôle, qui nous intéresse tout particulièrement. Cette démarche statistique offre la possibilité de tester un ensemble de différentes hypothèses en une seule fois, limitant ainsi la cumulation d'erreurs. Par conséquent, concernant les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant que traits, nous postulons les hypothèses suivantes :

- 1) Hypothèse 1 Nous nous attendons à observer des changements différentiels au niveau des dimensions de l'Ouverture Emotionnelle *prises ensemble* en fonction des deux conditions groupales (*i.e.* « intervention » versus « liste d'attente »). En effet, nous pensons que l'intervention engendrera des changements sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle *prises ensemble* auprès du groupe expérimental, alors que le groupe « liste d'attente » restera globalement inchangé sur ces dimensions entre les différents points de mesure. Pour évaluer cet effet d'interaction global, nous effectuerons un test multi-varié de l'interaction « temps x groupe » et testerons le Lambda de Wilks sur la dernière cohorte uniquement.

- 2) Hypothèse 2 Nous nous attendons à ce que la trajectoire de la dimension « Représentation cognitive des états affectifs » (REPCOG) des groupes recevant l'intervention (*i.e.* groupes expérimentaux) diffère de manière statistiquement significative de celle des groupes sans intervention (ou liste d'attente, *i.e.* groupes contrôles), indiquant une évolution positive significativement plus importante des groupes expérimentaux sur la dimension REPCOG, comparativement à celle des groupes contrôles entre les différents points de mesure (hypothèse 2a). Par contre, nous postulons n'observer aucune évolution statistiquement significative de la trajectoire de la dimension REPCOG dans les groupes contrôles (hypothèse de stabilité) ; les groupes sans intervention étant supposés demeurer stables entre le pré-test et le suivi (hypothèse 2b). De même, nous nous attendons à un effet d'interaction « temps x groupe » statistiquement significatif, dû aux hypothèses de changement dans le groupe expérimental et de stabilité dans le groupe « liste d'attente ». Nous évaluerons cet effet d'interaction par une MANOVA dans la dernière cohorte de notre recherche (hypothèse 2c).

- 3) Hypothèse 3 Nous nous attendons à observer une évolution linéaire statistiquement significative de la trajectoire « Perception des indicateurs corporels internes » (PERINT) entre les différents points de mesure chez ceux qui ont bénéficié de l'intervention (hypothèse 3a), contrairement à l'absence d'évolution hypothétisée dans les groupes contrôles (hypothèse 3b). L'effet d'interaction, traduisant les changements attendus dans les groupes expérimentaux et la stabilité dans la condition contrôle, est également postulé (hypothèse 3c).

- 4) Hypothèse 4 Les mêmes hypothèses de croissance pour les groupes « intervention » (hypothèse 4a) et de stabilité pour les groupes contrôles (hypothèse 4b) sont postulées pour la dimension « Perception des indicateurs corporels externes » (PEREXT). Il en va de même concernant l'effet d'interaction (hypothèse 4c).

- 5) Hypothèse 5 De même, nous nous attendons à observer une évolution linéaire statistiquement significative de la trajectoire de la dimension « Communication des émotions » (COMEMO) entre les différents points de mesure pour les groupes expérimentaux, comparativement aux groupes qui n'ont pas bénéficié de l'intervention (hypothèse 5a). A l'inverse, aucune évolution statistiquement significative de la trajectoire de la dimension COMEMO dans les groupes sans intervention n'est attendue. Celle-ci ne va donc pas différer de manière statistiquement significative de la stabilité entre les différents points de mesure (hypothèse 5b de stabilité). L'effet d'interaction exprimant l'évolution des groupes « intervention » comparativement à la stabilité des groupes contrôles est également attendu pour COMEMO (hypothèse 5c).

- 6) Hypothèses 6 Finalement, les hypothèses d'évolution positive pour les groupes « intervention » (hypothèse 6a) et de stabilité pour les groupes contrôles (hypothèse 6b) sont aussi stipulées pour la dimension « Régulation des émotions » (REGEMO). L'effet d'interaction est également attendu dans les analyses multi-variées portant sur la dernière cohorte de notre recherche sur la dimension REGEMO du DOE-Trait (hypothèse 6c).

8.2.2. Hypothèses opérationnelles portant sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états

Nous souhaitons nous attarder sur les effets de notre programme sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états, donc à l'impact de l'intervention sur le *self-monitoring* du traitement affectif, évalué par le DOE-*self-monitoring* dans la troisième cohorte de notre recherche. Etant donné que les auto-observations ont été faites durant la phase d'intervention uniquement, nous avons affaire à deux groupes expérimentaux, à savoir le

groupe expérimental 1 et le groupe expérimental 2, anciennement « liste d'attente », qui seront traités ensemble pour les analyses. Comme chaque participant a eu pour tâche de compléter au total cinq carnets de bord (*i.e.* un par semaine) avec au minimum deux enregistrements par jour, nos analyses porteront sur les cinq moyennes individuelles regroupant les 14 observations hebdomadaires demandées. Nous postulons l'hypothèse suivante :

- 7) Hypothèse 7 Nous nous attendons à observer, par une analyse de variance à mesures répétées (ANOVA), une augmentation statistiquement significative des moyennes relatives aux scores des participants au *DOE-self-monitoring* sur chaque dimension de l'Ouverture Emotionnelle entre le commencement de l'intervention et la fin de celle-ci.

8.2.3. Hypothèses opérationnelles relatives aux registres de stratégies de régulation des émotions

Nous souhaitons également vérifier l'impact de notre intervention sur les registres de stratégies de régulation des émotions. Etant donné que les modules d'intervention ciblant explicitement la régulation des émotions entraînent majoritairement les registres cognitifs et corporels/comportementaux, en apprenant des techniques, telles que la réévaluation et la résolution de problèmes ou encore, des techniques de respiration et de relaxation, nous postulons les hypothèses suivantes :

- 8) Hypothèse 8 Nous nous attendons à ce que les participants à notre intervention obtiennent des changements plus marqués au niveau de leur utilisation pour gérer un vécu affectif positif et négatif de la réévaluation (hypothèse 8a), de l'acceptation (hypothèse 9a), de la détente mentale (hypothèse 10a) et de la détente corporelle (hypothèse 11a) entre le début de l'intervention et la fin de celle-ci, comparativement aux sujets contrôles. Pour ces derniers, nous nous attendons à une absence de changement. Nous nous attendons également à ce que les bénéficiaires de notre programme évaluent de plus en plus efficacement l'usage des techniques susmentionnées (hypothèse 8b pour la réévaluation, hypothèse 9b pour l'acceptation, 10b pour la détente mentale et 11b pour la détente corporelle), comparativement à l'évaluation faite par les sujets contrôles.

Pour ce faire, nous effectuerons des analyses multi-niveaux sur la dernière cohorte uniquement, étant donné les changements progressifs apportés au DOE-IT qui rendent méthodologiquement moins pertinent le fait de porter nos analyses sur toutes les cohortes prises ensemble (voir la partie méthodologique sur le DOE-IT).

8.3. Hypothèses portant sur la qualité de vie

La littérature indique que le traitement affectif est associé positivement à la qualité de vie. Notre deuxième hypothèse générale est alors la suivante :

Notre intervention peut-elle influencer positivement la perception des participants de leur qualité de vie ?

Pour répondre à cette question générale, nous évaluerons l'influence de notre intervention sur les dimensions physique et psychologique du WHOQOL-Bref (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004) en considérant l'effet du temps (pré, post et suivi) et de la participation ou non au programme d'intervention. Premièrement, nous nous attarderons sur les trois cohortes de participants prises ensemble et effectuerons des analyses mutli-niveaux. Nous garderons les mêmes niveaux et prédicteurs que précédemment mentionnés (*i.e.* niveau intra-sujet avec le prédicteur « temps » et inter-sujet avec le prédicteur « intervention »). Ces analyses nous permettront d'évaluer l'effet du temps ainsi que de la participation ou non à l'intervention sur les scores obtenus sur les dimensions physique et psychologique du WHOQOL-Bref. Les mêmes analyses seront ensuite menées en considérant la dernière cohorte de notre recherche uniquement. Les hypothèses suivantes sont alors postulées :

10. Hypothèse 12 Nous nous attendons à ce que la trajectoire de la dimension « psychologique » du WHOQOL-Bref des groupes avec intervention diffère de manière statistiquement significative de celle des groupes sans intervention (ou liste d'attente) entre les différents points de mesure (hypothèse 12a). Par contre, nous nous attendons à n'observer aucune évolution statiquement significative de la trajectoire de cette même dimension dans les groupes contrôles (hypothèse de stabilité 12b) entre les différents points de mesure.

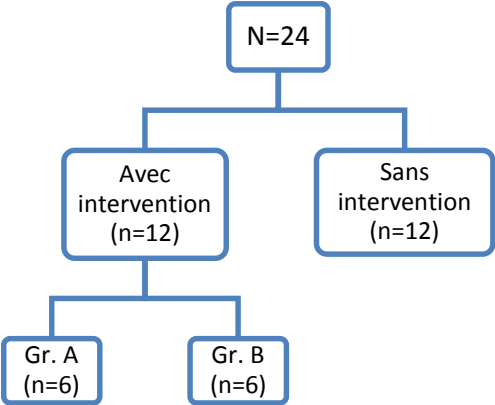
11. Hypothèse 13 Nous constaterons une évolution linéaire statistiquement significative de la trajectoire entre les différents points de mesure pour la dimension « physique » du WHOQOL-Bref pour les groupes qui ont bénéficié de l'intervention, comparativement aux groupes qui n'ont pas bénéficié de l'intervention (hypothèse 13a). Aucune évolution statistiquement significative de la trajectoire pour cette dimension dans les groupes contrôles n'est attendue (hypothèse de stabilité 13b).

Nos différentes questions de recherche étant posées, nous poursuivons par la description de la méthodologie de notre présente étude, dans laquelle seront traités les différents éléments nous permettant de répondre aux questions formulées ci-dessus.

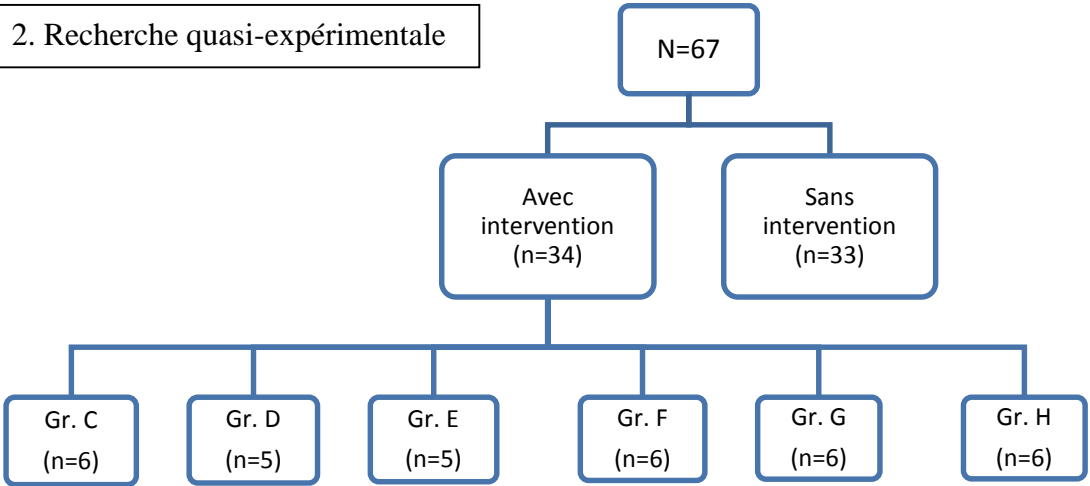
9. Méthode

Etant donné le long processus de construction et de validation qu'a requis notre programme d'intervention, notre recherche s'est effectuée en trois étapes principales. En effet, une étude pilote a premièrement été effectuée, dans laquelle l'intervention a été offerte à douze participants (*i.e.* 8 femmes et 4 hommes, âge=31.58, SD=13.75) qui ont été comparés sur trois points de mesure à douze autres sujets ne bénéficiant d'aucune intervention, appariés selon les critères d'âge et de sexe (*i.e.* 8 femmes et 4 hommes, âge=31.33, SD=12.53). Nous n'allons pas aborder le détail et les résultats de cette première étude pilote, mais référons le lecteur à Haymoz, Willy, Bourquin et Reicherts (2009a, 2009b). Sur la base des commentaires des participants et l'analyse des résultats de cette première phase, nous avons modifié certains éléments du manuel d'intervention afin d'en renforcer les effets et d'améliorer le déroulement des séances. Ces modifications nous ont conduits à la seconde étape, dans laquelle nous avons offert l'intervention à trente-quatre participants qui ont été comparés à trente-trois sujets contrôles, appariés selon les mêmes critères d'âge et de sexe (voir Haymoz & Reicherts, 2011b ; 2012). En dernier lieu, nous avons souhaité aboutir à un protocole de recherche expérimental, dans le but d'analyser plus rigoureusement les effets de notre intervention. La figure ci-dessous retrace les différentes étapes de notre recherche (voir figure 7). Soulignons que, pour certaines analyses, nous avons regroupé les sujets de l'étape deux et trois (voir figure 8). Nous allons amener quelques considérations méthodologiques propres à ces deux étapes, puis décrire les échantillons y relatifs et les instruments communément utilisés par celles-ci.

1. Etude pilote



2. Recherche quasi-expérimentale



3. Recherche expérimentale

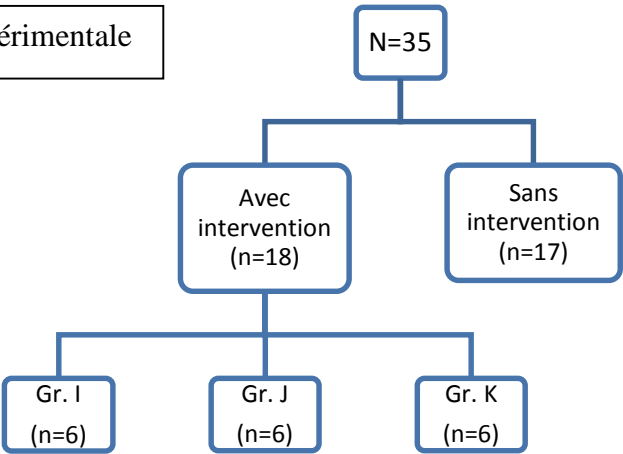


Figure 7 : Description des trois phases de notre recherche

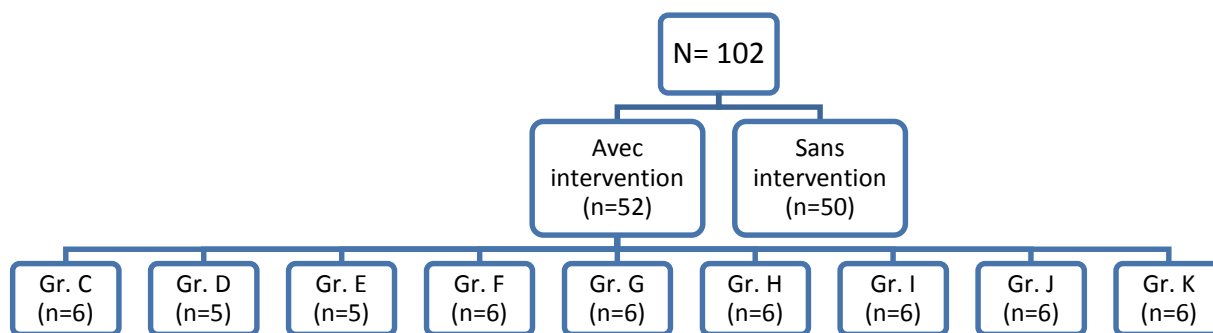


Figure 8 : Description de la deuxième et troisième étapes de la recherche

9.1. Considérations méthodologiques relatives à la partie quasi-expérimentale de notre recherche (étape 2)

Le design méthodologique de notre recherche en intervention quasi-expérimentale prévoit la comparaison entre des sujets contrôles (n=33), à savoir ne bénéficiant d'aucune intervention, et des sujets au bénéfice de notre programme d'intervention (n=34). Nous avons procédé à une démarche d'appariement selon les critères d'âge et de sexe (voir figure 9), afin de rendre les sujets des deux conditions groupales comparables au possible sur ces deux variables. Cette recherche longitudinale prospective à perspective macro (avec quelques mesures à résolution plus fine) comporte trois points de mesure (*i.e.* une mesure avant l'intervention, à la fin de celle-ci et deux mois après la fin de l'intervention), permettant de se prononcer sur les effets à court et à plus long terme de notre programme. Par conséquent, nous cherchons à développer un savoir nomo-pragmatique portant sur les conditions permettant d'enrichir le traitement affectif d'adultes « tout-venant » grâce à une intervention groupale basée sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle et à réaliser une analyse de changement en statuant sur les effets globaux de l'intervention (macro-analyse). La représentativité et l'intégrité de l'intervention ont été garanties par l'utilisation d'un manuel d'intervention décrivant les démarches à réaliser (Haymoz & Reicherts, sous presse).

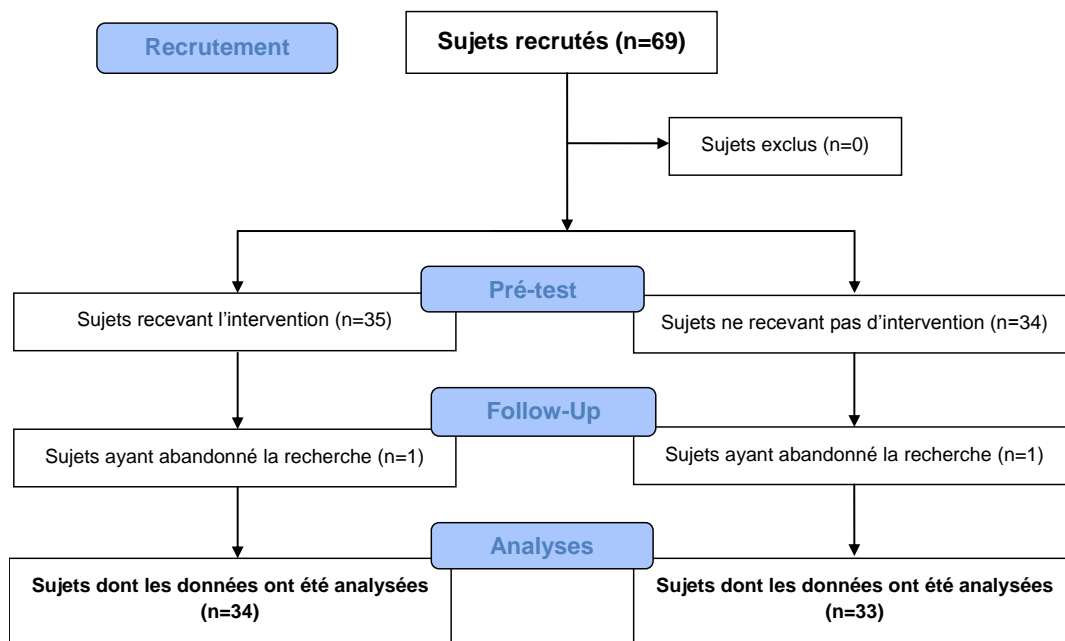


Figure 9 : Description des étapes de la recherche quasi-expérimentale

Les participants sont des adultes (âgés entre 20 et 60 ans) non cliniques (« tout-venant ») ne bénéficiant d’aucune offre thérapeutique parallèlement à notre recherche. Soixante-sept sujets ont participé, dont 34 femmes et 33 hommes (âge=36.7, SD=12.71), dont les données sociodémographiques peuvent être consultées dans les annexes de ce travail (voir annexe 1). Les sujets des deux conditions groupales sont généralement semblables, mais diffèrent de manière statistiquement significative sur certaines dimensions du DOE-trait. En effet, les participants souhaitant bénéficier de l’intervention mentionnent des scores statistiquement moins élevés sur la dimension « Régulation des émotions » (REGEMO), mais plus élevés sur la « Perception des indicateurs corporels internes » (PERINT) et « externes » (PEREXT), ce qui nous a, entre autre et dans un troisième temps, amené à adopter une procédure de randomisation. Mentionnons qu’une participante a abandonné l’intervention après la deuxième séance en raison de ses convictions religieuses. De même, un participant du groupe contrôle n’a pas rempli les questionnaires demandés malgré son souhait d’implication avant le commencement de la recherche. Les critères d’exclusion de cette recherche comportaient le fait de suivre un traitement (*i.e.* soutien ou thérapie) en parallèle à notre programme d’intervention, d’avoir de hauts scores symptomatologiques au SCL-27 et de n’être pas de langue maternelle française (ou de ne pas avoir des connaissances suffisamment bonnes en français).

9.2. Considérations méthodologiques relatives à la partie expérimentale de notre recherche (étape 3)

La dernière phase de notre recherche met en exergue un protocole expérimental incluant une randomisation aléatoire des sujets dans les deux conditions (*i.e.* « groupe avec intervention » vs « groupe liste d'attente »). Cette recherche expérimentale à perspective macro comporte quelques mesures à résolution plus fine, notamment avec la passation de questionnaires à la fin de chaque séance d'intervention, permettant d'évaluer la séance écoulée et la qualité des facteurs relationnels groupaux, ainsi qu'avec trois auto-observations quotidiennes évaluant le vécu affectif des participants. Trente-cinq sujets (26 femmes et 9 hommes, âge= 29.98, SD=10.01) ont participé à cette dernière phase, dont un n'a pas répondu aux questionnaires administrés lors du suivi. Les mêmes critères d'exclusion que précédemment cités ont été retenus et les données sociodémographiques des participants sont également présentées dans les annexes de ce travail (voir annexe 1).

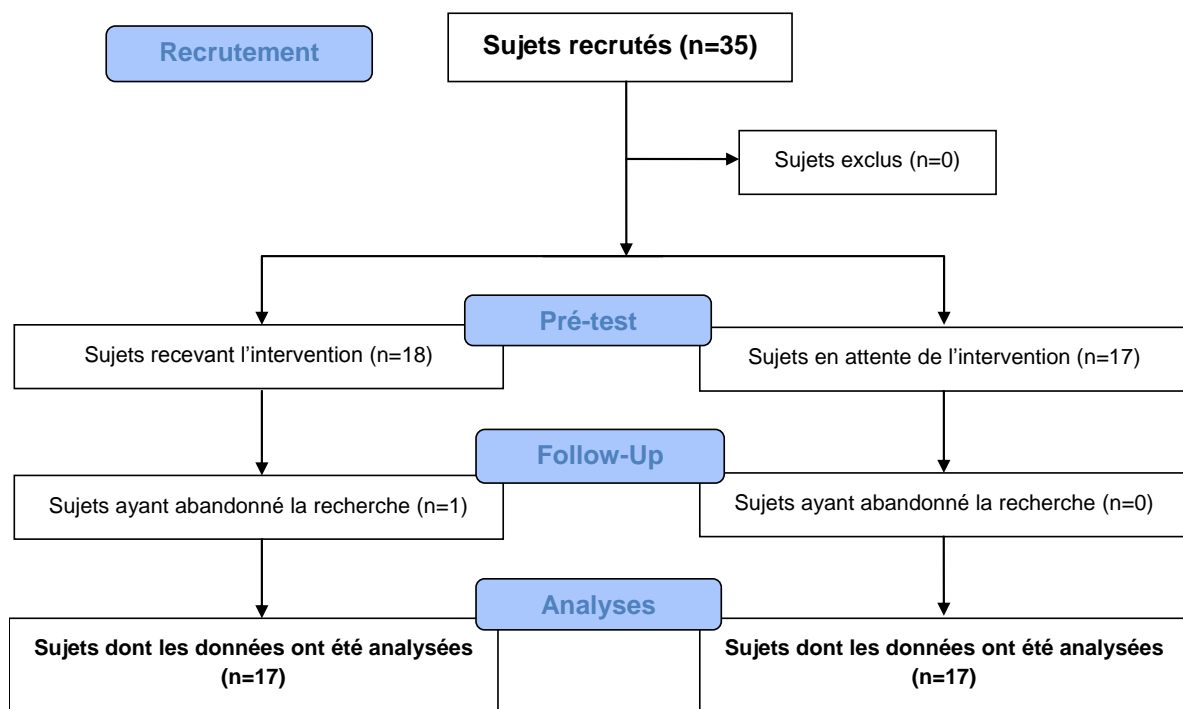


Figure 10 : Description de la troisième étape de notre recherche

9.3. Instruments

La batterie de questionnaires de notre recherche inclue différents types de mesures, de degrés de résolution également différents (*i.e.* questionnaires auto-rapportés de screening, questionnaires auto-rapportés à trois points de mesure (ou à 5 points pour le groupe « liste d'attente »), questionnaires évaluant la séance d'intervention écoulée et auto-observations quotidiennes), portant sur le traitement et la régulation des émotions, la qualité de vie, les symptômes psychopathologiques, les traits de personnalité, mais aussi la qualité des facteurs relationnels groupaux. Ainsi, notre recherche peut porter sur les effets ainsi que sur les processus en cours. Cependant, nous allons traiter ici essentiellement de l'impact de l'intervention sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (traits et états), les stratégies de régulation des émotions ainsi que sur les indicateurs de bien-être, à savoir uniquement la partie portant sur les effets (versus processus) et présenterons les questionnaires y relatifs dans le détail. Nous allons décrire de manière plus soutenue le nouvel inventaire que nous avons élaboré, permettant d'évaluer la fréquence d'utilisation de différents registres de stratégies de régulation et l'efficacité perçue quant à leur usage (DOE-IT ; Reicherts & Haymoz, 2011). Soulignons que l'ensemble des questionnaires ont été sélectionnés essentiellement sur la base des critères qui sont la brièveté et la qualité des propriétés psychométriques. La figure de la page suivante (voir figure 11) retrace les différents questionnaires utilisés dans notre recherche.

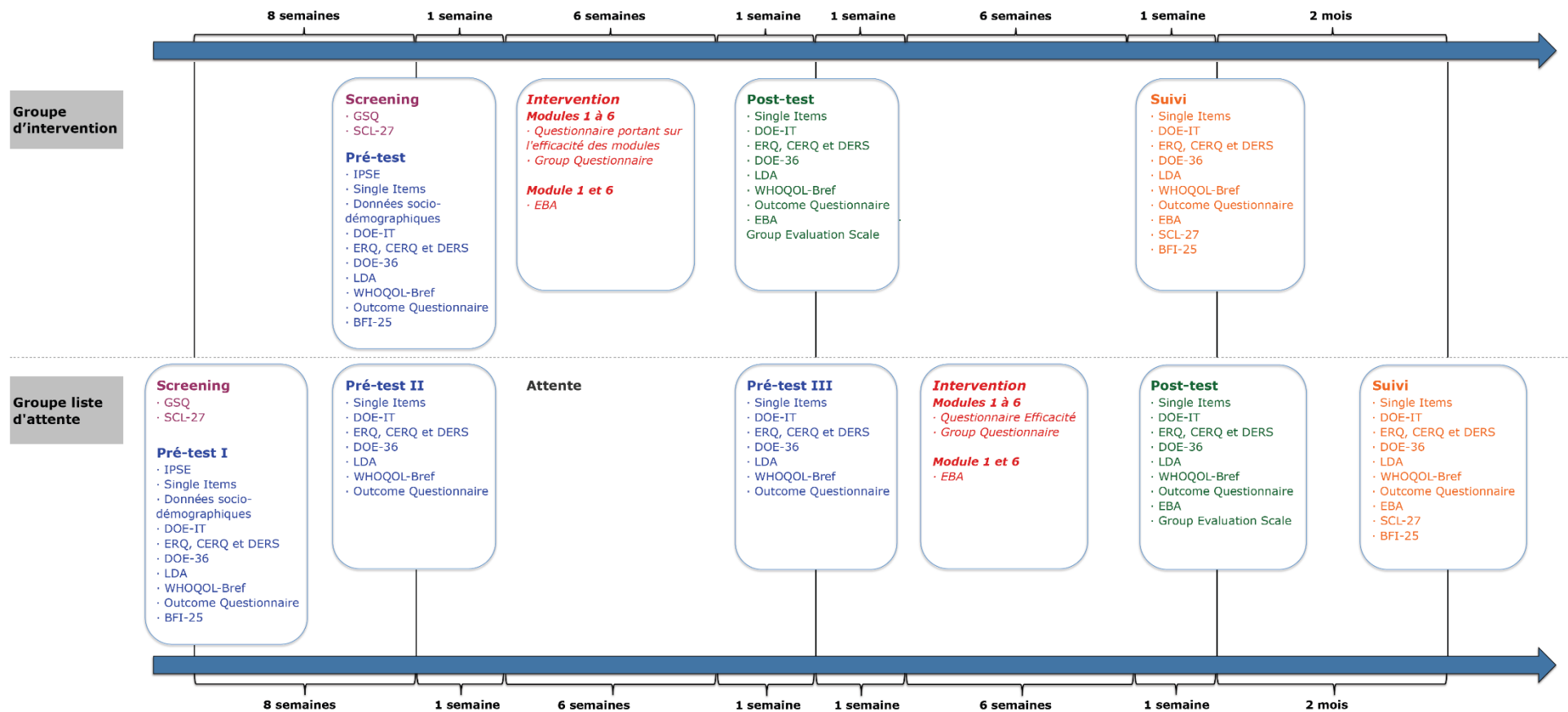


Figure 11 : Récapitulatif des questionnaires utilisés et du déroulement de l'étude expérimentale

9.3.1. Questionnaire de screening : le SCL-27

Etant donné notre souhait d'avoir une population de « tout-venant », nous leur avons administré le « *Symptom Check List* » (SCL-27 ; Hardt & Gerbershagen, 2001), afin d'exclure de notre recherche ceux dont les scores symptomatologiques apparaissent comme étant trop élevés. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté de screening permettant au patient de décrire ce qui l'a ennuyé ou préoccupé au cours de la semaine écoulée. Les différents symptômes ressentis sont évalués sur une échelle de Likert allant de 0 (= pas du tout) à 4 (= extrêmement). Les 27 items du questionnaire sont regroupés en six dimensions de 4 à 6 items, à savoir 1) symptômes dépressifs, 2) symptômes dysthymiques, 3) symptômes végétatifs, 4) symptômes agoraphobiques, 5) phobie sociale/insécurité sociale et 6) méfiance (*mistrust*). Un indice de sévérité globale peut également être calculé en faisant la moyenne des 27 items. La version anglaise de l'outil à 27 items a été validée auprès de patients souffrant de douleurs chroniques et autres troubles non psychiatriques (Hardt & Gerbershagen, 2001). Ses propriétés psychométriques sont bonnes, avec des Alphas de Cronbach se situant entre .75 et .84 pour chaque dimension et des items qui entretiennent une forte corrélation avec leur propre dimension. La version française de l'instrument à 27 items n'a pas été validée. Cependant, étant donné qu'il s'agit d'une version raccourcie du SCL-90 (dont les items ont été extraits), qui lui, a été validé en français, nous pouvons supposer de bonnes propriétés psychométriques de la version française à 27 items également. Soulignons finalement que nous avons retenu pour cut-off d'exclusion les scores aux dimensions s'éloignant de plus de deux-écarts types de la moyenne de notre échantillon et non les cut-off proposés par les auteurs.

9.3.2. Questionnaires auto-rapportés

Etant donné que nous souhaitons évaluer l'impact de notre intervention sur le traitement affectif et le bien-être des participants, nous avons inclus dans notre protocole des questionnaires portant sur le traitement et la régulation des émotions ainsi que sur la qualité de vie. Différents outils permettent d'évaluer des techniques de régulation des émotions, mais négligent certains registres reconnus par l'expérience clinique et empirique, se focalisent sur la fréquence d'utilisation des stratégies et non sur leur efficacité perçue et ciblent de manière presque exclusive les affects négatifs. C'est pourquoi, nous avons souhaité travailler sur le développement d'un nouvel outil permettant d'évaluer la fréquence ainsi que l'efficacité perçue

des stratégies dont font usage les sujets « tout-venant » afin de réguler leurs états affectifs positifs et négatifs. Nous commençons par la description de son contenu et de ses propriétés psychométriques.

9.3.2.1. DOE-IT

L'Inventaire de Techniques de régulation des émotions (DOE-IT ; Reicherts & Haymoz, 2011), répertorie des comportements (stratégies/techniques) relativement spécifiques regroupés en différents registres. Il s'agit de descriptions générales globales (« *global functional descriptor* »), mettant en évidence différentes stratégies permettant de modifier (atténuer, augmenter ou maintenir) des émotions et des états affectifs. Le DOE-IT permet l'évaluation des techniques utilisées par un sujet dans plusieurs registres : *cognitif* (recherche d'information, suppression d'information, réévaluation, auto-verbalisations positives), *corporel et comportemental* (activation physique, détente, relaxation), *social* (support social) ainsi que *consommation de substances et alimentation*. Les différentes techniques sont évaluées selon la fréquence et l'efficacité perçue quant à leur utilisation. En outre, des profils individuels sur les registres de stratégies de régulation des émotions permettent l'établissement d'un diagnostic, différenciant également la régulation des émotions négatives (reporter, atténuer) des émotions positives (augmenter et maintenir).

Rappelons que le DOE-IT portant sur le vécu affectif positif comporte 44 items décrivant des comportements spécifiques regroupés en 11 échelles. Celui portant sur le vécu affectif négatif est composé de 52 items regroupés en 13 échelles. Ces catégories fonctionnelles sont les suivantes : 1) « agir activement sur la situation en l'influençant ou en influençant certains éléments de la situation », 2) « changer les intentions initiales, les buts », 3) « adapter les buts pour accepter la situation », 4) « réévaluer/recadrer la situation », 5) « se relaxer/se détendre mentalement » (avec ou sans technique spécifique et ciblée), 6) « se relaxer/se détendre corporellement » (avec ou sans technique spécifique et ciblée), 7) « faire usage d'auto-verbalisation positive », 8) « utiliser le support social », 9) « utiliser des substances/prise d'aliments et de boissons », 10) « faire une activité physique/s'activer physiquement », 11) « rechercher des informations supplémentaires, diriger l'attention ». Les deux registres supplémentaires pour le vécu affectif négatif sont : 12) « agir activement sur la situation en l'évitant ou en évitant certains paramètres de la situation » et 13) « supprimer des informations ou ne pas tenir compte de certains éléments de la situation ou du vécu ».

Afin de remplir cet inventaire, le participant doit réfléchir à des situations qui ont généré un vécu affectif positif ou négatif. L'inventaire est ainsi complété en fonction de ces situations et permet d'évaluer l'utilisation de ces stratégies dans l'immédiat et à plus long terme ainsi que le degré d'efficacité perçue concernant leur utilisation. C'est pourquoi, comme mentionné ci-dessus, il contient deux échelles : une première portant sur la fréquence d'utilisation de la stratégie (*i.e.* « J'essaie de faire ceci... », allant de 0 (=pas du tout) à 4 (=fréquemment/régulièrement) et une seconde portant sur l'efficacité perçue par le sujet quant à son usage (*i.e.* « Si je fais ceci, c'est... », allant de 0 (=pas du tout efficace) à 4 (=très efficace). Rappelons qu'il s'agit alors de tendances de régulation, à savoir de tendances à agir par rapport à ses états affectifs, de mettre en route certaines stratégies (*i.e.* « J'essaie de faire ceci... »).

Afin de se prononcer sur les propriétés psychométriques du DOE-IT, nous l'avons administré successivement à différentes cohortes d'adultes « tout-venant » âgés entre 20 et 60 ans (voir également Haymoz, Gerber, Muth, Oechslein, Recabarren, Selmoni, Wasem, & Reicherts, 2011 ; Haymoz & Reicherts, 2011a). Ainsi, une première passation des questionnaires a été effectuée auprès de 81 sujets (47 femmes et 31 hommes, âge=34.26, SD=13.32), puis une deuxième auprès de 98 sujets (67 femmes et 31 hommes, âge=30.28, SD=12.21). Les analyses de ces deux premières passations nous ont permis d'apporter quelques améliorations, notamment la suppression de certains items afin de rendre l'inventaire plus court. De ce fait, une nouvelle passation avec la version révisée a été menée auprès de 141 sujets (90 femmes et 51 hommes, âge=38.9, SD=11.96). Ainsi, 320 sujets ont rempli la batterie de questionnaires permettant d'évaluer l'inventaire sous son format papier-crayon. Suite à l'analyse de ces trois cohortes, une version informatisée a été créée, puis testée sur 258 sujets « tout-venant ». Nous allons présenter les propriétés psychométriques issues des analyses des données de la dernière passation sous format papier-crayon de l'inventaire, étant donné qu'il s'agit de cette dernière version que les participants à notre intervention ont remplie. La figure ci-dessous retrace les propriétés psychométriques que nous avons cherchées à évaluer dans les recherches de validation citées.

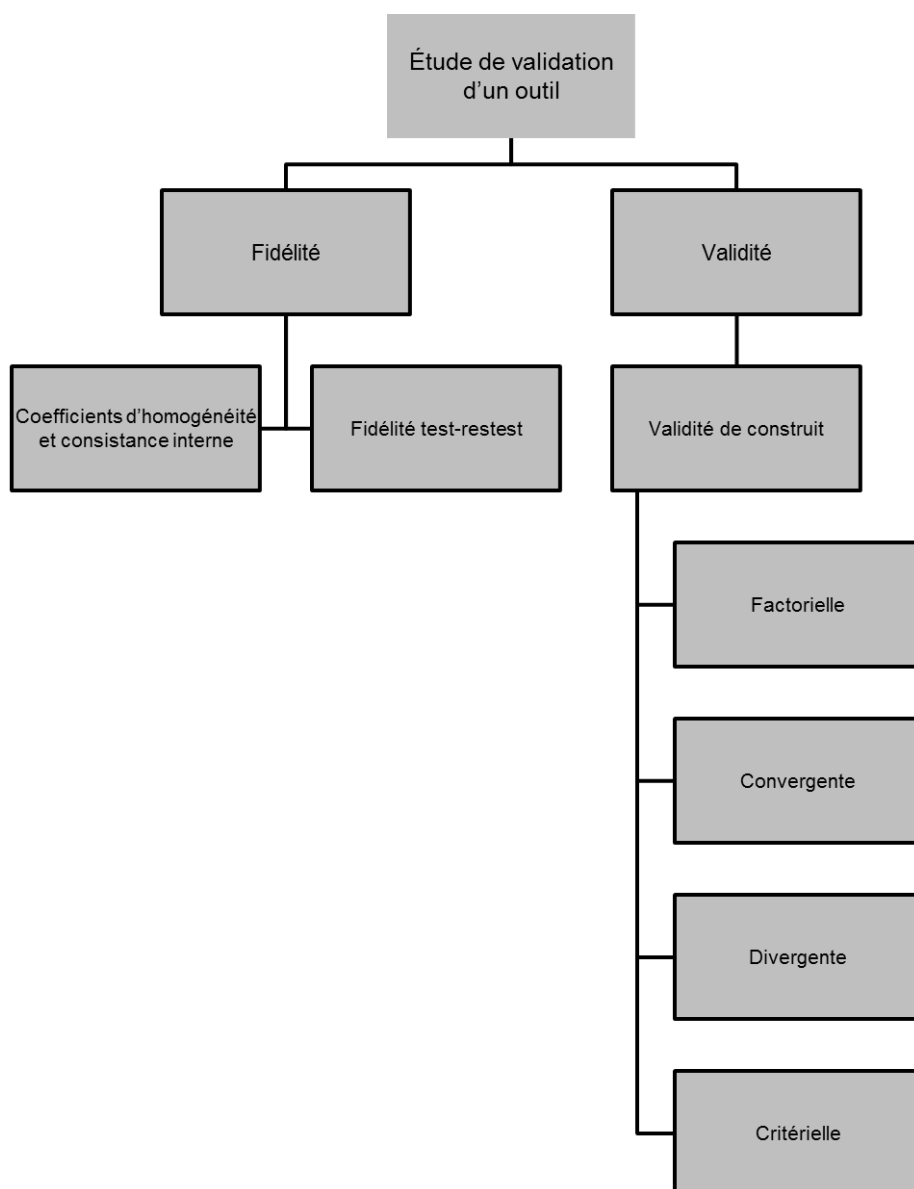


Figure 12 : Les principaux critères de validité et de fidélité dans une étude de validation d'un outil

Nous allons uniquement aborder la consistance interne et la validité de construit de l'instrument, en référant le lecteur aux recherches susmentionnées pour compléter les informations relatives à la validation du DOE-IT. Les analyses psychométriques ont mis en évidence une consistance interne des registres du DOE-IT satisfaisante à bonne (entre .90 et .70), sauf pour «*acceptation*» (seulement pour la fréquence dans le vécu affectif négatif), la «*relaxation mentale*» et l'«*ingestion de substances/nourriture*» (seulement pour la fréquence). Cela signifie que les différents items d'un même registre sont, relativement et dans l'ensemble, suffisamment homogènes. Etant donné son utilisation en tant qu'instrument de screening pour développer des hypothèses diagnostiques ou des pistes d'intervention thérapeutique, nous pouvons considérer

un Alpha de .60 comme étant relativement acceptable. Les médians des Alphas de Cronbach sont de .75 pour la fréquence d'utilisation des registres face à un affect positif, de .79 pour leur efficacité perçue, de .74 pour la fréquence d'usage des registres pour la gestion d'une émotion négative et finalement, de .77 pour leur efficacité. Il s'agit dans l'ensemble de valeurs tout à fait satisfaisantes. Les tableaux suivants mettent en évidence les Alphas de Cronbach obtenus pour chaque registre. Les indices sont comparables pour les échelles évaluant la gestion d'un affect positif.

Tableau 5 : Indices de consistance interne du registre « Régulation cognitive et Influence active sur la situation »

	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
Recherche d'informations		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.87	4
Efficacité	.86	4
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.82	4
Efficacité	.85	4
Changement d'intention		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.82	3
Efficacité	.77	3
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.73	3
Efficacité	.77	3
Acceptation		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.73	3
Efficacité	.72	3
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.41	3
Efficacité	.65	3
Auto-verbalisations positives		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.84	4
Efficacité	.84	4
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.86	4
Efficacité	.85	4
Réévaluation		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.72	4
Efficacité	.79	4
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.76	4
Efficacité	.83	4
Influence active sur la situation		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.80	4
Efficacité	.81	4
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.74	4
Efficacité	.77	4

Tableau 6 : Indices de consistance interne du registre « Régulation physique et ingestion de substances »

	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
Détente corporelle		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.78	4
Efficacité	.80	4
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.73	4
Efficacité	.81	4
Détente mentale		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.56	5
Efficacité	.68	5
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.52	5
Efficacité	.65	5
Activité/activation physique		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.75	4
Efficacité	.76	4
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.75	4
Efficacité	.74	4
Prise de substances		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.50	5
Efficacité	.79	5
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.57	5
Efficacité	.79	5

Tableau 7 : Indices de consistance interne du registre « Régulation par le support social »

	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
Support social		
Vécu affectif positif		
Fréquence	.75	4
Efficacité	.78	4
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.90	4
Efficacité	.85	4

Tableau 8 : Indice de consistance interne du registre « Régulation par évitement situationnel et cognitif »

	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
Suppression de l'information		
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.79	4
Efficacité	.77	4
Evitement de la situation		
Vécu affectif négatif		
Fréquence	.70	4
Efficacité	.75	4

Une analyse en composantes principales exploratoire de la structure factorielle du DOE-IT a été effectuée. Une solution à quatre facteurs a été ainsi retenue, permettant d'expliquer plus de 60% de la variance totale. Les grands registres ont alors été reproduits de manière assez pertinente. Ces quatre facteurs sont 1) la « Régulation cognitive et influence situationnelle », expliquant 25.3% de la variance totale et incluant la réévaluation, le changement d'intention, l'acceptation, la recherche d'information, l'auto-verbalisation positive et l'influence active sur la situation, 2) la « Régulation corporelle », expliquant 13.7% de cette variance, qui contient la détente/relaxation corporelle, la détente/relaxation mentale, l'activité/activation physique et l'ingestion de substances/nourriture, 3) la « Régulation par l'évitement cognitif et situationnel », avec 13.1% de la variance totale expliquée et les dimensions évitement/évasion situationnel et suppression/évitement cognitif (pensées, représentations) et finalement, 5) la « Régulation par support social », expliquant 7.9% de la variance totale, comportant l'utilisation du support social.

Le registre situationnel n'a pas été reproduit en tant que facteur comme nous l'attendions. Cependant, ses deux sous-échelles (*i.e.* « influence active sur la situation » et « agir activement sur la situation en l'évitant ») intègrent chacune un facteur pertinent (*i.e.* actif/cognitif versus évitement). De même, l'utilisation des substances psychotropes n'est pas un facteur en tant que tel, mais fait partie du registre « corporel ». Ce résultat est plausible, étant donné son mécanisme d'action principal qu'est l'impact corporel. Par conséquent, la solution factorielle du DOE-IT confirme en bonne partie la structure théorique sur laquelle repose sa construction. Il semble alors pertinent de retenir ces facteurs pour des analyses ultérieures, comme pour les liens avec d'autres outils du domaine ou avec les indicateurs du bien-être et les symptômes psychiques. Cependant, pour des raisons de clarté, notamment en lien avec un diagnostic clinique cognitivo-comportemental, il est préférable de pouvoir évaluer « les substances psychotropes », « le support social » et « l'influence active » comme des variables à part entière.

Tableau 9 : Analyse en composantes principales relative à l'état affectif négatif

	Composantes			
	1	2	3	4
Acceptation	.71			
Réévaluation	.68			
Auto-verbalisation positive	.64			
Recherche d'information	.57			
Influence active sur la situation	.51			
Changement d'intention	.50			
Détente mentale		.79		
Détente physique		.75		
Activité/activation physique		.61		
Ingestion de substances/nourriture		.58		
Suppression d'information			.81	
Evitement de la situation			.80	
Support social				.81

Tableau 10 : Analyse en composantes principales relative à l'état affectif positif

	Composantes		
	1	2	3
Détente physique	.79		
Détente mentale	.74		
Ingestion de substances/nourriture	.68		
Activité/activation physique	.66	.42	
Recherche d'information		.78	
Influence active sur la situation		.74	
Auto-verbalisation positive		.61	
Changement d'intention		.57	.43
Acceptation			.86
Réévaluation			.74
Support social			.52

Pour la validité de construit du DOE-IT, nous avons cherché à mettre en évidence sa validité convergente, divergente et critérielle. Nous nous attendons ainsi à ce que les mesures d'un même concept entretiennent des corrélations significatives entre elles, mais qu'elles se différencient de celles évaluant un autre concept. Pour se faire, nous avons effectué des analyses corrélationnelles entre les registres du DOE-IT et les dimensions des principaux instruments évaluant les stratégies de régulation des émotions (validité convergente et divergente) et les indicateurs de qualité de vie (validité critérielle). Le détail des corrélations est présenté dans l'annexe 2B. Mentionnons uniquement que les corrélations obtenues vont majoritairement dans le sens de nos attentes, signalant ainsi une bonne validité de construit de notre inventaire.

9.3.2.2. DOE-36

Le questionnaire « Dimension de l'Ouverture Emotionnelle-trait » (DOE-36 ; Reicherts, 1999b, 2007) évalue l'ouverture aux processus émotionnels selon les représentations subjectives personnelles de l'individu. Composé de 36 items à coter au moyen d'une échelle de Likert à 5 niveaux, allant de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement »), il permet de mettre en évidence trois niveaux de fonctionnement émotionnel, à savoir cognitif, social et corporel, répartis sur cinq dimensions théoriques principales et une additionnelle. Ces dimensions sont :

- 1) La représentation conceptuelle des états mentaux et corporels en termes d'émotions, d'humeurs et d'affects distincts et différenciés (REPCOG)
- 2) La communication et l'expression des émotions envers autrui (COMEMO), c'est-à-dire l'ouverture au niveau social concernant ses propres émotions
- 3) La perception ou la conscience des indicateurs et phénomènes corporels internes (PERINT) qui caractérisent ou qui accompagnent les émotions (par ex. l'activité cardiovasculaire, respiratoire, gastro-intestinale, etc.)
- 4) La perception des indicateurs émotionnels externes (PEREXT) qui accompagnent l'émotion, tels que l'activité motrice, l'expression faciale, la posture, etc.
- 5) La régulation des émotions (REGEMO) qui renvoie en la capacité de contrôler, de reporter ou d'atténuer ses émotions et états affectifs
- 6) Les restrictions normatives de l'ouverture émotionnelle (RESNOR), portant à la fois sur la résonance affective générale du contexte social et sur l'attribution externe concernant le manque de vécu et d'échanges émotionnels tels que perçus par le sujet.

Les scores obtenus sur chaque dimension permettent de tracer un profil du sujet quant aux représentations qu'il a de son fonctionnement émotionnel. La validité factorielle de l'instrument, évaluée par une analyse en composantes principales, a montré que le modèle à six facteurs explique 53% de la variance totale (Reichert *et al.*, 2007). Concernant la fidélité de l'instrument, la consistance interne des échelles est satisfaisante ; l'alpha de Cronbach se situant entre .73 et .83. La validité convergente de l'outil a également été évaluée dans différentes recherches dans lesquelles des liens intéressants et significatifs ont été observés, notamment avec les traits de personnalité et des concepts proches, tels que l'alexithymie. Finalement, nous pouvons conclure en mentionnant que le DOE-trait, ayant été évalué sur plus d'un millier de sujets, présente effectivement de bonnes propriétés psychométriques (Reichert *et al.*, 2007).

9.3.2.3. WHOQOL-Bref

Le WHOQOL-Bref (Skevington, Lofty, & O'Connell, 2004), version raccourcie du WHOQOL-100, est un questionnaire d'auto-évaluation permettant de mettre en évidence la perception qu'ont les individus de leur qualité de vie (WHO, 1996, 1998). Les 26 items de l'instrument sont évalués sur une échelle de Likert à 5 points de mesure avec une fenêtre temporelle de deux semaines. Ces items sont regroupés en 4 facteurs ou domaines principaux de la santé, à savoir le versant physique, psychologique, social et environnemental. Un indice de qualité de vie peut également être calculé.

Les propriétés psychométriques de l'instrument sont bonnes à excellentes. En effet, une recherche portant sur 11'830 adultes « tout-venant » ainsi que des patients ayant des troubles physiques ou psychiques issus de 23 pays différents a permis de mettre en exergue des alphas de Cronbach qualifiés de bons (*i.e.* santé physique=0.82 ; psychologique=0.81 ; environnement= 0.80), mais marginal pour celui relatif aux relations sociales (Alpha de Cronbach=0.68). Les validités discriminante et de construit de l'instrument sont également bonnes. Des analyses factorielles exploratoires (rotations varimax) ont retenu la structure factorielle à 4 facteurs, expliquant 53% de la variance totale. Une analyse factorielle confirmatoire a ensuite été menée, qui a confirmé la structure retenue. Finalement, la fidélité test-retest des différents facteurs, évaluée dans la recherche sur le WHOQOL-100, se situe entre .66 à 0.87.

9.3.3. Auto-observations quotidiennes

Les participants bénéficiant de l'intervention de la deuxième étape de notre recherche se sont auto-observés quatre fois par jour au moyen d'un ordinateur de poche. Quant à ceux de la troisième phase de notre recherche (*i.e.* plan expérimental avec groupe « liste d'attente » et « intervention »), ils l'ont fait deux fois par jour au moyen d'un carnet de bord. Ces auto-observations ont porté sur le traitement affectif, tout en incluant des aspects situationnels.

Le « *Learning Affect Monitor* » (LAM) est un outil d'auto-observation systématique, implémenté à un ordinateur de poche, permettant d'évaluer les états affectifs dans le quotidien des personnes selon l'approche dimensionnelle et discrète des états affectifs. Les sujets évaluent leurs états affectifs sur un espace tridimensionnel (*i.e.* la *valence*, renvoyant à la positivité versus négativité liée à l'état affectif actuel, l'*activation*, se référant à l'activation physiologique ou au niveau d'énergie perçu en variant le long d'un continuum allant d'un état de repos à un état de haute excitation, tous deux sur un circomplexe, ainsi que l'*intensité* globale du vécu affectif), puis le qualifie avec l'aide de trente descripteurs affectifs. Le système présente l'avantage d'intégrer un module d'apprentissage autonome qui « apprend » au fil des enregistrements les préférences de l'utilisateur concernant ses descripteurs affectifs (Reichert, Salamin, Maggiori, & Pauls, 2007). Six items (*DOE-self-monitoring* ; Reicherts, 2007) portant sur les dimensions de l'Ouverture émotionnelle ont été intégrés au LAM, dans le but d'avoir une mesure des changements quotidiens des scores sur ces dimensions. Le *DOE-self-monitoring* est ainsi une version courte de la variante « état » du DOE, dans lequel chaque dimension de l'Ouverture Emotionnelle est évaluée par un item, exceptée REGEMO qui est mesurée par deux items ; le premier évaluant la régulation par le bas (« *down-regulation* »), faisant référence à l'atténuation des affects négatifs, et le deuxième, la régulation par le haut (« *up-regulation* ») qui concerne le maintien ou l'augmentation de l'affect. Tout comme le DOE-36 présenté ci-dessus, chaque item est évalué sur une échelle de Likert à 5 points, allant de « pas du tout » (=0) à « tout à fait » (=4). Les propriétés psychométriques de cet instrument, établies sur des auto-observations effectuées durant deux semaines, sont bonnes. En effet, nous observons d'excellents indices de fidélité, calculés à partir des moyennes et écart-types individuels avec la méthode « *split-half* » (Reichert & Genoud, 2011) et observons une très bonne consistance intra-sujet, aussi bien pour la moyenne que l'écart-type des mesures. Le tableau ci-dessous retrace les valeurs de consistance interne de l'instrument.

Tableau 11 : Indices de consistance interne (fidélité split-half) du DOE-self-monitoring

	REPCOG	COMEMO	PERINT	PEREXT	REGEMO Down- regulation	REGEMO Up-regulation
r_{tt} (M)	.98	.91	.97	.96	.98	.98
r_{tt} (e.t.)	.91	.85	.85	.73	.90	.91

Selon Reicherts, Salamin, Maggiori et Pauls (2007), l'observance du signal, durant une semaine à raison de 6 à 8 sonneries, est bonne et la fiabilité globale acceptable à élevée. La fidélité de mesure est également bonne (88.8% de taux de réponse, fidélité split-half de 0.86) et l'acceptation quant à son utilisation également. En outre, les analyses de clusters montrent que l'utilisation des descripteurs qualificatifs proposés aux participants par le système d'apprentissage adaptatif intégré à l'ordinateur de poche est valide. Finalement, les enregistrements sont rapidement effectués, la plupart se faisant en moins d'une minute, la méthode jugée comme étant très peu dérangeante pour les utilisateurs dans leur routine quotidienne et semble s'adapter à une variété de contextes de vie. Relevons également que ce type de mesure a le grand avantage de pouvoir combiner des enregistrements suivant un événement (« *event-based* »), mais aussi basé sur le temps (« *time-based* »). La recherche de Reicherts et Pihet (2000) constate les mêmes avantages d'un outil similaire avec une bonne acceptation et compliance et des données de validité et fidélité satisfaisantes sur deux semaines de passation.

Comme mentionné ci-dessus, dans la troisième phase de notre recherche, nous avons opté pour la méthode papier-crayon de l'outil, étant donné le manque d'ordinateurs de poche disponibles au sein de l'unité. Par conséquent, les mêmes entrées ont été complétées par les participants, mais sur un support différent et sans qu'elles ne suivent un signal sonore, comme cela fut le cas avec l'ordinateur de poche. Les entrées se sont donc effectuées spontanément.

Bien que nos hypothèses portent uniquement sur les questionnaires susmentionnés, nous souhaitons préciser que notre protocole de recherche inclue également d'autres instruments de mesure, que nous présentons brièvement ci-dessous.

9.3.4. Questionnaires additionnels

Le *Group Selection Questionnaire* (Cox, Burlingame, Davies, Gleave, & Barlow, 2004) est un questionnaire auto-rapporté constitué de dix-neuf items évaluant les chances que le patient a de pouvoir contribuer au traitement groupal ainsi que les bénéfices qu'il pourrait en retirer, favorisant ainsi le processus de sélection et de composition des groupes thérapeutiques. Trois construits regroupent les différents items de ce questionnaire, à savoir 1) « attente », 2) « capacité à participer » et 3) « compétences sociales ». Plus précisément, le premier construit porte sur les attentes du client concernant les bénéfices à retirer quant à sa participation à une thérapie groupale, c'est-à-dire le degré auquel il considère le traitement groupal comme pouvant lui être bénéfique (*e.g.* « Je pense que travailler en groupe va réellement m'aider »). Le second concerne sa participation et son niveau de confort dans un groupe (*e.g.* interaction avec les autres, ouverture, amabilité, appréciabilité de la personne ; « J'aime partager mes sentiments avec les autres »). Finalement, le troisième porte sur un nombre limité de comportements qui peuvent se révéler problématiques ou perçus négativement dans un setting groupal, tels que les comportements de domination, de provocation, de compétition ou de partage inapproprié (*e.g.* « Je domine habituellement les discussions de groupe ») (Beecher, Burlingame, Krogel, Presnell, & Simonsen, 2009). Certains items sont inversés, de sorte à ce que des scores bas sur les différents construits reflètent des caractéristiques favorisant le travail groupal. Le GSQ possède de bonnes propriétés psychométriques. En effet, des recherches de validation ont été effectuées auprès d'échantillons bosniaques, allemands et américains (Baker, 2010 ; Krogel, Beecher, Presnell, Burlingame, & Simonsen, 2009), attestant une bonne validité de construit, prédictive (sur le processus groupal et le succès de la thérapie) et discriminante. Il apparaît en outre, que les sous-échelles sont davantage prédictives que le score total (Krogel *et al.*, 2009). L'instrument n'existant pas en langue française, nous l'avons traduit dans le cadre de cette recherche.

L'*Evaluation des Buts à Atteindre* (EBA ; Reicherts & Pauls, 2012) est une version modifiée du *Goal Attainment Scaling* (GAS ; Kieresuk & Sherman, 1968, in Reicherts & Pauls, 2012), conçue dans le but d'évaluer les effets d'une intervention thérapeutique sur les objectifs individuels de chaque participant. L'EBA permet une estimation de l'atteinte des objectifs qualitative et quantitative par différentes étapes. La première étape consiste à choisir les buts à atteindre (au minimum deux et au maximum cinq). Dans notre protocole de recherche, il est prévu que les conseillers aident chaque participant à décrire leurs objectifs de manière

opérationnelle et en visant un état optimal, mais réaliste à la fin de l'intervention sur la base d'une liste d'objectifs préétablis. Les différents buts sont subséquentement pondérés. Ainsi, 100 points sont répartis selon l'importance subjective des buts retenus. Tel que planifié dans notre protocole de recherche, cette première étape se réalise avant le commencement de l'intervention groupale, à savoir durant l'entretien individuel offert à chaque participant à la recherche. La deuxième étape, qui est effectuée à la fin de l'intervention groupale (*i.e.* post-test) ainsi que deux mois après le post-test (*i.e.* suivi), consiste en l'estimation et l'évaluation de l'atteinte des buts en se basant sur une échelle allant de 0% (=inchangé) à 100% (=complètement atteint/amélioré). Les aggravations éventuelles sont évaluées de manière similaire, mais avec le signe négatif (*e.g.* -25% = légèrement détérioré). Finalement, la troisième étape permet le calcul d'un indice de changements spécifiques (*i.e.* $\text{changement}/100 \times \text{poids}/100$) par but et d'un indice de changement composite (*i.e.* somme des indices de changements spécifiques) (*i.e.* .25= faible, .25-.50= acceptable, .50-.75 : bon ou supérieur à la moyenne, au-dessus de .75= excellent). Cette procédure est entièrement participative, dans le sens que les dimensions de l'atteinte des buts et de l'évaluation sont travaillées de manière coopérative avec chaque participant. En outre, deux fonctions sous-tendent cette évaluation. D'une part, elle vise un axe psychologique, donnant espoir, activation, motivation, responsabilité personnelle et engagement et d'autre part, elle vise un axe méthodique et orienté vers les tâches (travailler et convenir de manière coopérative sur les buts, structuration, soutien et contrôle des processus et anticipation).

L'*Indice de Position SocioEconomique* (IPSE ; Genoud, 2005) permet de classer les sujets dans diverses catégories socioéconomiques relatives à la population suisse. Il permet le calcul d'un indice de positionnement socio-économique sur la base de la profession du sujet (*i.e.* dirigeants/cadres supérieurs, professions intellectuelles et scientifiques, professions intermédiaires, employés de type administratif, personnel de services et de la vente/agriculteurs, artisans et ouvriers, conducteurs/ouvriers non qualifiés) et de sa formation (*i.e.* université/haute école, formation professionnelle supérieure, maturité/baccalauréat, maturité professionnelle, apprentissage, école obligatoires, n'ayant pas pu accéder ou terminer l'école obligatoire).

Nous avons ajouté à ce questionnaire des items permettant de compléter les données sociodémographiques (*i.e.* date de naissance, sexe, nationalité, état civil, nombre d'enfants, langue maternelle, travail) ainsi que certaines questions portant sur la santé physique et

psychique, le vécu émotionnel et social, mais aussi sur le rôle du vécu et du traitement affectifs dans le quotidien des participants. Une question évalue finalement s'ils sont au bénéfice d'une offre thérapeutique, étant donné qu'il s'agit d'un critère d'exclusion à notre recherche.

La *liste des descripteurs affectifs* permet d'évaluer l'affectivité des participants en leur demandant si, de manière générale, il leur arrive de se sentir dans un certain type d'état émotionnel. Treize descripteurs sont ainsi évalués (*i.e.* triste, joyeux, déprimé, dégoûté, enthousiaste, en colère, serein, anxieux, malheureux, content, timide, énervé et calme). Une analyse factorielle a mis en évidence deux facteurs (*i.e.* affectivité positive et affectivité négative).

L'*Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ ; Gross & John, 2003) permet d'évaluer deux stratégies de régulation des émotions, à savoir la suppression et la réévaluation face à des vécus affectifs positifs et négatifs. La suppression est une technique focalisant la modulation de la réponse, impliquant l'inhibition du comportement expressif en cours (Gross, 2007), tandis que la réévaluation cognitive est une forme de changement cognitif impliquant la modification du sens d'une situation de manière à altérer son impact émotionnel (Gross & Thompson, 2007). Les dix items de l'ERQ sont à évaluer sur une échelle de Likert allant de 1 (=fortement en désaccord) à 7 (=fortement en accord).

La version anglaise de l'instrument a été validée dans différentes recherches menées auprès d'étudiants. La consistance interne des échelles va de .75 à .82 pour la réévaluation et de .68 à .76, selon les recherches, pour la suppression (Gross & John, 2003). La fidélité test-retest à trois mois est de .69 pour les deux échelles. Finalement, les validités convergente et divergente ont également été évaluées avec des relations allant dans le sens attendu, peu fortes, mais statistiquement significatives. L'instrument a également été traduit puis validé en français dans une recherche sur 591 adultes « tout-venant » (Christophe, Antoine, Leroy, & Delelis, 2009). Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires de l'instrument traduit révèlent également un modèle à deux facteurs identiques à celui de la version initiale, expliquant 50.54% de la variance totale, ainsi que des coefficients de consistance interne (alpha de Cronbach) de 0.76 pour la réévaluation et de 0.72 pour la suppression.

Le *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ ; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001) est un instrument permettant d'évaluer neuf stratégies cognitives et conscientes de régulation des émotions face à des situations stressantes. Le CERQ cherche à mettre en évidence les styles cognitifs, donc stables et consistants, des participants en leur demandant de coter trente-six items sur une échelle de Likert allant de 1 (= presque jamais) à 5 (=presque toujours), reflétant ce qu'ils tendent à penser à la suite d'expériences menaçantes ou stressantes. Par conséquent, uniquement les stratégies cognitives et utilisées face à un vécu affectif négatif sont évaluées. Un score par sous-échelle peut être obtenu en additionnant les quatre items. Le score minimum est de 4 et le maximum de 20, de sorte à ce que plus le score est élevé, plus la stratégie spécifique cognitive est utilisée. Ces neuf stratégies sont 1) l'acceptation (*e.g.* penser à accepter ce qui a été vécu et à s'y « résigner »), 2) la centration positive (*e.g.* penser à des caractéristiques joyeuses ou plaisantes plutôt qu'à l'événement négatif), 3) la centration sur l'action (*e.g.* penser aux étapes à entreprendre et à la manière de gérer l'événement négatif), 4) la réévaluation positive (*e.g.* penser à créer une signification positive de l'évènement dans le sens d'une croissance personnelle), 5) la mise en perspective (*e.g.* penser à diminuer ou à mettre de côté le caractère sérieux de l'évènement ou à accentuer sa relativité comparativement à d'autres événements), 6) le blâme de soi (*e.g.* penser à faire des attributions internes, plutôt stables et globales concernant l'expérience des événements négatifs), 7) la rumination (*e.g.* vivre des pensées répétitives associées à l'événement négatif en l'absence de signaux environnementaux immédiats), 8) la dramatisation (*e.g.* pensées qui explicitement accentuent le caractère dramatique de l'expérience), et 9) le blâme d'autrui (*e.g.* penser à blâmer une autre personne ou des éléments environnementaux pour ce que l'on a vécu).

L'instrument a été validé dans différentes recherches. Concernant sa version anglaise, administrée à un échantillon de 547 étudiants, les neuf facteurs retenus expliquent ensemble 64.6% de la variance totale avec des communautés allant entre 0.46 et 0.73. Deux facteurs ont été mis en exergue, expliquant une variance totale de 60.4% (Garnefski, Kraail, & Spinhoven, 2001). Le premier facteur regroupe les stratégies plus adaptées et le second, les stratégies moins adaptées. Le modèle à un seul facteur, représentant l'utilisation de stratégies de régulation des émotions cognitives, explique quant à lui 48.5% de la variance totale. Les validités critérielle et prédictive de l'instrument ont également été mises en évidence avec des liens statistiquement significatifs allant dans le sens attendu avec des variables comme la dépression, la santé, l'optimisme, l'anxiété ou encore l'estime de soi (Garnefski & Spinhoven, 2001 ; Martin & Dahlen, 2005). Les corrélations entre sous-échelles se situent entre 0.20 (catastrophisation et

mise en perspective) et 0.62 (réévaluation positive et focalisation sur l'action), indiquant des corrélations modérées à fortes entre sous-échelles. Les Alphas de Cronbach lors de la première passation sont relativement élevés, exceptés pour « acceptation » et « centration positive » qui sont en-dessous de .70. Lors de la deuxième passation, les Alphas des sous-échelles se situent entre 0.68 et 0.83. Finalement, la fidélité test-retest à cinq mois est adéquate à bonne, les valeurs se situant entre 0.41 et 0.59 (Garnefski & Spinhoven, 2001).

L'instrument a également été traduit et validé en français auprès de patients et de « tout-venant » adultes (Jermann, Van der Linden, d'Acremont, & Zermatten, 2006) et d'adolescents (d'Acremont & Van der Linden, 2007). Dans la recherche de Jermann et collègues, les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires ont reproduit la structure à neuf facteurs. Les scores de fidélité interne pour chaque stratégie vont de 0.68 à 0.87. Les deux échelles « stratégies adaptées » vs « stratégies moins adaptées » permettent également de regrouper les stratégies. La recherche de d'Acremont et Van der Linden (2007) confirme également ces résultats.

Le *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS ; Gratz & Roemer, 2004) est composé de trente-six items évaluant les difficultés perçues par l'individu concernant la régulation de ses émotions dans des moments de « détresse » (« Quand je suis contrarié »). Chaque item est à évaluer sur une échelle de Likert allant de 1 (=presque jamais) à 5 (=presque toujours). Des scores élevés indiquent davantage de difficultés dans la régulation des émotions (ou davantage de dysrégulation). En outre, certains items sont inversés. Le DERS met en exergue six facteurs, à savoir 1) la non-acceptation des réponses émotionnelles (« *non-acceptance* »), reflétant la tendance à avoir des réponses émotionnelles secondaires à une émotion négative ou des réactions de non acceptation de la détresse, 2) les difficultés à s'engager vers un but lors d'émotions négatives (« *goals* »), telles que de se concentrer et d'accomplir des tâches lors d'un vécu affectif négatif, 3) les difficultés dans le contrôle des impulsions en vivant des émotions négatives (« *impulse* » ; *e.g.* difficultés à rester dans le contrôle d'un comportement lorsqu'une émotion négative est vécue), 4) la tendance à ne pas prêter attention ou à avoir un manque de conscience concernant les réponses émotionnelles (« *awareness* » ; *e.g.* tendance à être attentif et accueillir ses émotions), 5) un accès limité aux stratégies régulatrices (« *stratégies* » ; croyance que peu peut être fait pour réguler efficacement un vécu affectif négatif), et finalement, 6) un manque de clarté émotionnelle (« *clarity* »), reflétant l'étendu avec lequel un individu sait et est au clair avec les émotions qu'il vit. Etant donné que l'instrument a été développé dans le but d'évaluer les difficultés cliniques (*i.e.* dysrégulation des émotions)

pouvant exister au niveau de la régulation des émotions, il ne prend en compte que les événements de vie négatif (Gratz & Roemer, 2004).

Une recherche sur 357 étudiants en psychologie a permis de statuer sur les propriétés psychométriques de l'instrument. La structure factorielle à six facteurs permet d'expliquer 55.68% de la variance totale. Les Alphas de Cronbach obtenus pour les sous-dimensions peuvent être qualifiés d'adéquats, à savoir de plus de .80 pour chacune d'entre elles. Les corrélations Item-total se rangent entre .16 et .69. La fidélité test-retest, évaluée sur 21 sujets sur une période entre quatre et huit semaines, est bonne ($p = .88$; $p < .01$). Plus précisément, elle est de .69 pour « non acceptation », .69 pour « buts », .57 pour « impulsions », .96 pour « conscience », .89 pour « stratégies » et de .80 pour « clarté ». Quant aux validités de construit et prédictive, elles sont qualifiées d'adéquates (Gratz & Roemer, 2004). Les propriétés psychométriques de la version française sont également bonnes (Dan-Glauser & Scherer, 2013).

Le *Big Five Inventory-25* (BFI-25) est composé de vingt-cinq affirmations pouvant s'appliquer à la description du sujet par les cinq facteurs de personnalité. Ces facteurs sont : la conscience (*e.g.* Je suis quelqu'un qui travaille de manière consciencieuse. »), l'ouverture (*e.g.* Je suis plein(e) d'idées/créatif(ve). »), l'extraversion (*e.g.* « Je suis communicatif(ve)/loquace. »), l'agréabilité (*e.g.* « Je suis quelqu'un qui est respectueux(se) et gentil(le) avec les autres. »), et le névrosisme (« Je suis quelqu'un qui se fait souvent du souci »). Le sujet se prononce sur une échelle de Likert allant de 1 (=ne s'applique pas du tout) à 7 (=s'applique entièrement) en fonction du degré auquel s'appliquent à lui ces affirmations (Gerlitz & Schupp, 2005). La version allemande du BFI-25 présente des alphas de Cronbach par dimension globalement satisfaisants (*i.e.* .78 pour conscience, .83 pour ouverture, .70 pour extraversion, .67 pour agréabilité et .61 pour le névrosisme ; Gerlitz & Schupp, 2005). La traduction en français de l'instrument n'a pas encore été validée.

L'*Outcome Questionnaire-45* (OQ-25), connu en français sous le nom de « Mesure d'impact » (Lambert & Burlingame, 2006) est un questionnaire auto-reporté construit dans le but d'évaluer les progrès des patients adultes au cours de leur thérapie. L'outil comporte quarante-cinq items, à coter sur une échelle de Likert allant de 0 à 4, comprenant trois sous-échelles qui correspondent aux trois dimensions fondamentales de la santé mentale préconisées par Lambert et Burlingame (2006) :

1. Les symptômes intrapsychiques de détresse (« *symptom distress subscale* ») contenant d'une part, des items se référant à l'anxiété et à la dépression et d'autre part, détectant le risque suicidaire et l'abus de substances.
2. Les relations interpersonnelles (« *interpersonal relations* »), comprenant des items mesurant la satisfaction ou les difficultés de la personne dans ses relations avec autrui, parcourant ainsi les thématiques de l'amitié, de la vie familiale et conjugale, de la solitude, des sentiments d'insuffisance ou d'inadaptation, de retrait et de conflit.
3. La performance dans les rôles sociaux (« *social role performance* ») portant sur le niveau d'insatisfaction, de conflit, de détresse et d'incompétence dans les tâches liées à l'emploi, aux rôles familiaux et aux loisirs du patient.

Le score total fournit une mesure globale de fonctionnement, permettant également de distinguer un sujet clinique d'un « tout-venant », par un cut-off fixé à 63. Par ailleurs, un changement de 15 points est considéré comme étant cliniquement significatif (Flynn, Aubry, Guidon, Tardif, Viau, & Gallant, 2002).

Selon Lambert et Burlingame, l'OQ-45 possède de bonnes propriétés psychométriques. En effet, les coefficients de fiabilité test-retest vont de .66 à .86 et la cohérence interne de .70 à .93. La validité est également bonne avec des corrélations importantes entre l'outil et d'autres mesures de détresse symptomatique, de difficultés interpersonnelles, d'ajustement aux rôles sociaux, d'anxiété et de dépression. La version française de l'instrument possède également de bonnes propriétés psychométriques (Flynn, Aubry, Guidon, Tardif, Viau, & Gallant, 2002).

Finalement, le *Group Questionnaire* (Burlingame, Kroegel, Johnson, 2008) évalue les principaux processus relationnels groupaux. Développé suite au constat de l'important chevauchement au niveau définitionnel et empirique entre les facteurs thérapeutiques centraux (*i.e.* climat de groupe, cohésion, alliance et empathie), il a été construit sur la base du *Group Climate Questionnaire*, l'*Empathy Scale*, le *Working Alliance Inventory* et l'échelle de cohésion du *Therapeutic Factor Inventory*. Ce questionnaire considère les différentes perspectives des relations en thérapie de groupe (*i.e.* leader-membre, membre-membre, membre-groupe). L'outil existe en anglais (Burlingame, Kroegel, & Johnson, 2008) et en allemand (Bormann, Burlingame, & Strauss, 2009, 2011). Nous l'avons traduit en français pour les besoins de notre recherche et ainsi, pouvoir évaluer l'impact de ces processus sur les résultats globaux de notre

intervention. Pour ce faire, le questionnaire a été administré à la fin de chaque séance groupale, accompagné d'une évaluation de la séance écoulée.

Nous avons décrit les aspects méthodologiques les plus importants liés à notre recherche. Nous souhaitons maintenant aborder les principaux résultats.

10. Résultats

Nous souhaitons répondre à la question de recherche suivante : **Notre programme d'intervention basé sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle influence-t-il positivement le traitement affectif de sujets adultes « tout-venant » et la perception de leur qualité de vie ?** Pour ce faire, nous aborderons les résultats en deux parties distinctes, relativement au traitement affectif et à la qualité de vie.

10.1. Résultats portant sur le traitement affectif

Souhaitant statuer sur l'influence de notre intervention sur le traitement affectif des participants, nous présentons les résultats relatifs 1) aux dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (DOE-Trait, Reicherts, 2007), selon premièrement l'approche traitiste, puis en les considérant comme étant des états (DOE-*self-monitoring* ; Reicherts, 2007) et 2) sur certains registres de stratégies de régulation des émotions (DOE-IT ; Reicherts & Haymoz, 2011), en considérant l'effet du temps (pré, post et suivi) et de la participation ou non au programme d'intervention. Nous analyserons les données des trois cohortes prises ensemble et/ou de la troisième cohorte uniquement. En effet, pour le DOE-*self-monitoring*, dont le mode de passation a changé entre cohortes (*palm-top computer* vs papier-crayon) et pour le DOE-IT, qui a connu des modifications au fil de son élaboration, nous allons nous attarder sur la troisième cohorte uniquement, qui a en outre bénéficié du protocole de recherche expérimental. Nous nous attendons dès lors à observer des changements sur les différentes dimensions dans les groupes qui bénéficient de l'intervention contrairement à ceux qui ne bénéficient d'aucune intervention entre les différents points de mesure.

10.1.1. Les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (en tant que traits)

En guise d'introduction des différents résultats, un tableau récapitulatif des moyennes et des écart-types pour chaque dimension est présenté à la page suivante.

Tableau 12 : Moyennes et écart-types sur les différentes dimensions du DOE-trait au pré-test, post-test et suivi

	Gr. Exp. 1 (N=16)	Gr. Contr. 1 (N=15)	Gr. Exp. 2 (N=18)	Gr. Contr. 2 (N=18)	Gr. Exp. 3 (N=18)	Gr. Contr. 3 (N=17)	Gr.Exp. (N=52)	Gr.Contr. (N=50)
REPCOG_pré	2.34 (0.74)	2.80 (0.49)	2.48 (0.82)	2.56 (0.48)	2.21 (0.58)	2.56 (0.85)	2.34 (0.72)	2.63 (0.63)
REPCOG_post	2.65 (0.69)	2.70 (0.48)	2.59 (0.56)	2.52 (0.43)	2.82 (0.80)	2.62 (0.98)	2.69 (0.68)	2.61 (0.67)
REPCOG_suivi	2.56 (0.76)	2.88 (0.43)	2.96 (1.30)	2.61 (0.39)	2.80 (0.91)	2.57 (1.02)	2.73 (0.67)	2.67 (0.70)
PERINT_pré	2.60 (0.80)	2.28 (0.93)	2.64 (0.86)	2.12 (0.89)	2.32 (0.82)	1.87 (0.64)	2.52 (0.83)	2.08 (0.83)
PERINT_post	2.75 (0.71)	2.20 (0.76)	2.78 (0.52)	2.15 (0.57)	2.74 (0.77)	2.33 (0.69)	2.76 (0.66)	2.23 (0.66)
PERINT_suivi	2.40 (1.24)	2.16 (0.56)	2.55 (0.75)	2.31 (0.71)	2.65 (0.64)	2.18 (0.75)	2.59 (0.77)	2.23 (0.67)
PEREXT_pré	2.42 (0.69)	1.74 (0.57)	2.20 (0.77)	1.99 (0.46)	2.33 (0.87)	2.13 (0.58)	2.31 (0.77)	1.96 (0.55)
PEREXT_post	2.73 (0.65)	1.86 (0.69)	2.07 (0.62)	2.07 (0.48)	2.40 (0.77)	2.27 (0.70)	2.39 (0.72)	2.07 (0.64)
PEREXT_suivi	2.71 (0.88)	1.96 (0.63)	2.27 (0.78)	2.26 (0.53)	2.33 (0.75)	2.16 (0.60)	2.47 (0.77)	2.16 (0.56)
COMEMO_pré	2.25 (0.84)	2.31 (0.77)	2.25 (0.76)	2.17 (0.59)	2.27 (0.64)	2.19 (0.78)	2.26 (0.73)	2.22 (0.70)
COMEMO_post	2.53 (0.73)	2.28 (0.91)	2.33 (0.69)	2.19 (0.61)	2.52 (0.75)	2.40 (0.74)	2.46 (0.72)	2.29 (0.74)
COMEMO_suivi	2.74 (0.75)	2.40 (0.87)	2.30 (0.55)	2.38 (0.52)	2.51 (0.74)	2.40 (0.80)	2.50 (0.69)	2.41 (0.72)
REGEMO_pré	2.17 (0.85)	2.58 (0.62)	2.17 (0.72)	2.50 (0.50)	1.67 (0.59)	2.20 (0.59)	1.99 (0.75)	2.42 (0.58)
REGEMO_post	2.19 (0.73)	2.36 (0.58)	2.29 (0.56)	2.40 (0.71)	2.15 (0.66)	2.25 (0.55)	2.21 (0.64)	2.33 (0.61)
REGEMO_suivi	2.17 (0.71)	2.50 (0.56)	2.51 (0.78)	2.42 (0.59)	1.98 (0.60)	2.50 (0.60)	2.20 (0.73)	2.46 (0.58)

Conséquemment au fait que nos observations ne sont à priori pas indépendantes les unes des autres, mais dépendent, notamment ou éventuellement, des différents groupes constitués, nos données sont traitées en structure hiérarchique. Nous avons opté pour des analyses multi-niveaux (« *hierarchical linear modeling* ») qui nous permettent de statuer sur l'impact de notre intervention sur le traitement émotionnel, tout en séparant les sources de variance et ainsi, les attribuer de manière adéquate aux différences intra-individuelles ou interindividuelles. Par conséquent, nous traitons à un *premier niveau* les scores de chaque participant, recevant ou non l'intervention, sur les différentes dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (*i.e.* niveau intra-sujet) et à un *deuxième niveau*, les données au niveau interindividuel. A ces deux niveaux d'analyse, deux prédicteurs sont ajoutés successivement (*i.e.* prédicteur « temps » au premier niveau et prédicteur « intervention » au deuxième niveau) et ajoutons le postulat d'une constante et d'une pente aléatoires. Ainsi, nous pouvons nous prononcer sur l'effet du temps ainsi que de la participation ou non à l'intervention sur les scores obtenus sur les dimensions du DOE-trait. Il est important de préciser que nous testons différents modèles, allant du « modèle vide » (« *One-Way ANOVA with random effects* ») à l'ajout successif des deux facteurs. Par conséquent, nous pouvons connaître le pourcentage de la variance totale qui est à amputer au niveau interindividuel (*i.e.* deuxième niveau) par le calcul de l'« *Intra Class Correlation* » et estimer l'effet du temps en tant que seul prédicteur, ainsi que celui de la participation ou non à

l'intervention, et ceci pour chaque dimension de l'Ouverture Emotionnelle. Pour des raisons économiques, seuls les modèles à deux facteurs sont présentés dans ce travail.

Afin de mettre en évidence le facteur d'interaction « Temps x Groupe », nous effectuons également des analyses de variance multivariée (MANOVA) à mesures répétées (pré vs post) avec les deux conditions groupales (« intervention » vs « liste d'attente ») de la dernière cohorte uniquement (N=35). Ces analyses nous permettent d'évaluer le facteur intra-sujet « temps » (reflétant les changements dus au temps), le facteur inter-sujet « groupe » (expérimental vs liste d'attente), mais surtout l'« interaction » entre le temps et le groupe. Cet effet d'interaction, qui nous intéresse particulièrement, indique les changements spécifiques aux groupes bénéficiant de l'intervention comparés aux mesures dans le groupe contrôle. Par conséquent, cette démarche statistique offre également la possibilité de tester un ensemble de différentes hypothèses en une seule fois, limitant ainsi la cumulation d'erreurs.

Résultats portant sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle prises ensemble (hypothèse 1)

Nous avons premièrement souhaité évaluer les différents changements au niveau des dimensions de l'Ouverture Emotionnelle *prises ensemble* en fonction des deux conditions groupales (*i.e.* « intervention » versus « liste d'attente ») et du temps. Pour évaluer cet effet d'interaction global, nous avons effectué un test multi-varié sur la dernière cohorte uniquement. Les résultats confirment un effet statistiquement significatif du facteur d'interaction « Temps x Groupe » ($F_{(5,29)}=3.32$, $p=.02$), confirmant ainsi notre première hypothèse. A part ce résultat central allant dans le sens attendu, nous pouvons signaler que le facteur « Temps » est également significatif ($F_{(5,29)}= 4.84$, $p=.002$), contrairement au seul effet du facteur « Groupe » ($F_{(5,29)}=1.53$, $p=.21$).

Notre première hypothèse postulant un changement global sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle prises ensemble est donc confirmée.

Résultats portant sur la dimension « Représentation cognitive et conceptuelle des émotions » (hypothèses 2a, 2b et 2c)

L'équation ci-dessous est testée où nous retrouvons les deux niveaux avec leur prédicteur (« INTERV » et « P_PFU ») et le postulat d'une constante et d'une pente aléatoires. Soulignons que pour le facteur « temps » (« P_PFU »), nous nous attendons à une augmentation des scores entre le pré-test et le post-test et à un maintien des acquis entre le post-test et le suivi, étant donné la fin de l'intervention. Ainsi, les données sont hiérarchisées avec une combinaison des scores au post-test et au suivi.

Équation 1 : Equation des analyses multi-niveaux pour la « Représentation cognitive et conceptuelle des émotions »

Level-1 Model $REPCOG_{ii} = \pi_{0i} + \pi_{1i}*(P_PFU_{ii}) + e_{ii}$	Level-2 Model $\pi_{0i} = \beta_{00} + \beta_{01}*(INTERV_i) + r_{0i}$ $\pi_{1i} = \beta_{10} + \beta_{11}*(INTERV_i) + r_{1i}$
Mixed Model $REPCOG_{ii} = \beta_{00} + \beta_{01}*INTERV_i + \beta_{10}*P_PFU_{ii} + \beta_{11}*INTERV_i*P_PFU_{ii} + r_{0i} + r_{1i}*P_PFU_{ii} + e_{ii}$	

Tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous et illustré dans la figure 13, les résultats montrent que la trajectoire de la dimension « Représentation cognitive et conceptuelle » (REPCOG) des groupes avec intervention diffère de manière statistiquement significative de celle des groupes sans intervention (ou liste d'attente), indiquant une évolution significativement plus importante des groupes bénéficiant de l'intervention sur la dimension REPCOG, comparativement à celle des groupes contrôles, entre les différents points de mesure (hypothèse 2a., t -ratio=3.32, $p=.001$). Allant également dans le sens de nos hypothèses, la trajectoire des groupes sans intervention ne diffère pas de manière statistiquement significative de la stabilité (hypothèse 2b; t -ratio=-0.15, $p=.89$). En outre, nous observons que la constante des deux conditions groupales diffère de manière statistiquement significative en temps 0, signifiant qu'au moment du pré-test, les deux conditions groupales ne sont pas comparables sur la dimension REPCOG (*i.e.* $\beta_{00}=2.63$, $\beta_{01}=2.34$, t -ratio=-2.18, $p<.05$). Cependant, lors du post-test/suivi, les deux conditions ne diffèrent plus de manière statistiquement significatives ($t_{(100)}=0.72$, $p>.05$), la participation à notre intervention ayant permis de supprimer cette différence significative en temps 0, tel que nous pouvons le constater dans la figure 14.

Tableau 13 : Résultats portant sur la dimension « Représentation cognitive des émotions » (REPCOG)

Fixed Effect	Coefficient	Standard Error	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0	2.63	0.09	29.75**	100
INTRCPT2, β_{00}	-0.29	0.13	-2.18*	100
For P_PFU slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.01	0.06	-0.15	100
INTERV, β_{11}	0.35	0.11	3.32**	100

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

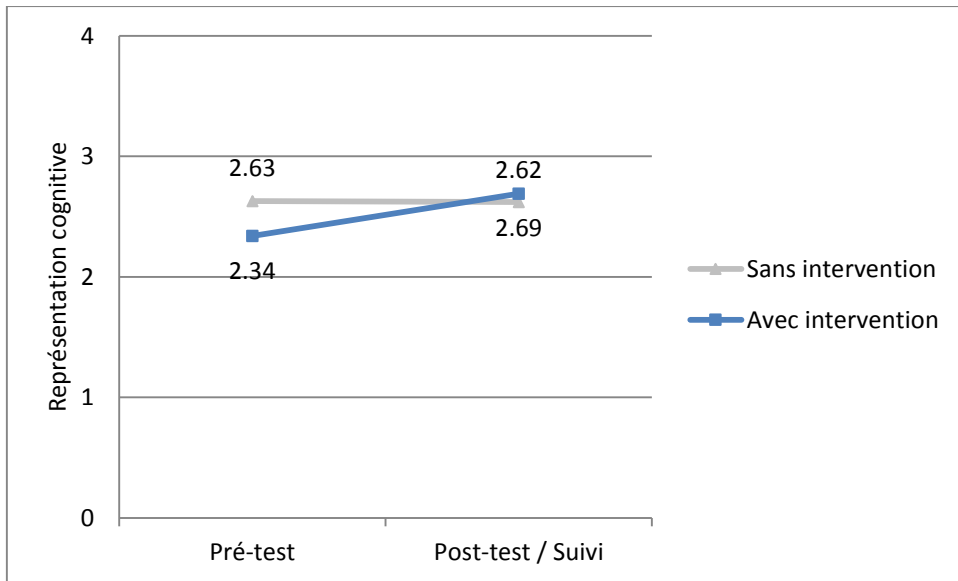


Figure 13 : Evolution des trajectoires portant sur REPCOG des deux conditions groupales entre le pré-test et le post-test/suivi

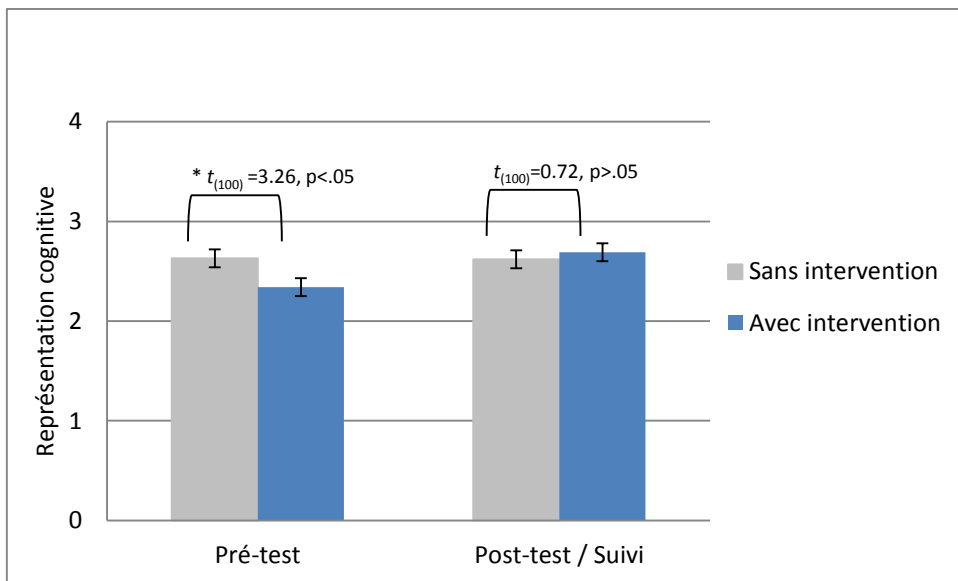


Figure 14 : Différences entre les conditions groupales sur REPCOG lors du pré-test et du post-test/suivi

Les hypothèses stipulées concernant la « Représentation cognitive et conceptuelle » (REPCOG) sont également confirmées lorsque nous nous attardons sur la troisième cohorte uniquement (N=35) avec des analyses de variance multivariée (MANOVA) à mesures répétées (pré vs post) avec nos deux conditions groupales (« expérimentale » vs « contrôle »). En effet, ces analyses indiquent un effet significatif du facteur d'interaction « Temps x Groupe » ($F_{(1,33)}=4.66$, $p=.038$), confirmant ainsi notre hypothèse 2c y relative. Soulignons que nous observons également un effet significatif du facteur intra-sujet « Temps » ($F_{(1,33)}=12.98$, $p=.001$).

Les hypothèses 2a et 2b sont confirmées, soulignant que notre programme d'intervention engendre des changements statistiquement significatifs sur la « Représentation cognitive et conceptuelle des états affectifs » (REPCOG), alors qu'aucun changement significatif n'est observé dans les groupes ne bénéficiant pas de l'intervention sur cette même dimension. De même, l'hypothèse 2c, postulant un effet d'interaction « Temps x Groupe » statistiquement significatif, est également confirmée.

Résultats portant sur la dimension « Perception des indicateurs corporels internes » (Hypothèses 3a, 3b et 3c)

Selon la même logique présentée dans le paragraphe précédent, nous avons effectué les analyses pour la « Perception des indicateurs corporels internes liés au vécu affectif ». Les analyses multi-niveaux indiquent une absence de changement sur cette dimension dans les deux conditions groupales. Plus précisément :

- La trajectoire des groupes expérimentaux ne diffère significativement pas de celle des groupes contrôles ($t\text{-ratio}=0.26$, $p=0.8$), ce qui infirme l'hypothèse 3a.
- La trajectoire des groupes contrôles ne diffère pas de manière statistiquement significative de la stabilité ($t\text{-ratio}=1.62$, $p=0.11$), ce qui confirme l'hypothèse 3b.
- Signalons que les constantes des deux conditions groupales sont significativement différentes au moment du pré-test ($t\text{-ratio}=2.69$, $p=.008$), mais le restent également au post-test/suivi ($t_{(100)}=4.03$, $p<.05$), tel qu'indiqué dans la figure 16.

Tableau 14 : Résultats relatifs à la « Perception des indicateurs corporels internes » (PERINT)

Fixed Effect	Coefficient	Standard Error	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.08	0.12	17.95**	100
INTERV, β_{01}	0.44	0.16	2.69**	100
For P_PFU slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	0.14	0.09	1.62	100
INTERV, β_{11}	0.03	0.12	0.26	100

**p<.001, *p<.05, *p<.1 (2-tailed)

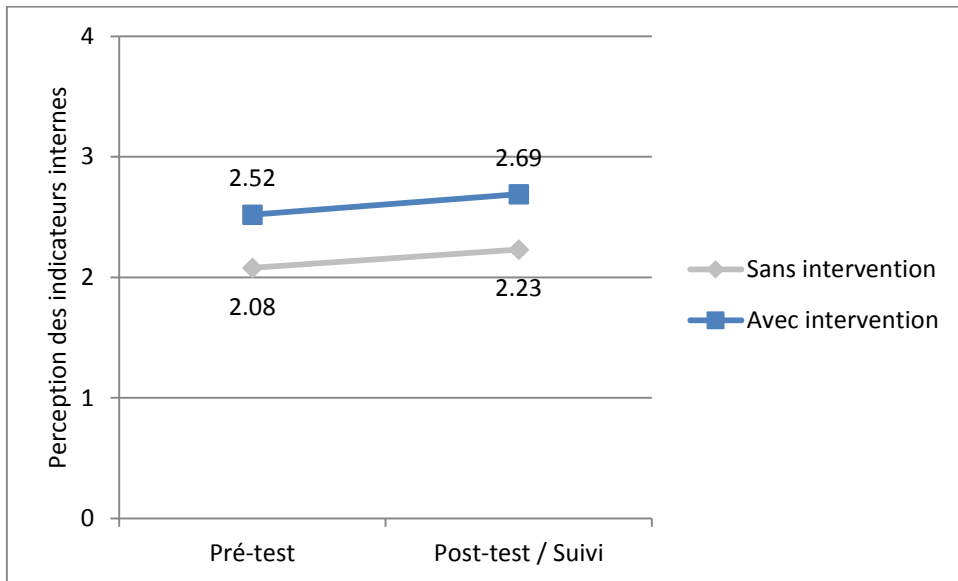


Figure 15 : Evolution des trajectoires des deux conditions groupales sur PERINT

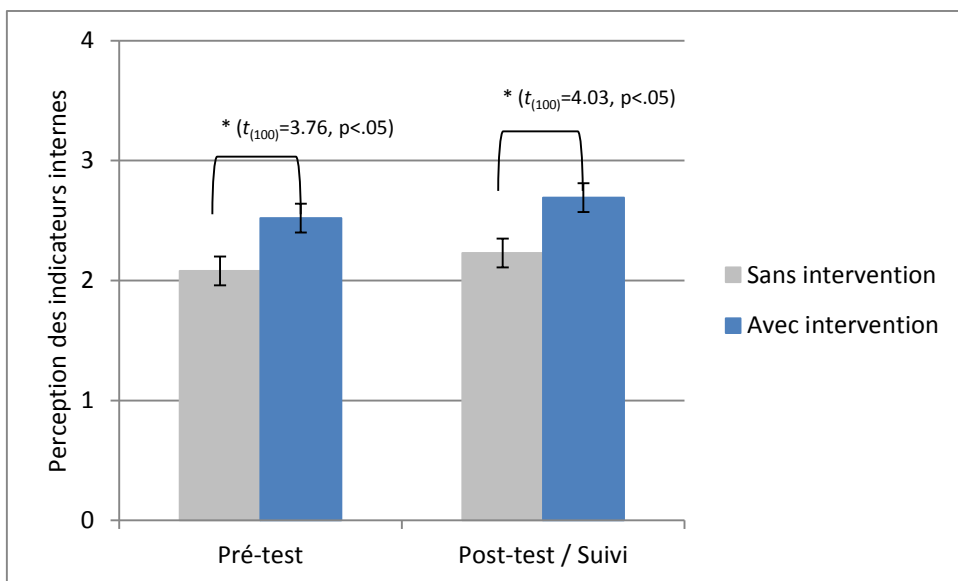


Figure 16 : Différences entre conditions groupales lors du pré-test et du post-test/suivi sur la dimension PERINT

Les analyses multivariées conduites auprès de la troisième cohorte mettent en évidence des constats similaires, avec un facteur d'interaction « Temps x Groupe » non significatif ($F_{(1,33)}=1.99$, $p=.16$). Cependant, des changements significatifs dus au facteur « temps » ($F_{(1,33)}=6.26$, $p=.017$) ainsi qu'au facteur « groupe » ($F_{(1,33)}=7.48$, $p=.01$) sont observés.

Par conséquent, l'hypothèse 3a n'est pas confirmée. En effet, les analyses multi-niveaux n'indiquent aucune évolution statistiquement significative des groupes « intervention », comparativement à la stabilité dans les groupes contrôles. Par contre, l'hypothèse 3b est confirmée, étant donné qu'aucun changement significatif n'est observé dans les groupes sans intervention. Quant à l'effet d'interaction postulé par l'hypothèse 3c, il n'est également pas statistiquement significatif, ce qui nous amène à rejeter cette dernière hypothèse.

Résultats sur la « Perception des indicateurs corporels externes (Hypothèses 4a, 4b et 4c)

Les analyses multi-niveaux n'indiquent aucune évolution linéaire statistiquement significative de la trajectoire entre les différents points de mesure pour la dimension « Perception des indicateurs externes » (PEREXT) pour les groupes qui ont bénéficié de l'intervention (t -ratio=-0.44, $p=0.66$). Par contre, une évolution statistiquement significative de celle des groupes contrôles est observée (t -ratio=2.55, $p=.01$), signifiant des changements sur cette dimension dans les groupes sans intervention. Par conséquent, ces analyses infirment les hypothèses 4a et 4b. Soulignons également que les deux conditions groupales diffèrent au moment du pré-test (t -ratio=2.72, $p=.01$) et du post-test/suivi ($t_{(100)}=4$, $p<.05$) de manière significative, tel que nous pouvons l'observer sur la figure 18.

Tableau 15 : Résultats relatifs à la dimension « Perception des indicateurs corporels externes » (PEREXT)

Fixed Effect	Coefficient	Standard Error	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	1.96	0.08	25.24**	100
INTERV, β_{01}	0.36	0.13	2.72**	100
For P_PFU slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	0.14	0.05	2.55**	100
INTERV, β_{11}	-0.04	0.10	-0.44	100

** $p<.001$, * $p<.05$, $^{\circ}p<.1$ (2-tailed)

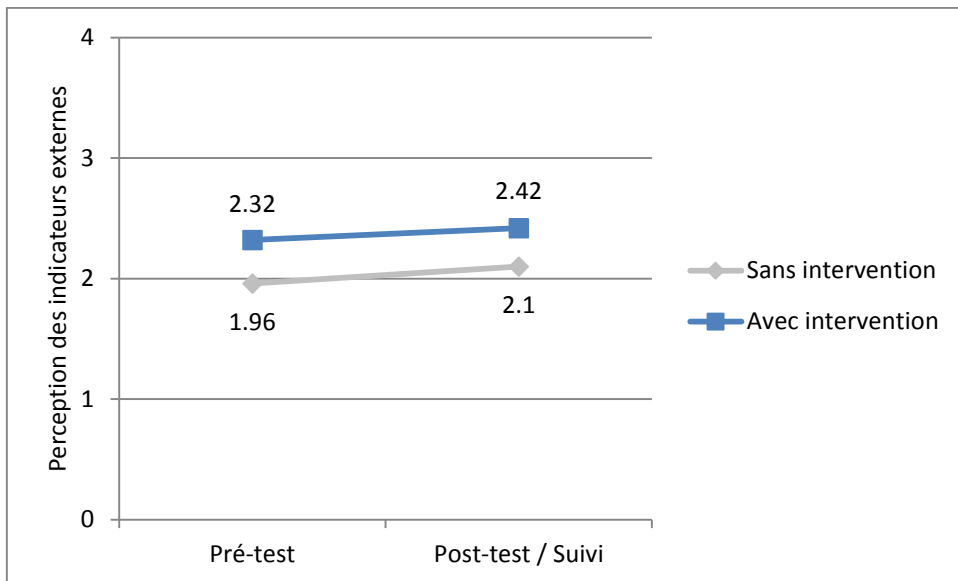


Figure 17 : Evolution des trajectoires sur PEREXT des groupes expérimental et contrôle

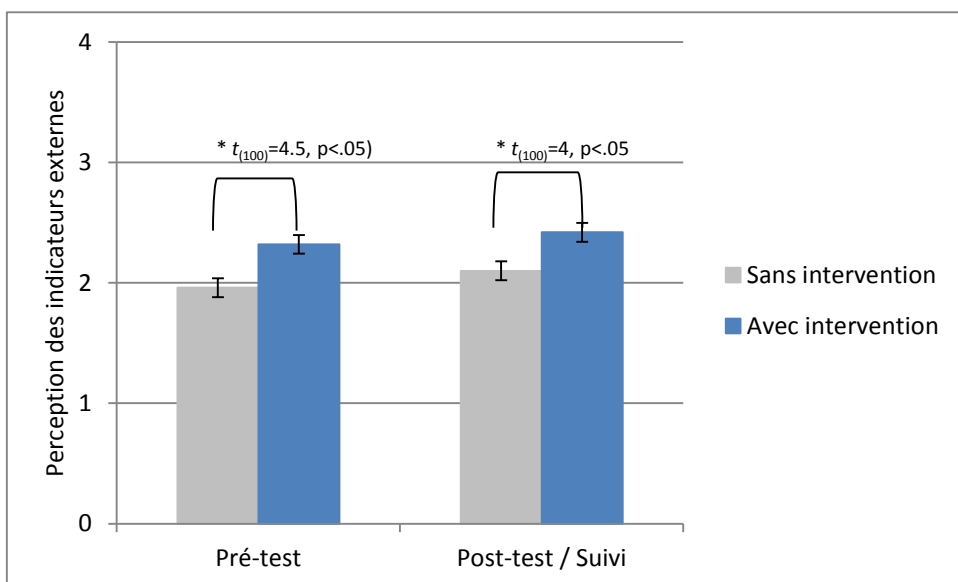


Figure 18 : Différences entre conditions groupales aux différents points de mesure sur PEREXT

Les résultats mis en évidence par les analyses multi-variées sur la dernière cohorte indiquent aucun effet significatif du facteur d'interaction « Temps x Groupe » ($F_{(1,33)} = 1.36, p = .25$). Le facteur « Temps » ($F_{(1,33)} = 0.29, p = .58$) et « Groupe » ($F_{(1,33)} = 0.66, p = .42$) ne le sont également pas.

Par conséquent, les hypothèses 4a et 4b ne sont pas confirmées, indiquant des changements dans les groupes sans intervention sur la dimension PEREXT alors qu'aucun changement statistiquement significatif n'est observé pour les groupes expérimentaux. L'hypothèse 4c,

stipulant un effet significatif du facteur d'interaction « Temps x Groupe », est également infirmée.

Résultats portant sur la « Communication des états affectifs » (Hypothèses 5a, 5b et 5c)

Les analyses multi-niveaux effectuées sur les trois cohortes prises ensemble ne montrent aucune évolution statistiquement significative de la trajectoire des groupes au bénéfice de l'intervention (t -ratio=1.36, $p=0.18$), ce qui infirme l'hypothèse 5a. Par contre, tel que souhaité, la trajectoire des groupes contrôles ne diffère pas de manière statistiquement significative de la stabilité (t -ratio=1.79, $p=0.08$), confirmant ainsi l'hypothèse 5b. Soulignons finalement, que les constantes des deux conditions groupales ne diffèrent pas lors du pré-test (t -ratio=0.25, $p=0.8$), mais qu'une différence tendancielle significative est constatée lors du post-test/suivi, indiquant que notre intervention a permis d'accroître les différences entre les conditions groupales entre le pré-test et le post-test/suivi ($t_{(101)}= 1.60$, $p<.10$). Quant aux analyses multi-variées de la troisième cohorte, elles mettent en évidence l'absence d'effet significatif du facteur « Temps x Groupe » ($F_{(1,33)}=1.69$, $p=0.2$). En outre, le facteur « Temps » a un impact significatif, indiquant qu'une évolution des résultats imputable au seul effet du temps est observée sur cette dimension ($F_{(1,33)}=4.389$, $p=.044$).

Tableau 16 : Résultats portant sur la dimension « Communication des émotions » (COMEMO)

Fixed Effect	Coefficient	Standard Error	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.22	0.10	22.62**	100
INTERV, β_{01}	0.04	0.14	0.25	100
For P_PFU slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	0.10	0.06	1.79°	100
INTERV, β_{11}	0.12	0.09	1.36	100

** $p<.001$, * $p<.05$, ° $p<.1$ (2-tailed)

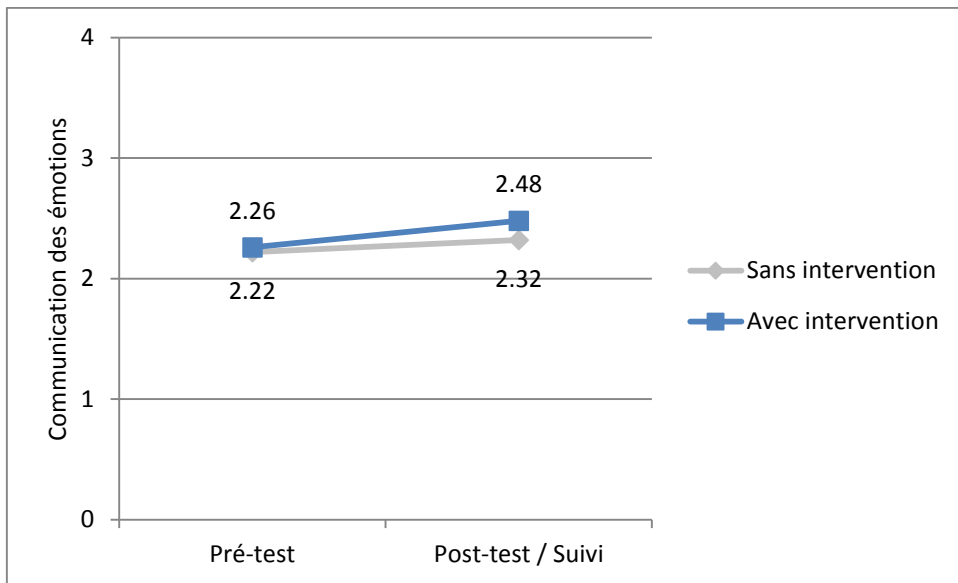


Figure 19 : Evolution des trajectoires relatives à COMEMO des groupes expérimental et contrôle

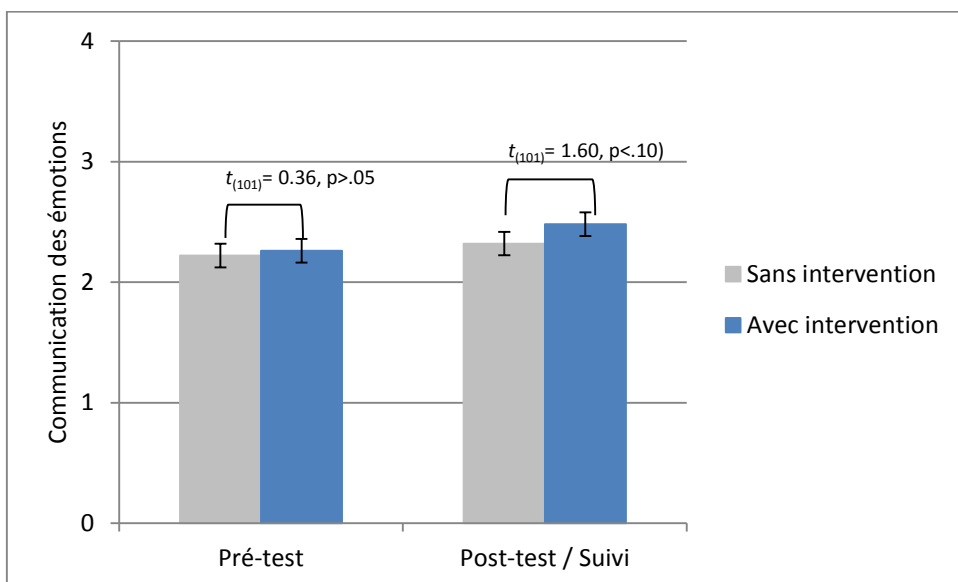


Figure 20 : Différences entre les conditions groupales sur COMEMO

L'hypothèse 5a n'est pas confirmée, étant donné le manque de changement statistiquement significatif sur la dimension COMEMO entre les points de mesure pour les groupes qui ont reçu l'intervention. Par contre, l'hypothèse 5b est confirmée. En effet, les groupes contrôles demeurent globalement stables entre les différents points de mesure. Finalement, l'hypothèse 5c n'est pas confirmée, étant donné l'absence d'effet statistiquement significatif du facteur « Temps x Groupe ».

Résultats portant sur la dimension REGEMO (Hypothèses 6a, 6b et 6c)

Les analyses conduites grâce au programme HLM 7 sur les 102 sujets de nos trois cohortes prises ensemble nous indiquent une évolution de la trajectoire statistiquement significative dans les groupes au bénéfice de notre intervention (t -ratio=2.4, $p=0.018$), tandis que celle des groupes contrôles demeure stable (t -ratio=-0.47, $p=0.64$). Relevons que la constante des groupes avec intervention est statistiquement différente de celle des groupes contrôles au moment du pré-test ($\beta_{00}=2.42$, $\beta_{01}=1.99$, t -ratio=-3.27, $p=0.001$) et du post-test/suivi ($t_{(100)}=2.33$, $p<.05$). Ces résultats confirment alors les hypothèses 6a et 6b et sont illustrés par les figures suivantes.

Tableau 17 : Résultats relatifs à la dimension « Régulation des émotions » (REGEMO)

Fixed Effect	Coefficient	Standard Error	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.42	0.08	29.80**	100
INTERV, β_{01}	-0.43	0.13	-3.27**	100
For P_PFU slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.03	0.07	-0.47	100
INTERV, β_{11}	0.24	0.10	2.40*	100

** $p<.001$, * $p<.05$, $^{\circ}p<.1$ (2-tailed)

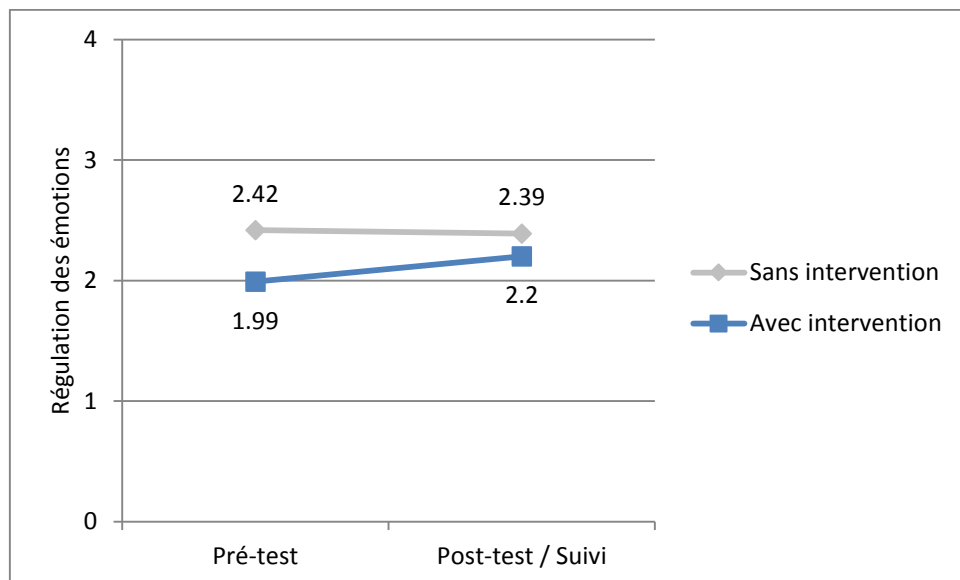


Figure 21 : Evolution des trajectoires sur REGEMO des groupes expérimental et contrôle

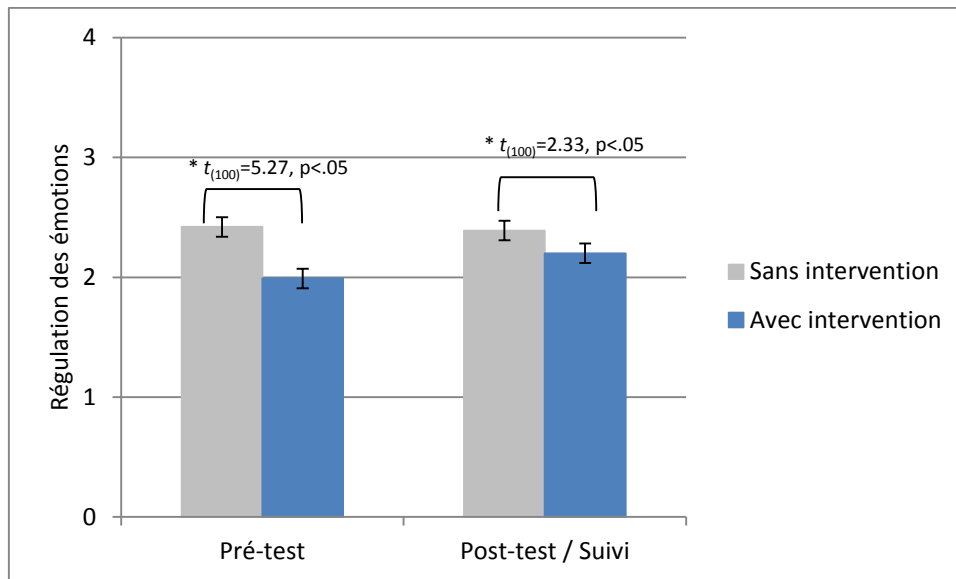


Figure 22 : Différences entre conditions groupales lors du pré-test et du post-test/suivi

Les analyses multi-variées confirment également notre hypothèse 6c, stipulant un effet statistiquement significatif du facteur d'interaction « Temps x Groupe » dans la troisième cohorte ($F_{(1,33)}=9.50$, $p=.004$). Soulignons également que le seul effet du facteur « Temps » est également significatif ($F_{(1,33)}=6.11$, $p=.02$).

L'ensemble de nos hypothèses relatives à la dimension « Régulation des émotions » sont alors confirmées. En effet, nous constatons une évolution significative de la trajectoire des groupes au bénéfice de notre intervention (hypothèse 6a) et une stabilité pour les groupes contrôles (hypothèse 6b). Le facteur « Temps x Groupe » est significatif, ce qui confirme également notre hypothèse 6c.

10.1.2. Les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle (en tant qu'états auto-observés)

Nous désirons évaluer l'impact de notre intervention sur le traitement affectif des participants auto-observé au quotidien. Pour ces mesures, nous retenons les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états (ou processus), évaluées à plusieurs reprises par jour par le DOE-

self-monitoring. L'évaluation ambulatoire a été effectuée au moyen d'un ordinateur de poche par les deux premières cohortes puis sous format papier-crayon par la dernière. Ainsi, nous présentons les données de la dernière cohorte uniquement et, étant donné que seuls les sujets bénéficiant de l'intervention ont eu pour tâche de s'auto-observer, nos analyses porteront sur tous les groupes de la troisième cohorte au moment de l'intervention (*i.e.* Groupes « Intervention » + Groupes anciennement « liste d'attente »). Comme les participants ont eu à compléter au total cinq carnets de bord (*i.e.* un par semaine) avec au moins deux enregistrements par jour, les analyses statistiques effectuées reposent sur cinq temps de mesure. Ainsi, chaque item composant le DOE-*self-monitoring* a été évalué sur la base de cinq moyennes individuelles regroupant les 14 observations hebdomadaires demandées. Le premier temps de mesure est utilisé comme ligne de base, étant donné qu'il suit le premier module où aucune dimension du modèle de l'Ouverture Emotionnelle n'est explicitement travaillée. Soulignons que la *compliance* des participants à l'utilisation du carnet de bord est satisfaisante. En effet, le taux de réponse moyen est de 92.05% et sur les 35 participants, seuls 10 n'avaient pas rempli au moins 60% des items d'un ou plusieurs carnets de bord. Un seul sujet a été exclu du groupe expérimental 2 (anciennement Groupe « liste d'attente ») en raison d'un nombre trop important de données manquantes (voir Pittet, 2011).

Afin de mettre en évidence l'impact de l'intervention sur les dimensions du modèle de l'Ouverture Emotionnelle entre la première et la cinquième semaine d'intervention, nous avons effectué une analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées pour les deux groupes pris ensemble. Ainsi, ces tests univariés nous permettent d'évaluer un facteur intra-sujet « Temps » pour chaque dimension *prise individuellement*. Les résultats de ces analyses indiquent des changements significatifs sur les dimensions « Perception des indicateurs corporels externes » (PEREXT ; $F_{(1,32)}=3.82$, $p=.006$), « Régulation d'un affect vers le haut » (REGEMO_up ; $F_{(1,32)}=2.74$, $p=.032$) ainsi qu'un changement tendanciellement significatif pour la « Perception des indicateurs corporels internes » (PERINT ; $F_{(1,32)}=2.04$, $p=.093$). Pour ces trois dimensions, les participants à l'intervention ont enregistré effectivement des valeurs plus élevées. Par contre, aucun changement significatif n'est observé sur les dimensions « Représentation cognitive et conceptuelle des états affectifs » (REPCOG ; $F_{(1,32)}=0.48$, $p=.754$), « Communication des états affectifs (COMEMO ; $F_{(1,32)}=0.060$, $p=.993$) et « Régulation des émotions vers le bas » (REGEMO_down ; $F_{(1,32)}=0.38$; $p=.822$). En outre, les changements de la dispersion des scores autour des moyennes individuelles sont statistiquement significatifs sur les dimensions

REPCOG ($F_{(1,32)}=10.25$; $p=.003$), PERINT ($F_{(1,32)}=4.78$, $p=.036$) et PEREXT ($F_{(1,32)}= 8.91$, $p=.005$). Ainsi, les participants ne connaissent pas uniquement des changements significatifs concernant les moyennes susmentionnées, mais observent également des variations moins marquées autour de leurs moyennes (Pittet, 2011).

L'hypothèse 7 portant sur l'attente de changements statistiquement significatifs sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états en bénéficiant de notre intervention est partiellement confirmée. En effet, notre intervention engendre des changements statistiquement significatifs sur les dimensions PERINT, PEREXT et REGEMO_up.

10.1.3. Des registres de stratégies de régulation des émotions

Nous souhaitons également vérifier l'impact de notre intervention sur les registres de stratégies de régulation des émotions issus du DOE-IT et sur lesquels nous avons travaillé en séance. Ces registres, dont on évalue la *fréquence d'utilisation* et l'*efficacité perçue* quant à leur usage, sont : la réévaluation (hypothèses 8a pour sa fréquence d'utilisation et 8b pour son efficacité), l'acceptation (respectivement hypothèses 9a et 9b), la détente mentale (respectivement hypothèses 10a et 10b) et la détente corporelle (hypothèses 11a et 11b). Etant donné que le DOE-IT s'intéresse autant à la régulation d'un *vécu affectif négatif* que *positif*, nous présentons les résultats relatifs à chaque registre selon les quatre perspectives suivantes : a) fréquence d'utilisation du registre pour gérer un vécu affectif négatif, b) efficacité perçue concernant son usage pour gérer un affect négatif, c) fréquence d'utilisation du registre pour gérer un affect positif et d) efficacité perçue quant à son usage pour gérer l'affect positif.

Le même modèle d'analyses multi-niveaux que pour les hypothèses précédentes a été retenu. Cependant, nos analyses portent sur la dernière cohorte uniquement. En outre, étant donné que les stratégies de régulation des émotions font uniquement l'objet de nos deux dernières séances groupales, nous avons opté pour une modélisation de nos données en postulant une évolution entre le pré-test et le post-test, mais également entre le post-test et le suivi. Plus précisément, l'équation suivante est testée pour chaque dimension, où nous retrouvons les deux niveaux avec leur prédicteur (« INTERV » et « TEMPS ») et le postulat d'une constante et d'une pente aléatoires.

Équation 2 : Equation des analyses multi-niveaux portant sur le registre « Réévaluation » du DOE-IT

Level-1 Model $REEVAL_{ii} = \pi_{0i} + \pi_{1i}*(TEMPS_{ii}) + e_{ii}$	Level-2 Model $\pi_{0i} = \beta_{00} + \beta_{01}*(INTERV_i) + r_{0i}$ $\pi_{1i} = \beta_{10} + \beta_{11}*(INTERV_i) + r_{1i}$
Mixed Model $REEVAL_{ii} = \beta_{00} + \beta_{01}*INTERV_i + \beta_{10}*TEMPS_{ii} + \beta_{11}*INTERV_i*TEMPS_{ii} + r_{0i} + r_{1i}*TEMPS_{ii} + e_{ii}$	

Avant de répondre aux différentes hypothèses, nous souhaitons présenter les moyennes et les écart-types sur les dimensions du DOE-IT travaillées dans nos modules.

Tableau 18 : Moyennes et écart-types des dimensions du DOE-IT travaillées en séance

	Groupe « Intervention » (N=18)	Groupe « Liste d'attente » (N=17)		Groupe « Intervention » (N=18)	Groupe « Liste d'attente » (N=17)
Accepter Situation			Détente mentale		
Fréq._Vécu pos._pré	2.98 (0.67)	3.29 (0.58)	Fréq._Vécu pos._pré	1.58 (0.41)	1.67 (0.71)
Fréq._Vécu pos._post	2.98 (0.71)	3.06 (0.60)	Fréq._Vécu pos._post	1.66 (0.44)	1.92 (0.88)
Fréq._Vécu pos._suivi	2.92 (1.11)	3.16 (0.66)	Fréq._Vécu pos._suivi	1.55 (0.74)	1.75 (0.76)
Accepter Situation			Détente mentale		
Eff._Vécu pos._pré	3.00 (0.91)	3.43 (0.57)	Eff._Vécu pos._pré	2.54 (0.74)	2.37 (0.69)
Eff._Vécu pos._post	3.26 (0.53)	3.31 (0.63)	Eff._Vécu pos._post	2.81 (0.69)	2.64 (0.82)
Eff._Vécu pos._suivi	3.29 (0.85)	3.12 (0.73)	Eff._Vécu pos._suivi	2.59 (0.79)	2.33 (0.89)
Accepter Situation			Détente mentale		
Fréq._Vécu nég._pré	2.04 (0.60)	2.65 (0.51)	Fréq._Vécu nég._pré	1.38 (0.54)	1.71 (1.10)
Fréq._Vécu nég._post	2.30 (0.70)	2.84 (0.41)	Fréq._Vécu nég._post	1.41 (0.52)	1.86 (0.84)
Fréq._Vécu nég._suivi	2.53 (0.68)	2.71 (0.61)	Fréq._Vécu nég._suivi	1.80 (0.68)	1.74 (0.68)
Accepter Situation			Détente mentale		
Eff._Vécu nég._pré	2.33 (0.82)	2.71 (0.67)	Eff._Vécu nég._pré	2.21 (0.90)	2.13 (0.73)
Eff._Vécu nég._post	2.61 (0.94)	2.88 (0.56)	Eff._Vécu nég._post	2.58 (0.66)	2.58 (0.61)
Eff._Vécu nég._suivi	2.92 (0.56)	2.92 (0.61)	Eff._Vécu nég._suivi	2.70 (0.73)	2.46 (0.96)
Réévaluation			Détente corporelle		
Fréq._Vécu pos._pré	3.07 (0.87)	3.01 (0.58)	Fréq._Vécu pos._pré	1.67 (0.65)	1.52 (1.08)
Fréq._Vécu pos._post	2.92 (0.73)	2.76 (0.65)	Fréq._Vécu pos._post	1.88 (0.65)	1.82 (0.82)
Fréq._Vécu pos._suivi	2.57 (1.13)	2.75 (0.65)	Fréq._Vécu pos._suivi	1.89 (0.94)	1.75 (0.91)
Réévaluation			Détente corporelle		
Eff._Vécu pos._pré	2.96 (0.91)	3.22 (0.53)	Eff._Vécu pos._pré	2.46 (0.81)	2.27 (0.95)
Eff._Vécu pos._post	3.11 (0.60)	3.09 (0.69)	Eff._Vécu pos._post	2.81 (0.59)	2.44 (0.87)
Eff._Vécu pos._suivi	3.16 (0.82)	3.04 (0.67)	Eff._Vécu pos._suivi	2.72 (0.97)	2.21 (1.02)
Réévaluation			Détente corporelle		
Fréq._Vécu nég._pré	2.63 (0.64)	2.57 (0.73)	Fréq._Vécu nég._pré	2.26 (0.62)	1.73 (0.92)
Fréq._Vécu nég._post	2.50 (0.81)	2.51 (0.75)	Fréq._Vécu nég._post	2.14 (0.75)	2.34 (0.74)
Fréq._Vécu nég._suivi	2.72 (0.81)	2.63 (0.85)	Fréq._Vécu nég._suivi	2.44 (0.68)	2.34 (0.68)
Réévaluation			Détente corporelle		
Eff._Vécu nég._pré	2.90 (0.67)	2.84 (0.64)	Eff._Vécu nég._pré	2.72 (0.79)	2.34 (0.90)
Eff._Vécu nég._post	2.86 (0.76)	2.82 (0.89)	Eff._Vécu nég._post	2.79 (0.56)	2.75 (0.77)
Eff._Vécu nég._suivi	3.13 (0.74)	3.03 (0.85)	Eff._Vécu nég._suivi	3.06 (0.57)	2.81 (0.80)

Hypothèses portant sur l'usage et l'efficacité perçue de la réévaluation (hypothèses 8a et 8b)

Bien que les participants à notre intervention n'utilisent pas significativement de plus en plus la réévaluation pour faire face à un vécu affectif négatif entre les différents points de mesure (t -ratio=0.60, $p=0.56$) que ceux qui ne bénéficient pas du programme, qui eux demeurent stables (t -ratio= -1.08, $p=0.29$), ils l'évaluent néanmoins comme étant de plus en plus efficace (t -ratio=1.83, $p=0.076$). En effet, nous pouvons observer une évolution de la trajectoire tendancielle significative entre les trois points de mesure sur cette dimension, alors qu'elle demeure stable pour les sujets contrôles (t -ratio= -1.44, $p=0.16$). Ainsi, la participation au programme semble accroître la différence entre les conditions groupales sur ce registre, en la rendant même statistiquement significative lors du suivi, alors qu'elle ne l'était pas lors du pré-test et du post-test (voir figure 25).

Tableau 19 : Résultats portant sur l'usage de la réévaluation pour gérer un affect négatif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.60	0.18	14.45**	33
INTERV, β_{01}	-0.02	0.23	-0.07	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.05	0.05	-1.08	33
INTERV, β_{11}	0.06	0.10	0.60	33

** $p < .001$, * $p < .05$, $^{\circ}p < .1$ (2-tailed)

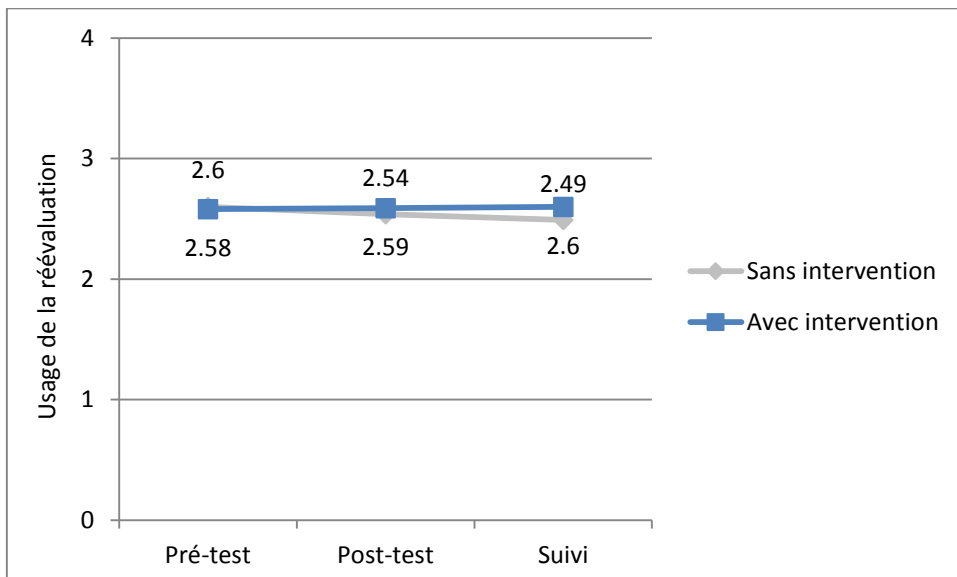


Figure 23 : Evolution des trajectoires des deux conditions groupales entre le pré-test et le suivi concernant l'usage de la réévaluation pour gérer un affect négatif

Tableau 20 : Résultats portant sur l'efficacité de la réévaluation pour gérer un affect négatif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.94	0.14	21.64**	33
INTERV, β_{01}	-0.08	0.20	-0.41	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.10	0.07	-1.44	33
INTERV, β_{11}	0.19	0.10	1.83°	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

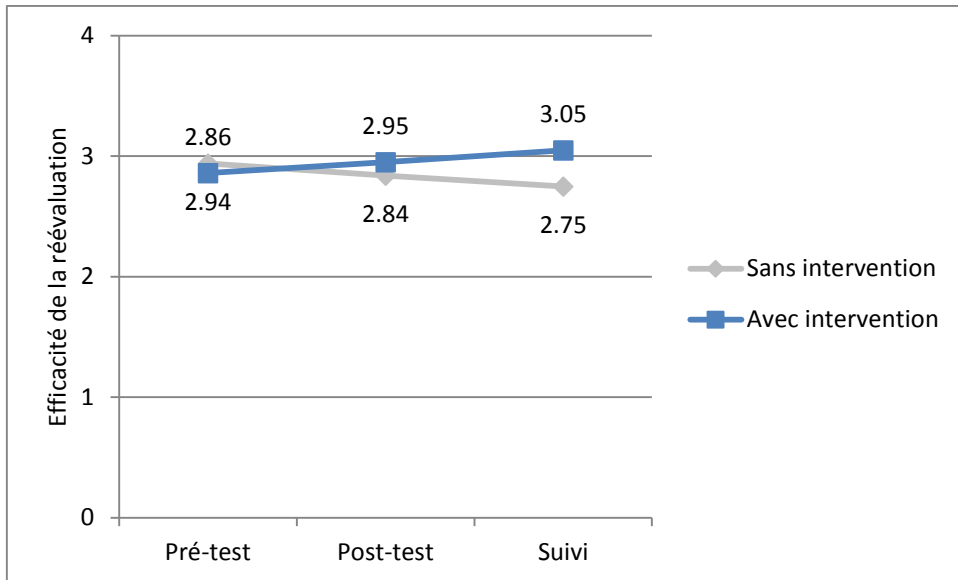


Figure 24 : Evolution des trajectoires des deux conditions groupales entre le pré-test et le suivi concernant l'efficacité de la réévaluation pour gérer un affect négatif

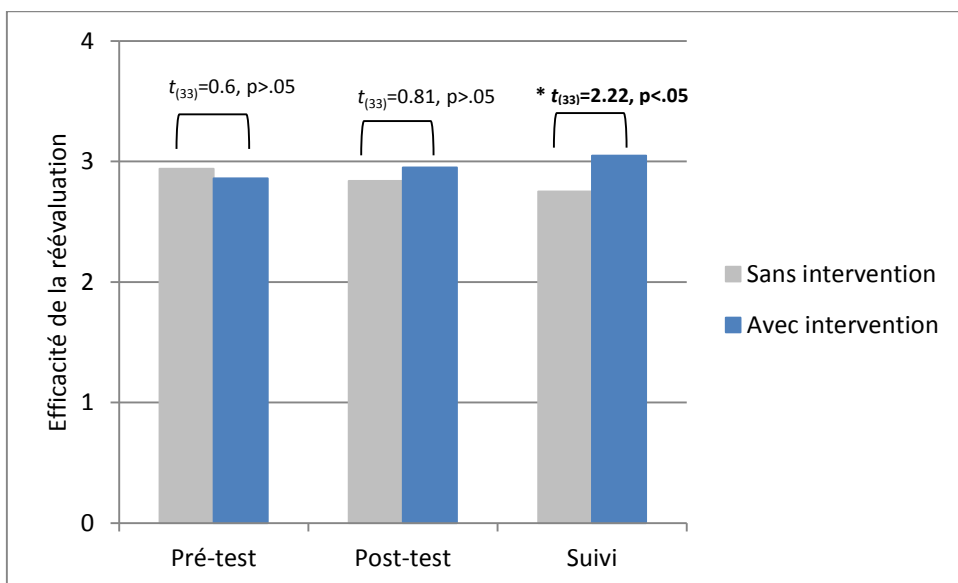


Figure 25 : Différences quant à l'efficacité de la réévaluation pour gérer un affect négatif entre conditions groupales aux trois points de mesure

Concernant la trajectoire des groupes expérimentaux relative à leur *utilisation* de la réévaluation pour gérer un *affect positif*, elle ne diffère également pas de manière statistiquement significative de celle des groupes contrôles (t -ratio=-0.62, $p=0.54$), indiquant l'absence d'évolution des groupes qui bénéficient de l'intervention entre le pré-test et le suivi sur cette dimension. Par contre, nous observons que la trajectoire des groupes contrôles diffère de manière statistiquement significative de la stabilité (t -ratio=-2.53, $p=0.016$), indiquant une diminution significative de la fréquence d'utilisation de cette stratégie entre les trois points de mesure. En ce qui concerne la trajectoire relative à l'*efficacité perçue* de la réévaluation pour gérer un *vécu positif*, celle des groupes avec intervention évolue de manière tendanciellement significative entre les trois points de mesure (t -ratio=1.86, $p=0.07$). Cependant, celle pour les groupes sans intervention diffère également de manière statistiquement significative de la stabilité (t -ratio=-2.10, $p=0.043$), mais dans le sens inverse. En effet, tandis que les groupes qui ont bénéficié de notre programme perçoivent de plus en plus efficacement l'usage de cette technique entre le pré-test et le suivi, les groupes sans intervention la perçoivent comme étant de moins en moins efficace. Ainsi, les deux conditions groupales diffèrent significativement lors du pré-test et du suivi, tel que représenté dans la figure 28. Les trajectoires des groupes avec ou sans intervention portant sur cette dimension sont représentées ci-dessous

Tableau 21 : Résultats portant sur l'usage de la réévaluation pour gérer un affect positif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	3.01	0.12	24.60**	33
INTERV, β_{01}	0.11	0.22	0.51	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.20	0.08	-2.53*	33
INTERV, β_{11}	-0.10	0.16	-0.62	33

** $p < .001$, * $p < .05$, $^{\circ}p < .1$ (2-tailed)

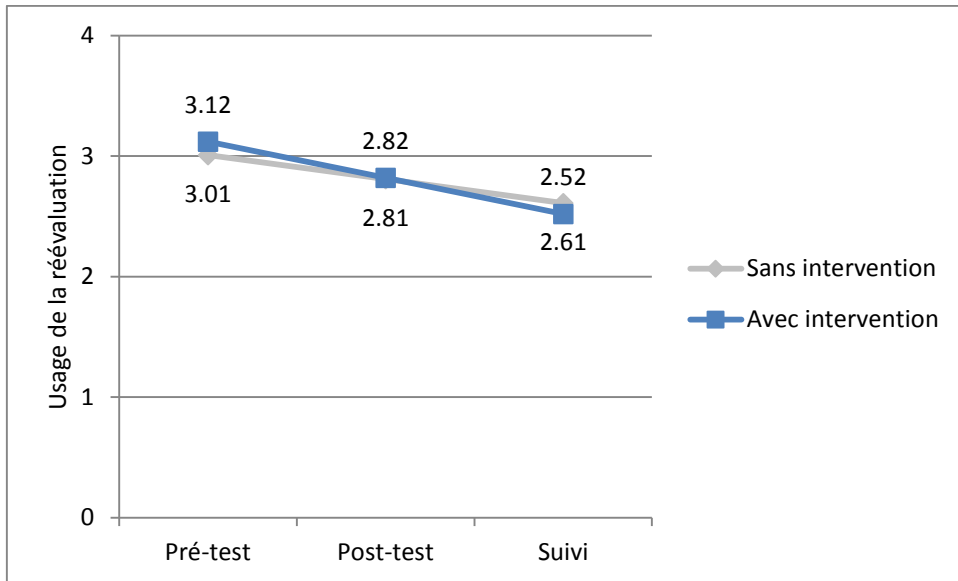


Figure 26 : Evolution des trajectoires entre les points de mesure de l'usage de la réévaluation pour gérer un affect positif

Tableau 22 : Résultats portant sur l'efficacité de la réévaluation pour gérer un affect positif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	3.18	0.10	31.43**	33
INTERV, β_{01}	-0.20	0.21	-0.98	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.14	0.07	-2.10*	33
INTERV, β_{11}	0.22	0.12	1.86°	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

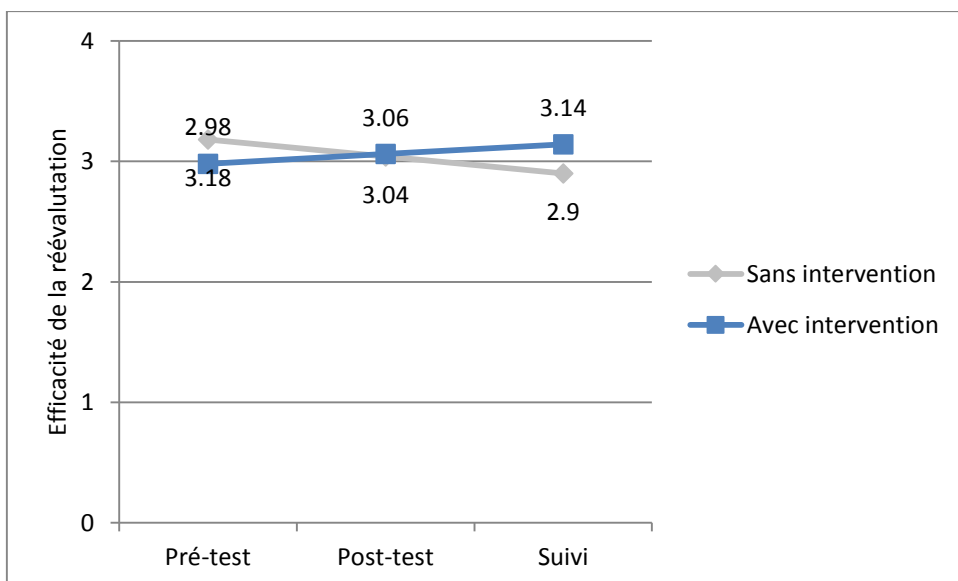


Figure 27 : Evolution des trajectoires relatives à l'efficacité de la réévaluation pour gérer un affect positif

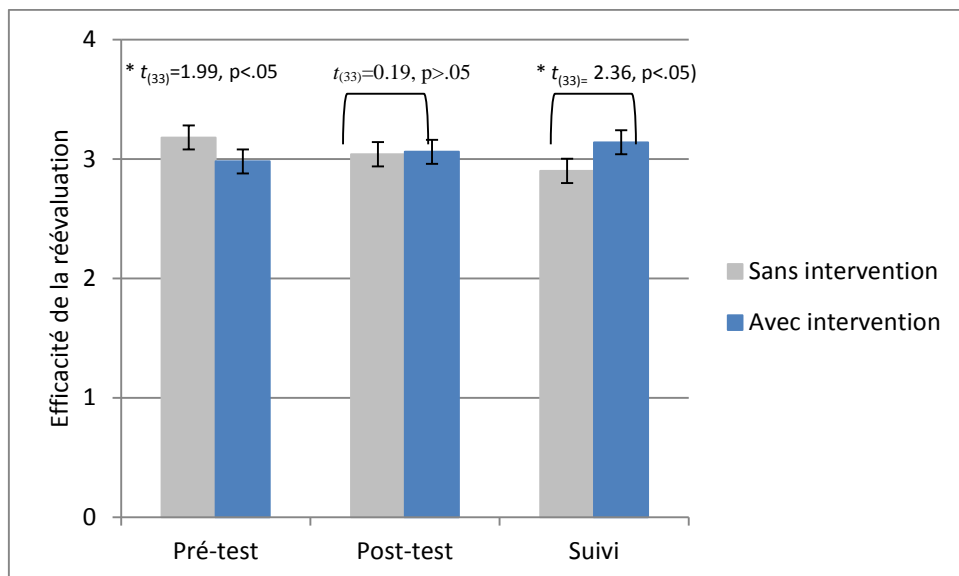


Figure 28 : Différences entre conditions groupales aux différents temps de mesure pour l'efficacité de la « réévaluation » face à une émotion positive

Les résultats susmentionnés *infirment* l'hypothèse 8a, portant sur un impact statistiquement significatif de notre intervention sur la trajectoire relative à l'*usage* de la réévaluation pour gérer un *affect positif* et *négatif* dans les groupes bénéficiant de notre programme entre le pré-test et le suivi. Cependant, ils *confirment* l'hypothèse 8b portant sur l'*efficacité perçue* de la réévaluation pour gérer un vécu *affectif positif* et *négatif* dans les groupes qui ont suivi notre programme. Les trajectoires des groupes contrôles, quant à elles, ne se différencient pas de manière statistiquement significative de la stabilité, excepté celles relatives à l'usage et à l'efficacité perçue de la réévaluation pour gérer une émotion positive. En effet, toutes deux diminuent significativement entre les trois points de mesure.

Hypothèses portant sur la stratégie de l'acceptation (hypothèses 9a et 9b)

La deuxième stratégie cognitive ciblée explicitement par notre programme est l'acceptation de la situation. En ce qui concerne l'*usage* de cette technique face à un *vécu négatif*, la trajectoire des groupes expérimentaux augmente de manière statistiquement significative entre les trois points de mesure comparativement à celle des groupes contrôles (t -ratio= 2.76, $p=0.009$), qui elle reste stable (t -ratio=-0.29, $p= 0.77$). Ces résultats vont dans le sens de nos attentes, à savoir que les groupes avec intervention augmentent leur score sur cette dimension, alors que les groupes contrôles demeurent stables entre les différents points de mesure. Il est à noter que la

constante des deux conditions groupales diffère de manière statistiquement significative au moment du pré-test. En effet, les sujets qui participent à notre programme d'intervention évaluent l'usage de l'acceptation plus faiblement que les sujets contrôles ($\beta_{00}=2.72$, $\beta_{01}= 2.04$, $t\text{-ratio}=-4$, $p<0.001$). Cette différence n'est plus statistiquement significative lors du suivi ($t_{(33)}=1.16$, $p>.05$), indiquant que la participation au programme a permis au groupe expérimental de se rapprocher du groupe contrôle, tel que nous pouvons le constater dans la figure 30.

Tableau 23 : Résultats portant sur l'usage de l'acceptation pour la gestion d'un affect négatif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.72	0.10	27.01**	33
INTERV, β_{01}	-0.68	0.17	-4.00**	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.02	0.07	-0.29	33
INTERV, β_{11}	0.28	0.10	2.76*	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

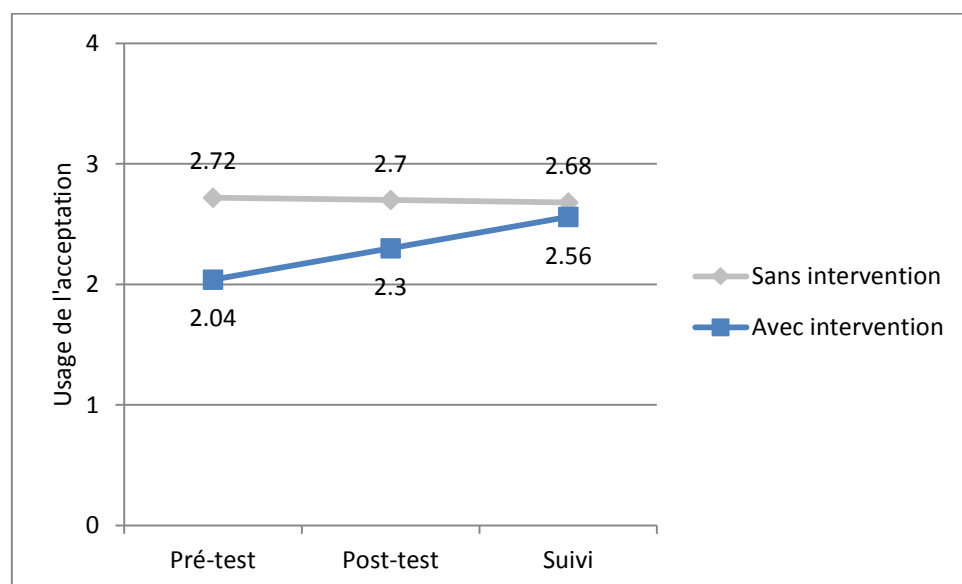


Figure 29 : Evolution des trajectoires portant sur l'usage de l'acceptation pour gérer un affect négatif

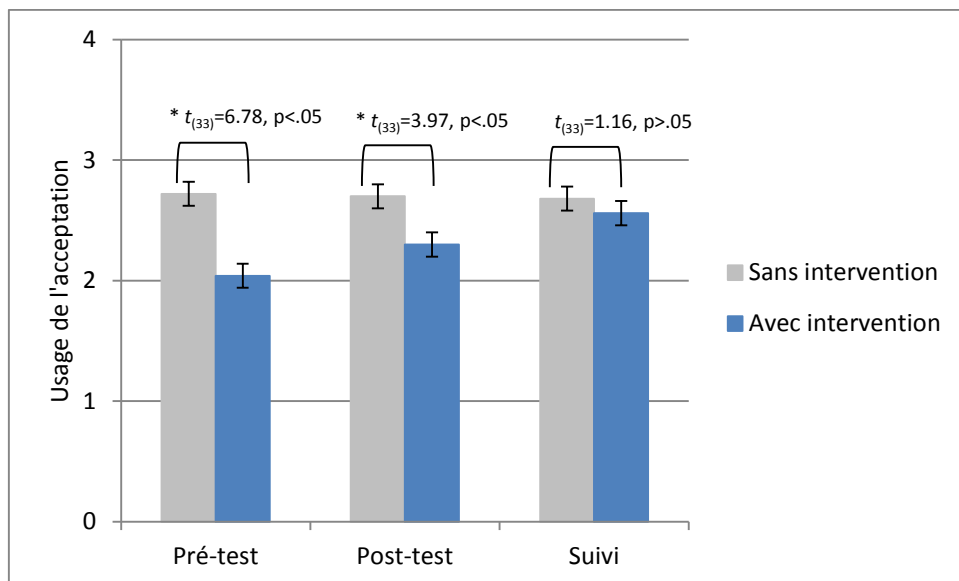


Figure 30 : Différences entre le groupe contrôle et le groupe expérimental sur leur usage de l'acceptation pour gérer un affect négatif

Concernant l'*efficacité perçue* quant à l'usage de l'acceptation pour gérer un *affect négatif*, la trajectoire des groupes expérimentaux, bien que croissante sur le plan descriptif, ne se distingue pas de manière statistiquement significative (t -ratio= 1.39, $p=0.17$) de celle des groupes contrôles, qui elle demeure stable entre les points de mesure (t -ratio=1.07, $p=0.29$). Cependant, il convient de relever que les constantes des deux conditions groupales diffèrent de manière tendanciellement significative lors du pré-test ($\beta_{00}=2.71$, $\beta_{01}=2.33$, t -ratio=-1.52, $p=0.1$). Ainsi, les participants à l'intervention évaluent l'efficacité de l'acceptation comme étant plus basse au pré-test, mais leur participation au programme permet de supprimer cette différence tendanciellement significative au post-test ($t_{(33)}=1.27$, $p>.05$) et au suivi ($t_{(33)}=0.02$, $p>.05$). En conséquence, au moment des deux derniers points de mesure, ils l'évaluent plus efficacement que les sujets contrôles (bien que cette différence ne soit pas significative).

Tableau 24 : Résultats portant sur l'efficacité de l'acceptation pour gérer un affect négatif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.71	0.14	19.03***	33
INTERV, β_{01}	-0.38	0.25	-1.52°	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	0.10	0.09	1.07	33
INTERV, β_{11}	0.20	0.14	1.39	33

*** $p<.001$, ** $p<.05$, ° $p<.1$ (2-tailed)

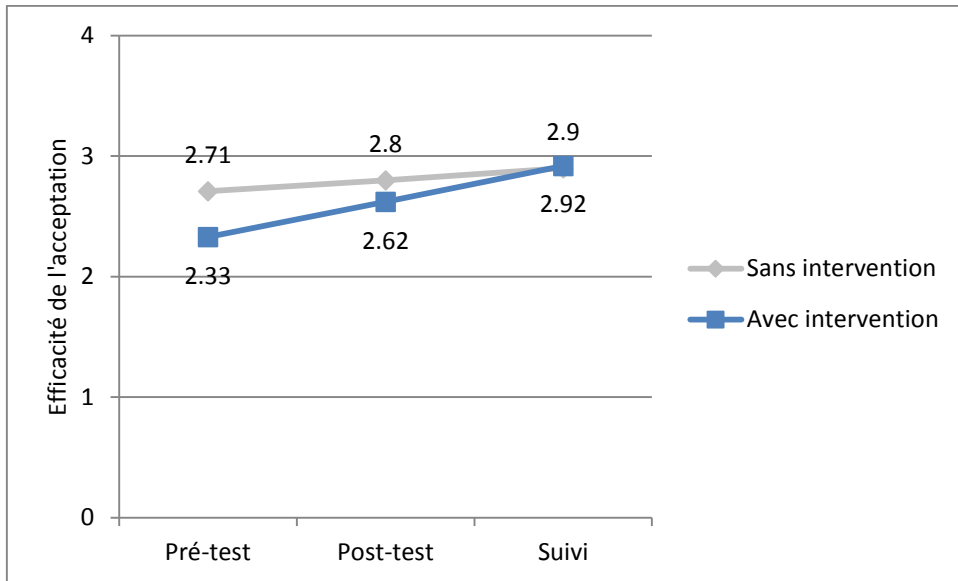


Figure 31 : Evolution des trajectoires relatives à l'efficacité perçue quant à l'usage de l'acceptation face à un affect négatif

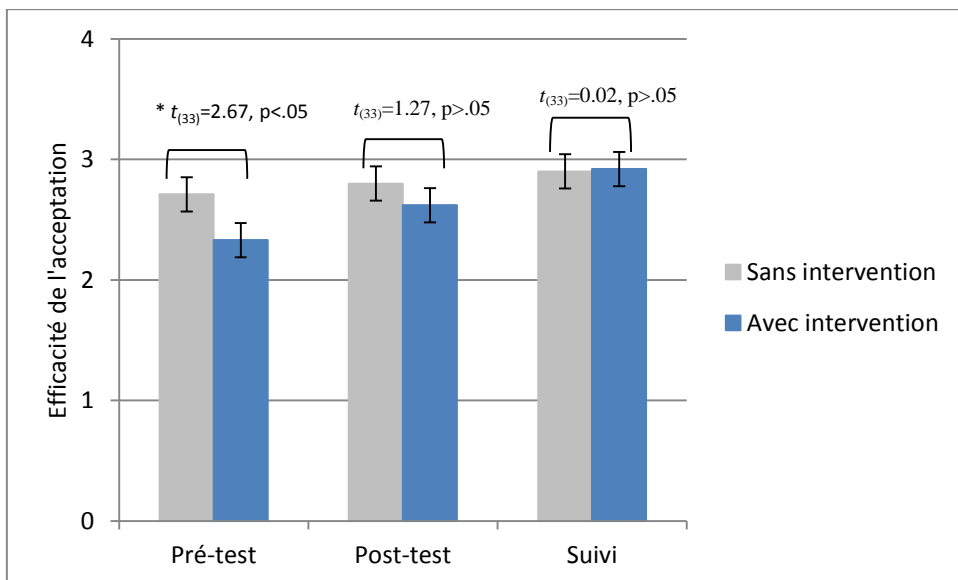


Figure 32 : Différences entre conditions groupales sur l'efficacité de l'acceptation face à un affect négatif

Concernant l'utilisation de l'acceptation face à un vécu positif, nous constatons que la trajectoire des groupes avec intervention ne diffère pas de manière statistiquement significative de celle des groupes sans intervention (t -ratio=0.37, $p=0.71$). Par contre, celle-ci se distingue de manière tendancielle de la stabilité (t -ratio=-1.95, $p=0.06$) dans le sens d'une diminution de l'usage de cette technique entre les points de mesure. En revanche, la trajectoire des groupes expérimentaux relative à l'efficacité perçue se différencie de manière tendanciellement significative de celle des groupes contrôles (t -ratio=1.94, $p=0.06$), soulignant que les sujets qui

ont bénéficié de l'intervention perçoivent cette technique comme étant davantage bénéfique au fil du temps. Quant à la trajectoire des groupes contrôles, elle se démarque de manière tendanciellement significative de la stabilité, dans le sens d'une diminution (t -ratio=-1.89, $p=0.07$). En effet, les sujets contrôles disent utiliser de moins en moins cette technique entre les différents points de mesure. Finalement, nous pouvons relever qu'au moment du pré-test, la constante de la condition expérimentale diffère tendanciellement de celle de la condition contrôle (t -ratio=1.71, $p=0.096$) ; ce qui signifie qu'avant l'intervention, les participants évaluent cette technique comme étant moins efficace que les sujets contrôles.

Tableau 25 : Résultats portant sur l'usage de l'acceptation face à un état affect positif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	3.26	0.12	28.31**	33
INTERV, β_{01}	-0.27	0.19	-1.40	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.11	0.06	-1.95*	33
INTERV, β_{11}	0.06	0.15	0.37	33

** $p < .001$, * $p < .05$, ° $p < .1$ (2-tailed)

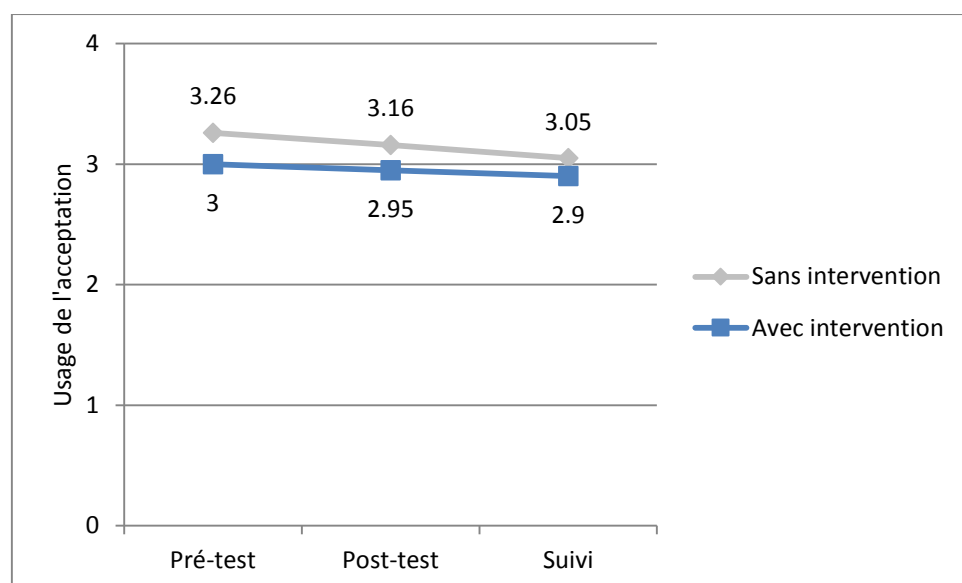


Figure 33 : Evolution des trajectoires relatives à l'usage de l'acceptation pour gérer un affect positif

Tableau 26 : Résultats relatifs à l'efficacité de l'acceptation pour la gestion d'un vécu affectif positif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	3.42	0.12	27.93**	33
INTERV, β_{01}	-0.38	0.22	-1.71°	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.11	0.06	-1.89°	33
INTERV, β_{11}	0.25	0.13	1.94°	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

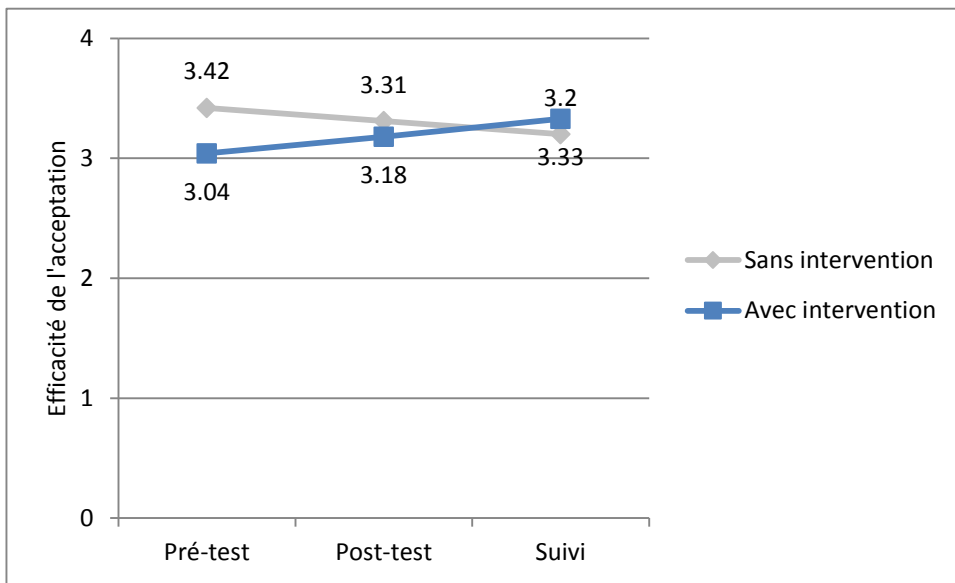


Figure 34 : Evolution de l'efficacité de l'acceptation pour gérer un vécu positif

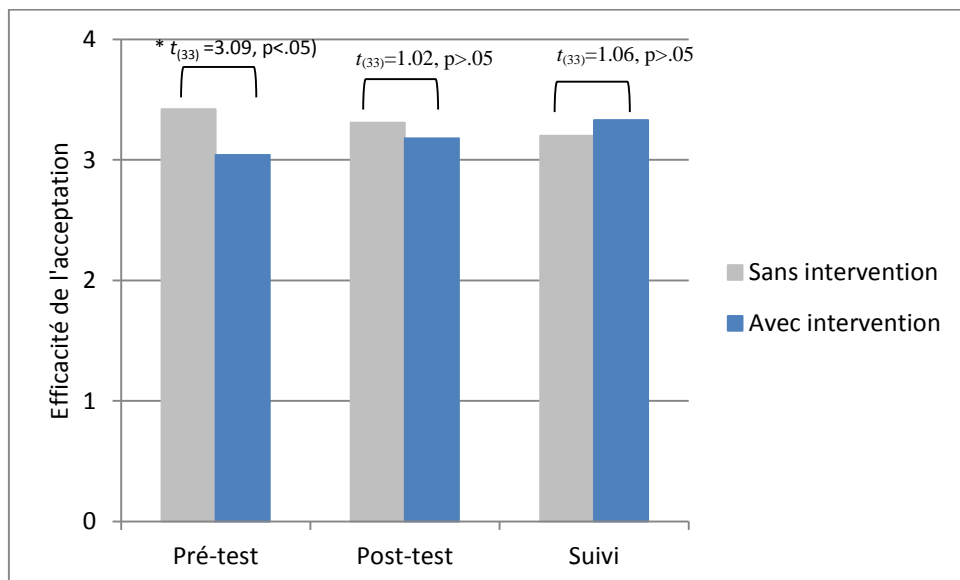


Figure 35 : Différences entre groupes concernant l'efficacité de l'acceptation pour gérer un affect positif

Au regard de ces analyses, nous pouvons partiellement confirmer l'hypothèse 9a. En effet, la trajectoire relative à l'*usage* de l'acceptation des groupes expérimentaux augmente significativement entre le pré-test et le suivi, comparativement à celle des groupes contrôles, mais uniquement pour la gestion de l'*affect négatif*. Quant à l'hypothèse 9b, portant sur l'impact de notre intervention et du temps sur l'*efficacité perçue* de cette technique, elle n'est également que partiellement confirmée ; la trajectoire des groupes expérimentaux n'évoluant pas significativement différemment de celle des groupes contrôles au regard de la gestion d'une *émotionnalité négative*. Par contre, l'*efficacité* perçue de cette même technique pour la gestion d'un *affect positif* augmente significativement entre les points de mesure, comparativement à ce qui est observé dans les groupes contrôles. Signalons encore que les hypothèses de stabilité dans les groupes contrôles sont confirmées, bien que nous observons une diminution tendancielle des trajectoires relatives à l'usage et à l'efficacité de l'acceptation face à un vécu affectif positif.

Hypothèses portant sur l'usage de la détente mentale et sur son efficacité perçue (hypothèses 10a et 10b)

L'*usage* de la détente mentale pour gérer un *affect négatif* augmente significativement entre le pré-test et le suivi dans les groupes qui ont participé à notre programme (t -ratio= 2.45, $p=0.02$), tandis qu'aucune évolution statistiquement significative n'est observée dans les groupes contrôles (t -ratio=-1.18, $p=0.25$), qui connaissent même une baisse de l'utilisation de cette technique au niveau descriptif. Précisons que les deux conditions groupales diffèrent tendanciellement lors du pré-test (t -ratio=-1.61, $p=0.1$), mais cette différence n'est plus significative lors du post-test ($t_{(33)}=0.34$, $p>.05$) et du suivi ($t_{(33)}=1.08$, $p>.05$). Ainsi, les groupes au bénéfice de l'intervention utilisent tendanciellement moins la détente mentale avant leur participation au programme que les sujets contrôles, mais davantage par la suite, bien que ces différences intergroupales au post-test et au suivi ne soient pas significatives.

Concernant la perception de l'*efficacité* de cette stratégie, la trajectoire relative aux groupes expérimentaux diffère significativement de celle des groupes contrôles (t -ratio= 2.66, $p=0.012$), qui elle demeure stable entre le pré-test et le suivi (t -ratio=-0.85, $p=0.4$). Comme postulé dans notre hypothèse, les groupes qui bénéficient de l'intervention évaluent la détente mentale comme étant plus efficace pour gérer un *vécu négatif* au fil du temps, alors que cela n'est pas

le cas pour les groupes contrôles. Les figures des deux pages suivantes illustrent les résultats sus-mentionnés.

Tableau 27 : Résultats portant sur l'usage de la détente mentale pour gérer un vécu affectif négatif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	1.74	0.24	7.36**	33
INTERV, β_{01}	-0.42	0.26	-1.61°	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.14	0.11	-1.18	33
INTERV, β_{11}	0.34	0.14	2.45*	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

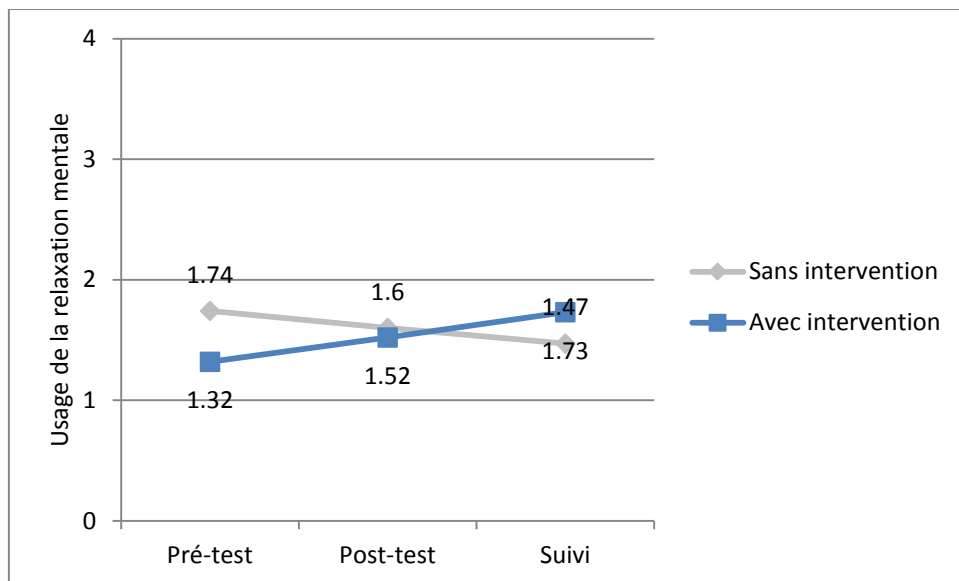


Figure 36 : Evolution des trajectoires pour l'usage de la relaxation mentale face à un affect négatif

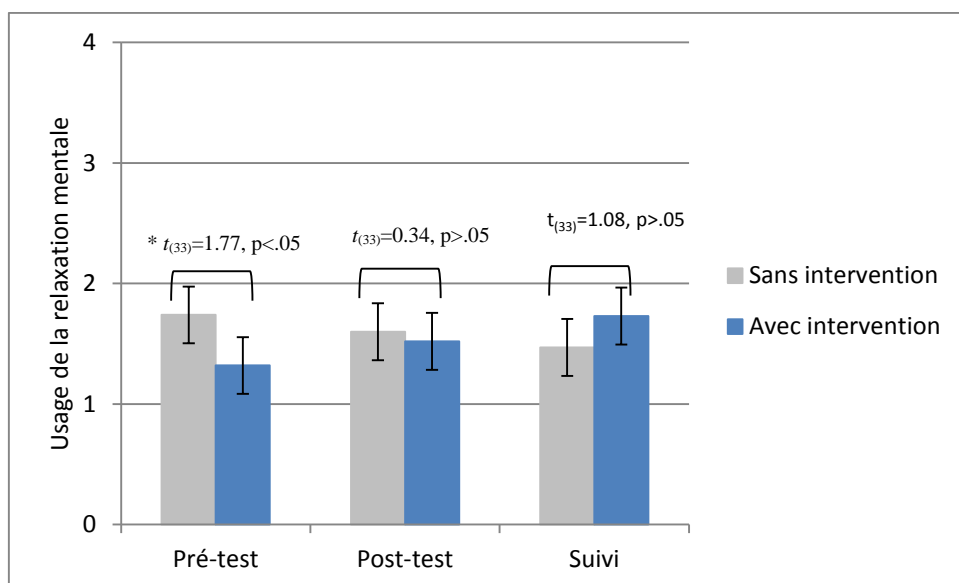


Figure 37 : Différences intergroupes sur l'usage de la relaxation mentale pour faire face à un vécu négatif

Tableau 28 : Résultats portant sur l'efficacité de la détente mentale pour gérer un affect négatif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0	2.18	0.17	13.09**	33
INTRCPT2, β_{00}	0.06	0.26	0.24	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.07	0.08	-0.85	33
INTERV, β_{11}	0.34	0.13	2.66**	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

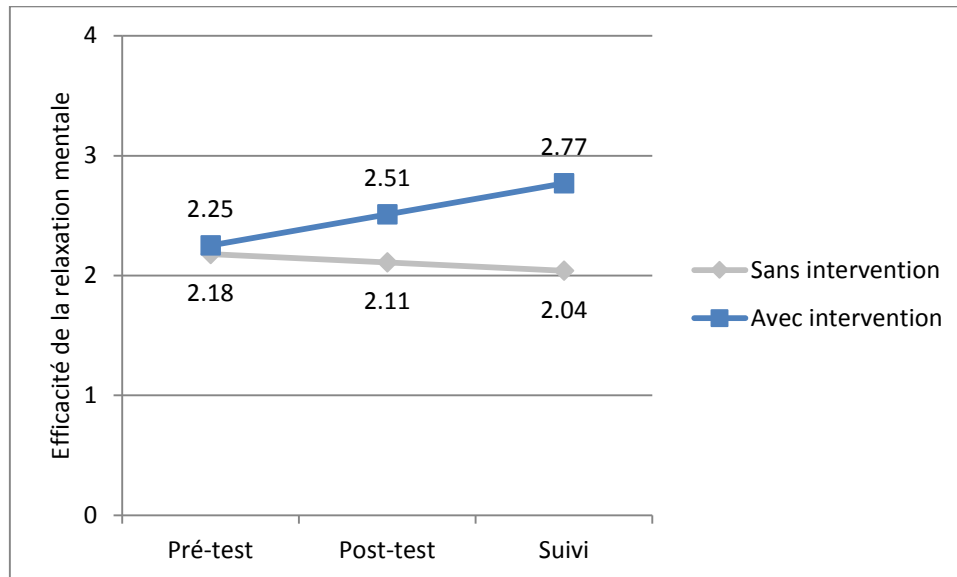


Figure 38 : Evolution des trajectoires entre points de mesure sur l'efficacité de la relaxation mentale face à un affect négatif

La fréquence d'*utilisation* de la détente mentale pour gérer un *affect positif* n'est par contre pas augmentée significativement par le fait de suivre notre programme. En effet, nos groupes expérimentaux n'utilisent pas significativement davantage cette technique entre le pré-test et le suivi (t -ratio=1.16, $p=0.26$). Cependant, les groupes contrôles l'utilisent significativement de moins en moins entre le pré-test et le suivi (t -ratio= -2.24, $p=0.032$). Des résultats similaires sont observés concernant l'*efficacité perçue* de cette stratégie. En effet, aucune évolution de la trajectoire représentant les groupes expérimentaux n'est observée comparativement à celle des groupes contrôles (t -ratio=1.32, $p=0.20$), qui elle diminue, mais de manière non significative (t -ratio= -1.58, $p=0.13$), tel que représenté dans les figures ci-dessous. Ainsi, tandis que les sujets des groupes contrôles tendent à évaluer l'efficacité de la détente mentale pour gérer un affect positif de plus en plus faiblement entre les points de mesure, ceux des groupes expérimentaux restent stables par rapport à cette évaluation.

Tableau 29 : Résultats portant sur l'usage de la détente mentale pour faire face à un affect positif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	1.73	0.16	10.56**	33
INTERV, β_{01}	-0.12	0.19	-1.65	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.15	0.07	-2.24*	33
INTERV, β_{11}	0.14	0.12	1.16	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

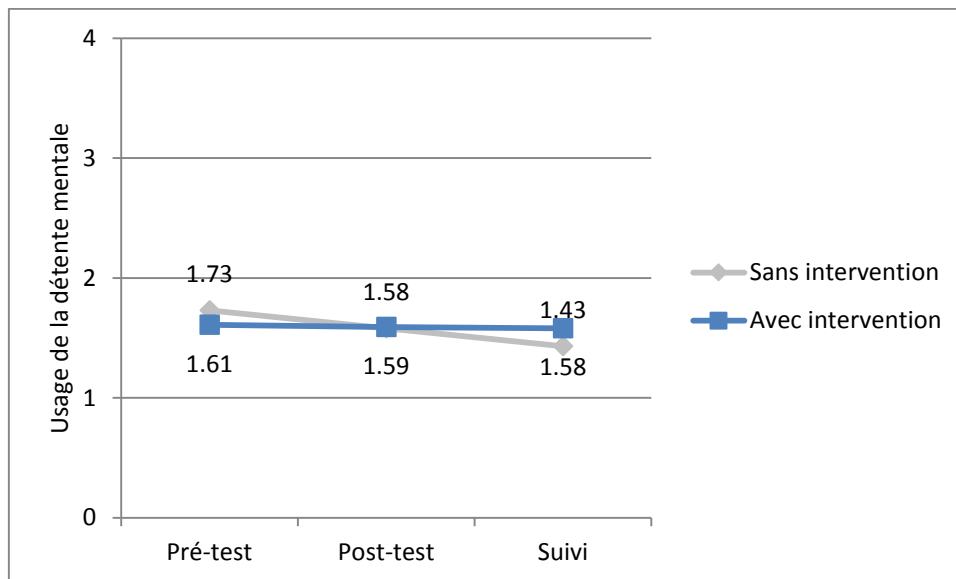


Figure 39 : Evolution des trajectoires concernant l'usage de la détente mentale face à un affect positif

Tableau 30 : Résultats portant sur l'efficacité perçue de la détente mentale pour la gestion d'un affect positif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.36	0.18	13.34**	33
INTERV, β_{01}	0.27	0.24	1.12	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.14	0.09	-1.58	33
INTERV, β_{11}	0.17	0.13	1.32	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

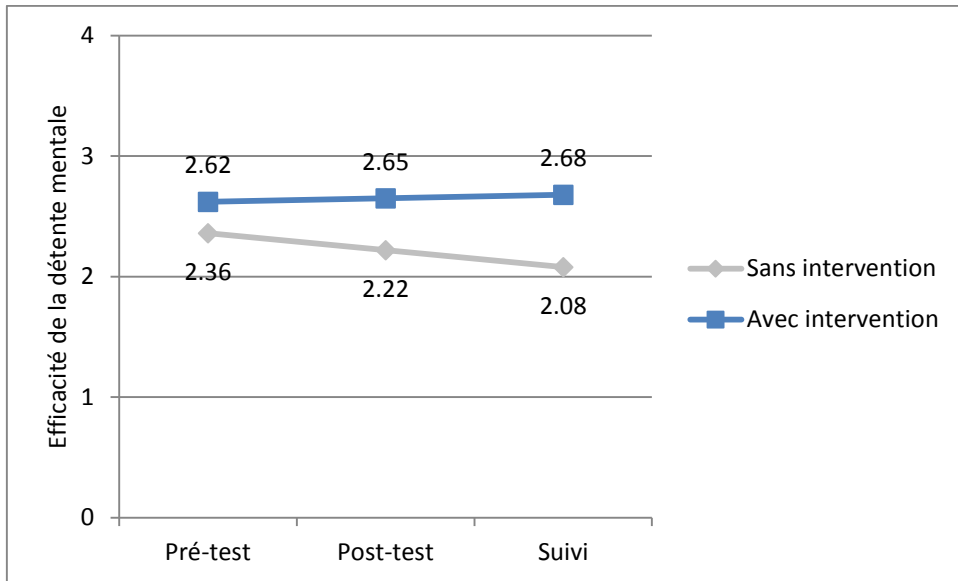


Figure 40 : Evolution des trajectoires pour l'efficacité de la détente mentale pour la gestion d'un vécu positif

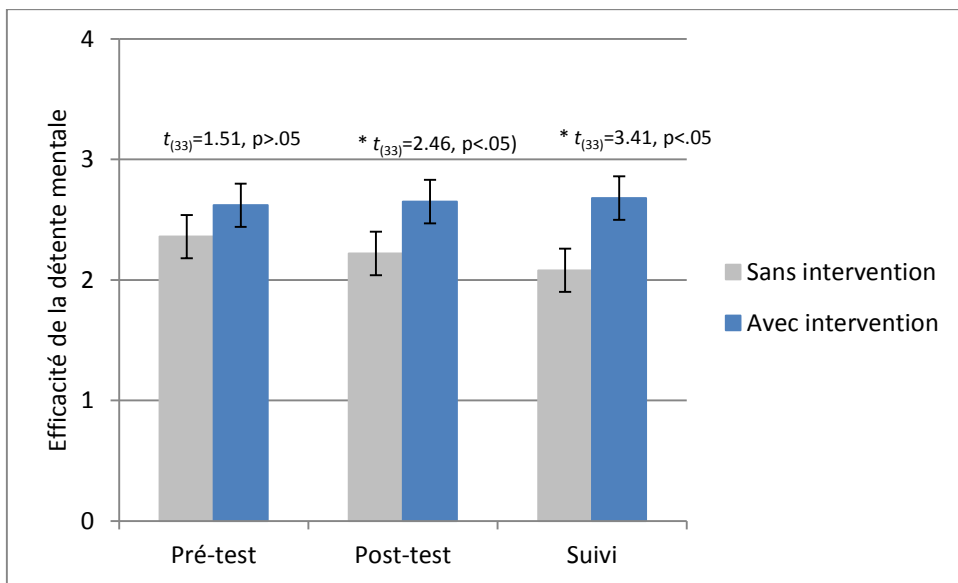


Figure 41 : Différence entre conditions groupales sur l'efficacité de la détente mentale face à un vécu positif

Par conséquent, les hypothèses 10a et 10b peuvent être partiellement confirmées. En effet, nous pouvons les confirmer en ce qui concerne l'usage et l'efficacité perçue de la détente mentale face à un vécu affectif négatif, mais pas en ce qui concerne l'usage et l'efficacité de ce même registre pour un affect positif. Concernant les hypothèses de stabilité relatives aux groupes contrôles, elles sont confirmées, sauf en ce qui concerne l'usage de la détente mentale pour

gérer une émotion positive. En effet, nous pouvons observer une diminution significative des scores sur cette dimension entre le pré-test et le suivi dans les groupes contrôles.

Hypothèses portant sur la détente corporelle (hypothèses 11a et 11b)

Finally, the last technique directly targeted in our sessions dedicated to strategies of emotion regulation is that of physical relaxation. The trajectory relative to the *utilisation* of this technique to manage a *vécu affectif négatif* of the groups of participants in the program does not evolve significantly differently from that of the control groups (t -ratio=0.68, $p=0.5$). On the contrary, as expected, this last one does not differ significantly from stability (t -ratio=-0.24, $p=0.81$). Equally going in the desired direction, the trajectory of the groups with intervention relative to the *efficacité perçue* of this strategy distinguishes itself from that of the groups without intervention, indicating an increase in perceived effectiveness by the participants in the program of physical relaxation between the pre-test and the follow-up (t -ratio=1.69, $p=0.1$), comparatively to the stability observed in the control groups (t -ratio=-0.79, $p=0.44$).

Tableau 31 : Résultats portant sur l'usage de la détente corporelle face à un vécu négatif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	1.79	0.23	7.88**	33
INTERV, β_{01}	0.41	0.27	1.53	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.02	0.10	-0.24	33
INTERV, β_{11}	0.08	0.12	0.68	33

** $p < .001$, * $p < .05$, $^{\circ}p < .1$ (2-tailed)

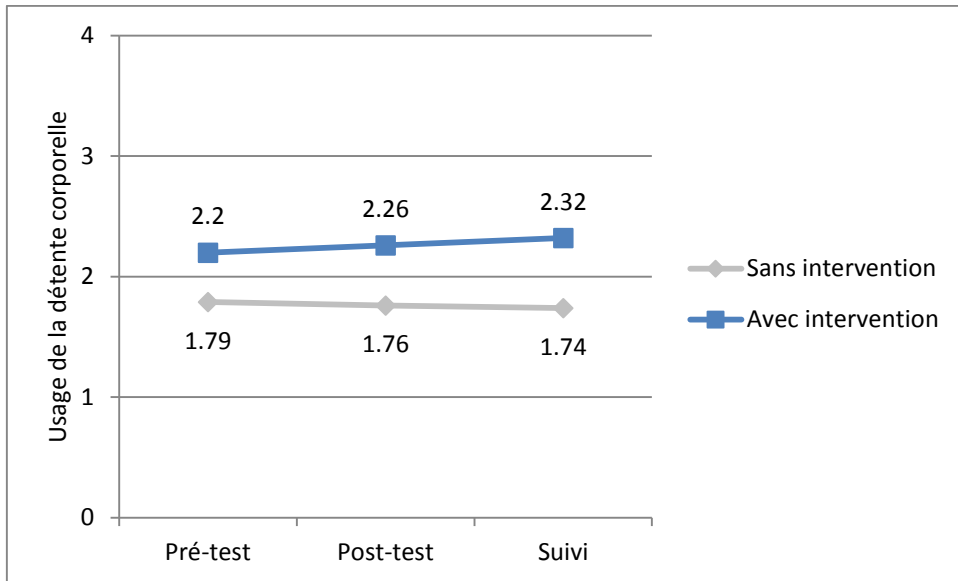


Figure 42 : Evolution des trajectoires portant sur l'usage de la détente corporelle pour la gestion d'un affect négatif

Tableau 32 : Résultats portant sur l'efficacité de la détente corporelle face à un affect négatif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.40	0.21	11.29**	33
INTERV, β_{01}	0.29	0.27	1.08	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.10	0.12	-0.79	33
INTERV, β_{11}	0.26	0.15	1.69°	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

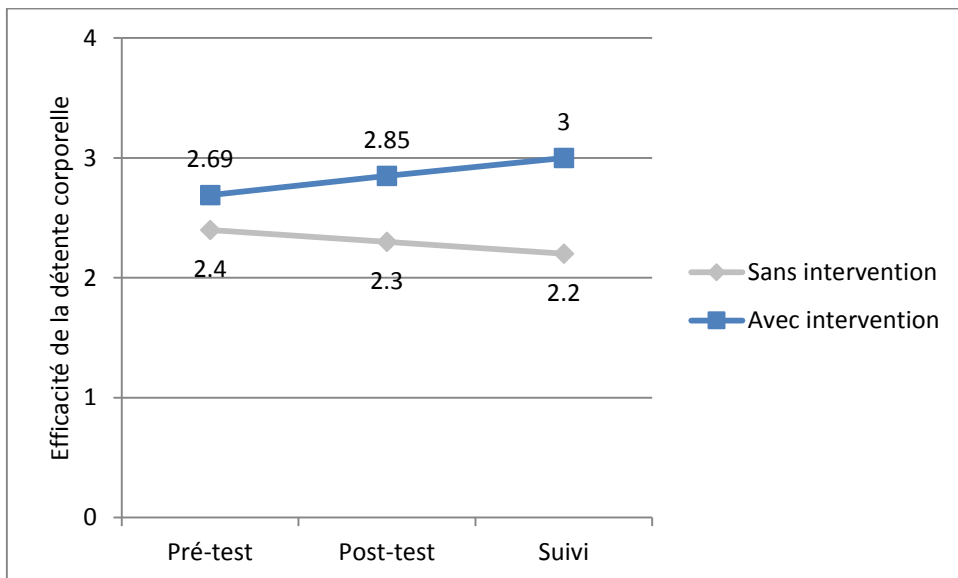


Figure 43 : Evolution des trajectoires de l'efficacité de la détente corporelle face à un vécu affectif négatif

Finalement, en ce qui concerne l'usage et l'efficacité perçue de cette même technique, mais pour gérer un affect positif, les résultats sont les suivants. La trajectoire des groupes avec intervention augmente tendanciuellement entre le pré-test et le suivi (t -ratio=1.98, $p=0.56$), comparativement à celle des groupes contrôles. Cependant, cette dernière connaît également une évolution tendancielle entre les points de mesure, mais dans le sens d'une diminution (t -ratio=-1.8, $p=0.08$). En ce qui concerne l'efficacité perçue de la détente corporelle, la trajectoire des groupes expérimentaux se distingue significativement de celle des groupes contrôles (t -ratio=2.61, $p=0.013$). Cette dernière évolue également de manière statistiquement significative entre les points de mesure, mais dans le sens d'une diminution. Les figures ci-dessous retracent les résultats mentionnés.

Tableau 33 : Résultats sur l'usage de la détente corporelle pour gérer un affect positif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	1.61	0.24	6.61**	33
INTERV, β_{01}	0.09	0.28	0.33	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.19	0.10	-1.80°	33
INTERV, β_{11}	0.29	0.14	1.98°	33

** $p < .001$, * $p < .05$, ° $p < .1$ (2-tailed)

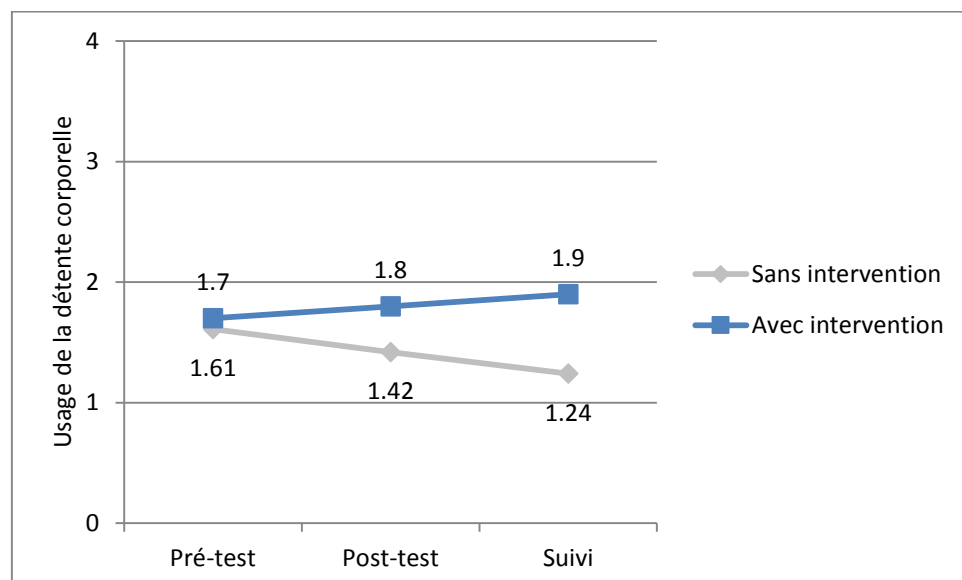


Figure 44 : Evolution de l'usage de la détente corporelle face à un vécu affectif positif

Tableau 34 : Efficacité perçue de la détente corporelle pour gérer un affect positif

Fixed Effect	Coef.	SE	t-ratio	Approx. d.f.
For INTRCPT1, π_0				
INTRCPT2, β_{00}	2.31	0.22	10.66**	33
INTERV, β_{01}	0.22	0.27	0.81	33
For Time slope, π_1				
INTRCPT2, β_{10}	-0.27	0.13	-2.13*	33
INTERV, β_{11}	0.42	0.16	2.61**	33

**p<.001, *p<.05, °p<.1 (2-tailed)

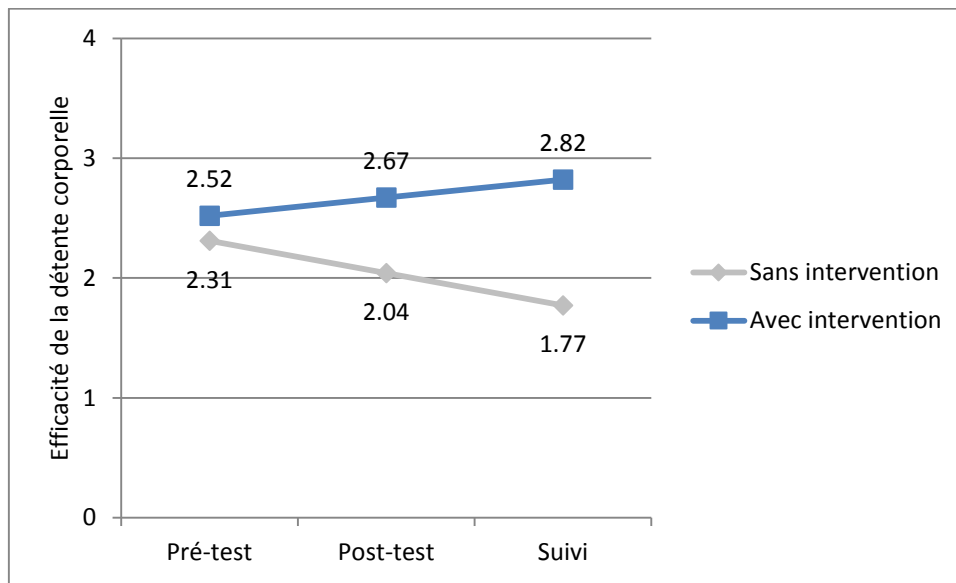


Figure 45 : Evolution des trajectoires portant sur l'efficacité de la détente corporelle pour gérer un affect positif

L'hypothèse 11a est partiellement confirmée. En effet, cette hypothèse sur l'effet du temps et de la participation ou non au programme sur la fréquence d'*utilisation* de la détente corporelle n'est pas confirmée pour le vécu *affectif négatif*. Par contre, un résultat tendanciel est observé pour la gestion de l'affectivité positive. Concernant l'hypothèse 11b, portant sur l'*efficacité perçue* de la technique susmentionnée, elle est confirmée à la fois pour la gestion du vécu *affectif positif* et *négatif*, bien que ce tout dernier résultat ne soit que tendanciellement significatif. Les hypothèses de stabilité sont partiellement confirmées. Bien que nous puissions effectivement observer une diminution des scores entre les points de mesure sur toutes les trajectoires relatives à la détente corporelle de la condition contrôle, elle n'est statistiquement significative que pour l'efficacité de la détente corporelle pour réguler un affect positif et tendancielle pour sa fréquence d'utilisation face à un affect positif.

Afin de synthétiser les principaux résultats, un tableau récapitulatif est présenté à la page suivante où l'on peut constater l'impact de la participation au programme et du temps sur les registres de stratégies de régulation des émotions issus du DOE-IT et travaillés en séance.

Rappelons que l'effet est statistiquement significatif pour l'utilisation de l'acceptation pour gérer un vécu affectif négatif, l'utilisation et l'efficacité perçue de la détente mentale pour la gestion d'un affect négatif et l'efficacité de la détente corporelle pour la gestion d'un affect positif.

En outre, des résultats tendanciellement significatifs sont observés sur l'efficacité de l'acceptation pour la gestion d'un vécu positif, l'efficacité de la réévaluation comme technique de régulation pour l'affectivité positive et négative, l'utilisation de la détente corporelle pour gérer une émotion positive et finalement, l'efficacité perçue de cette détente corporelle face à un vécu affectif négatif.

Tableau 35 : Synthèse des résultats relatifs aux registres de stratégies de régulation des émotions du DOE-IT travaillés en séance

Registres travaillés	t-ratio	Registres travaillés	t-ratio
Accepter Situation		Détente mentale	
Fréquence_Affect positif	0.37	Fréquence_Affect positif	1.16
Efficacité_Affect positif	1.94°	Efficacité_Affect positif	1.32
Fréquence_Affect négatif	2.76*	Fréquence_Affect négatif	2.45*
Efficacité_Affect négatif	1.39	Efficacité_Affect négatif	2.66*
Réévaluation		Détente corporelle	
Fréquence_Affect positif	-0.62	Fréquence_Affect positif	1.98°
Efficacité_Affect positif	1.86°	Efficacité_Affect positif	2.61*
Fréquence_Affect négatif	0.60	Fréquence_Affect négatif	0.68
Efficacité_Affect négatif	1.83°	Efficacité_Affect négatif	1.69°

Avant d'aborder les résultats portant sur la qualité de vie, nous souhaitons préciser que nous avons analysé l'effet du temps et de la participation ou non au programme sur les autres registres

du DOE-IT, à savoir les registres mentionnés et exemplifiés dans notre programme, mais qui n'ont pas fait l'objet d'un travail spécifique et ciblé. Les différents résultats sont présentés dans les annexes de ce travail (voir annexe 2A). L'effet de ces deux mêmes facteurs a également été observé sur certaines stratégies de régulation des émotions évaluées par le DERS, le CERQ et l'ERQ. Les résultats y relatifs sont également présentés dans l'annexe 2A, mais souhaitons uniquement mentionner que, bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs pour toutes les dimensions, nous pouvons observer, sur le plan descriptif, une évolution des scores allant dans le sens attendu pour toutes les dimensions des instruments susmentionnés dans les groupes ayant bénéficié de l'intervention, exceptées pour les dimensions « mise en perspective » et « rumination » du CERQ, sur lesquelles nous pouvons observer une très légère baisse des scores entre le pré-test et le suivi, et la « réévaluation » de l'ERQ qui demeure stable entre les points de mesure.

10.2. Résultats portant sur les dimensions du WHOQOL-Bref

La littérature indique des liens entre le traitement affectif et la qualité de vie. Notre deuxième hypothèse générale est alors la suivante :

Notre intervention influence-t-elle positivement la perception qu'ont les participants de leur qualité de vie ?

Pour répondre à cette question générale, nous avons évalué l'influence de notre intervention sur les dimensions du WHOQOL-Bref (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004) selon la même logique que pour les précédentes analyses, à savoir en considérant l'effet du temps (pré, post et suivi) au niveau intra-sujet et de la participation ou non au programme d'intervention au niveau inter-sujet. Etant donné que nous n'avons pas postulé que notre intervention puisse engendrer des effets sur les dimensions environnementale et sociale de la qualité de vie, nous avons uniquement ciblé les dimensions physique et psychologique de ce concept. Ainsi, nous avons postulé que la trajectoire de la dimension « psychologique » du WHOQOL-Bref des groupes avec intervention diffère de manière statistiquement significative de celle des groupes contrôles entre les différents points de mesure (hypothèse 12a). Nous pensons qu'il en va de même pour la dimension « physique » du WHOQOL-Bref (hypothèse 13a). A l'inverse, nous nous

attendons à n’observer aucune évolution des trajectoires relatives à ces mêmes dimensions dans les groupes qui n’ont pas bénéficié de l’intervention (hypothèses de stabilité 12b et 13b). Nous présentons premièrement les résultats issus des analyses multi-niveaux relatifs aux trois cohortes de participants prises ensemble, puis ceux portant uniquement sur la dernière cohorte, à savoir la partie entièrement expérimentale de notre recherche. Nous présentons au préalable le tableau des moyennes et écart-types des dimensions du WHOQOL-Bref des trois cohortes.

Tableau 36 : Moyennes et écart-types des dimensions du WHOQOL-Bref

	Gr. Exp. 1 (N=16)	Gr. Cont. 1 (N=15)	Gr. Exp. 2 (N=18)	Gr. Cont. 2 (N=18)	Gr. Exp. 3 (N=18)	Gr. Cont. 3 (N=17)	Gr. Exp. (N=52)	Gr. Cont. (N=50)
Physique_pré	15.82 (2.32)	17.41 (1.60)	16.10 (2.43)	16.70 (2.30)	16.67 (1.83)	17.31 (1.88)	16.21 (2.19)	17.12 (1.96)
Physique_post	15.96 (1.97)	17.45 (1.46)	16.41 (2.69)	16.94 (2.63)	16.70 (2.05)	17.38 (1.86)	16.37 (2.25)	17.25 (2.04)
Physique_suivi	15.29 (3.15)	17.31 (1.68)	16.80 (2.20)	17.29 (2.16)	16.27 (2.15)	17.75 (1.98)	16.18 (2.49)	17.46 (1.94)
Psychologique_pré	15.13 (2.25)	16.22 (1.74)	14.63 (2.91)	15.67 (2.66)	14.70 (1.85)	15.18 (2.56)	14.81 (2.35)	15.67 (2.37)
Psychologique_post	15.38 (1.88)	15.69 (1.15)	14.96 (2.20)	16.16 (2.61)	15.30 (2.03)	15.76 (2.77)	15.21 (2.01)	15.88 (2.29)
Psychologique_suivi	15.00 (3.81)	15.95 (1.51)	15.78 (1.95)	16.29 (2.46)	15.57 (1.86)	16.20 (2.50)	15.48 (2.51)	16.16 (2.19)
Social_pré	16.00 (1.38)	16.00 (2.36)	13.93 (4.30)	16.30 (2.53)	15.48 (2.43)	16.00 (3.86)	15.1 (3.08)	16.11 (2.95)
Social_post	16.75 (1.61)	16.27 (2.72)	15.70 (2.84)	16.47 (2.62)	16.15 (2.09)	16.24 (3.50)	16.18 (2.26)	16.33 (2.93)
Social_suivi	15.00 (5.28)	15.90 (1.92)	16.27 (2.68)	17.17 (2.17)	14.98 (2.03)	16.55 (3.20)	15.42 (3.37)	16.57 (2.53)
Environnemental_pré	15.72 (2.58)	16.43 (2.24)	16.19 (2.43)	16.94 (1.78)	16.94 (2.24)	17.65 (1.72)	16.31 (2.42)	17.03 (1.94)
Environnemental_post	16.03 (2.45)	16.47 (1.68)	16.64 (2.26)	17.09 (2.25)	17.14 (2.08)	17.47 (1.77)	16.63 (2.26)	17.03 (1.93)
Environnemental_suivi	14.71 (5.28)	16.36 (1.88)	17.27 (1.57)	17.44 (1.89)	16.76 (2.56)	18.00 (1.45)	16.38 (3.39)	17.32 (1.83)

Hypothèse 11a et 11b portant sur le bien-être psychologique du WHOQOL-Bref

Les résultats portant sur les 102 sujets de notre recherche n’indiquent aucune évolution statistiquement significative de la trajectoire des groupes avec intervention, comparativement à celle relative aux groupes contrôles (Coefficient $\beta_{11}=0.15$, t -ratio=0.70, $p=0.49$), qui elle évolue de manière tendancielle et positive entre le pré-test et le suivi (Coefficient $\beta_{10}=0.20$, t -ratio=1.65, $p=0.10$). Cependant, il est intéressant de relever que les scores des deux conditions groupales diffèrent de manière tendanciellement significative au moment du pré-test (Coefficient $\beta_{00}=15.66$, Coefficient $\beta_{01}=14.83$, t -ratio= -1.82, $p=0.07$). En effet, les participants contrôles évaluent leur santé psychologique comme étant tendanciellement supérieure que les participants à notre intervention. Des résultats similaires sont retrouvés en considérant uniquement la dernière cohorte. En effet, nous observons une augmentation statistiquement significative des scores sur cette dimension entre le pré-test et le suivi dans les groupes contrôles (Coefficient $\beta_{10}=0.51$, t -ratio=2.55, $p=0.02$), mais pas dans les groupes expérimentaux (Coefficient $\beta_{11}=-0.09$, t -ratio=-0.36, $p=0.72$).

Conséquemment à ces résultats, les hypothèses 11a et 11b ne sont pas confirmées. En effet, nous pouvons observer des évolutions tendancielle, voire significatives, pour les conditions contrôles, alors que de telles évolutions ne sont pas statistiquement significatives dans les groupes expérimentaux.

11. Hypothèses 12a et 12b portant sur le bien-être physique

Les résultats portant sur le bien-être physique du WHOQOL-Bref n'indiquent également aucune évolution statistiquement significative de la trajectoire des groupes expérimentaux entre les trois points de mesure (Coefficient $\beta_{11}=-0.18$, t -ratio=-0.88, $p=0.38$). En outre, bien que non significative, cette évolution va dans le sens contraire à nos attentes, à savoir une diminution des scores entre le pré-test et le suivi. Par contre, tel que nous l'attendions, aucune évolution statistiquement significative n'est observée dans les groupes contrôles (Coefficient $\beta_{10}=0.12$, t -ratio=1.12, $p=0.27$). Il est également intéressant de relever que les deux conditions groupales diffèrent à nouveau lors du pré-test (Coefficient $\beta_{00}=17.11$, Coefficient $\beta_{01}=16.28$, t -ratio=-2.05, $p=0.04$). En effet, les participants à notre intervention perçoivent leur bien-être physique comme étant significativement plus bas que les sujets contrôles.

Les résultats portant sur la dernière cohorte apportent un constat quelque peu différent. Comme il est généralement attendu dans un protocole expérimental, les scores des deux conditions groupales sont comparables au pré-test (Coefficient $\beta_{00}=17.26$, Coefficient $\beta_{01}=16.74$, t -ratio=-0.931, $p=0.36$). Par contre, les trajectoires des deux conditions évoluent tendanciellement entre les points de mesure, dans le sens d'une augmentation pour la condition contrôle (Coefficient $\beta_{10}=0.22$, t -ratio=1.72, $p=0.1$) et dans celui d'une diminution pour les groupes expérimentaux (Coefficient $\beta_{11}=-0.40$, t -ratio=-1.81, $p=0.08$).

L'hypothèse 12a portant sur l'impact de notre intervention sur l'aspect physique du bien-être n'est donc pas confirmée. En effet, nous n'observons aucune évolution significative des scores entre les points de mesure, bien que tendancielle, mais contraire à nos attentes, en considérant la dernière cohorte uniquement. Par contre, l'hypothèse de stabilité 12b est confirmée, malgré une évolution tendanciellement significative observée dans la dernière cohorte.

Au regard de ces résultats, nous pouvons répondre à notre question générale par la négative, à savoir que la participation à notre intervention ne permet pas d'influencer positivement la perception de nos participants quant à leur bien-être physique et psychique.

11. Discussion

Nous avons cherché tout au long de notre recherche à répondre à la question de l'impact de notre intervention sur le traitement affectif de sujets adultes « tout-venant ». Les résultats étant présentés, nous souhaitons les discuter, en soulignant les conséquences pour la problématique qui nous concerne, le cadre théorique et les arguments développés dans la partie introductive. Nous aborderons également les principaux résultats en fonction des différents critères d'évaluation que nous avons présentés dans la partie théorique, les validités de notre recherche, pour terminer sur les implications et perspectives de celle-ci.

11.1. Discussion des principaux résultats et implications théoriques

Notre question de recherche porte sur l'impact de notre intervention sur le traitement affectif, comme résultat proximal (« *proximal outcome* » ; Lipsey & Cordray, 2000) et la qualité de vie, comme résultat distal et indirectement visé (« *distal outcome* »). Pour se prononcer sur l'influence de notre programme sur le traitement affectif, nous avons considéré les scores du DOE-trait, du DOE-*self-monitoring* et sur les registres de stratégies de régulation des émotions du DOE-IT travaillées en séance. Pour statuer sur l'impact de notre intervention sur la qualité de vie, nous nous sommes attardés sur les scores obtenus au WHOQOL-Bref.

11.1.1. L'Ouverture Emotionnelle en tant que traits

Nous avons mis en exergue que notre intervention engendre des effets statistiquement significatifs sur la « Représentation cognitive et conceptuelle » (REPCOG) et sur la « Régulation des émotions » (REGEMO). Nous rappelons que REPCOG se réfère à la capacité d'un individu à distinguer ses états affectifs et à se les représenter précisément et que REGEMO concerne le fait de pouvoir influencer, positivement ou négativement, l'occurrence, la forme, l'intensité ou encore la durée de ses états affectifs, des processus attentionnels et physiologiques et des comportements en lien avec son émotion. Par contre, aucun impact significatif de la participation à notre intervention et du temps n'a été constaté pour les dimensions « Communication des émotions » (COMEMO), « Perceptions de indicateurs corporels internes » (PERINT) et « Perception des indicateurs corporels externes » (PEREXT).

Si nous regardons le détail des résultats, ces derniers vont relativement bien dans le sens de nos attentes, malgré l'absence de significativité statistique sur les trois dernières dimensions susmentionnées. Comme l'indiquent Reicherts, Genoud et Zimmermann (2012), les scores obtenus devraient idéalement aboutir à un certain équilibre entre les dimensions. En outre, les profils établis grâce à l'instrument DOE-trait peuvent être regroupés en différents clusters (Reicherts & Genoud, 2012), contribuant ainsi à la construction d'une typologie de processus de traitement des émotions mis en lien avec différents aspects du bien-être ou des problèmes psychiques. Cinq clusters ont été identifiés, dont le deuxième, caractérisé par un profil du traitement émotionnel décrit comme problématique et identifié dans certains troubles ou difficultés psychiques (*e.g.* troubles somatoformes, troubles anxieux, dépendance, troubles de la personnalité antisociale et borderline, burnout). Or, les résultats obtenus par les participants à notre programme d'intervention, bien que plus élevés, ressemblent dans une certaine mesure à ceux qui composent ce deuxième cluster problématique. Ce cluster possède les caractéristiques suivantes : une représentation cognitive très restreinte, une faible tendance à communiquer les émotions et à les réguler ainsi qu'une perception prononcée du ressenti corporel. Ainsi, les personnes de ce cluster ont fortement conscience de vivre des manifestations corporelles (internes et externes), mais peinent à les lier à leur vécu affectif, qui lui, reste vague et indifférencié, difficilement communicable et difficilement gérable. Comme l'indiquent Reicherts, Genoud et Zimmerman (2012), ces restrictions du traitement affectif vont de pair avec une perception accrue des phénomènes corporels internes. La perception des indicateurs corporels externes semble moins pertinente pour les troubles susmentionnés, à l'exception du trouble somatoforme, pour lequel la perception des indicateurs corporels tant internes qu'externes est élevée. De ce fait, il semble plus pertinent d'avoir, comme objectif de traitement, l'aboutissement à un meilleur équilibre entre les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle, plutôt qu'à une augmentation sur chaque dimension ; ce qui reviendrait à maintenir le déséquilibre existant. Ainsi, notre objectif de traitement gagnerait à être reformulé en termes de corrections des éventuels déficits ou de rééquilibrage de l'« harmonie » entre les différentes dimensions. Par conséquent, la modification du pattern, pour améliorer ou supprimer certains déficits (« normalisation du pattern »), devrait être davantage visée que l'amélioration de l'ensemble du pattern. Or, les participants à notre intervention ont non seulement des scores statistiquement plus bas sur REPCOG et REGEMO et plus élevés sur PERINT et PEREXT que les sujets contrôles lors du pré-test, mais se distinguent également des valeurs de référence du DOE-trait. En effet, les participants à notre intervention décrivent leur tendance à percevoir les manifestations internes et externes accompagnant un état affectif

comme étant statistiquement plus élevée que les valeurs de référence du DOE-trait (PERINT ; $t_{(478)}=3.9$, $p=0.0001$; PEREXT : $t_{(478)}=3.04$, $p=0.0025$) et leur communication des émotions de manière tendanciellement plus élevée (COMEMO : $t_{(478)}=1.65$, $p=0.1$). Par contre, ils perçoivent leur régulation des émotions comme étant statistiquement plus basse que les valeurs de référence (REGEMO : $t_{(478)}=2.25$, $p=0.025$) et leur représentation cognitive également, bien que cette dernière différence ne soit pas statistiquement significative (REPCOG : $t_{(478)}=1.43$, $p=0.15$) (voir figure 46). Soulignons encore que ce pattern peut être rapproché de ce que Nolen-Hoeksema (1987, in Zimmermann, 2012) a appelé un style de traitement de l'information émotionnelle qualifié de « ruminatif » (*i.e.* activité mentale centrée sur les symptômes, les causes et les conséquences liées à un événement émotionnel). En effet, dans le modèle de l'Ouverture Emotionnelle, ce style ruminatif pourrait être représenté par un profil particulier sur les trois dimensions, dont l'écart est souligné comparativement aux normes de référence, à savoir une perception élevée des indicateurs externes et internes (*i.e.* symptômes), une représentation conceptuelle déficitaire de l'état émotionnel (*i.e.* biais attentionnel qui conduit à concevoir les états émotionnels comme essentiellement négatifs) et enfin, une difficulté à réguler ces états émotionnels (dans la mesure où ces ruminations sont intrusives et incontrôlables). Rappelons que ce style est largement en lien avec l'émotion négative (*i.e.* prolongation de sa durée et augmentation de son intensité) (Bushman, 2002, in Gross, 2008 ; Morrow & Nolen-Haoksema, 1990, in Gross, 2008 ; Ray, Wilhelm, & Gross, 2008, in Gross, 2008) et qu'il est associé à des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs (Nolen-Hoeksema, Morrow, & Frederickson, 1993, in Gross, 2008 ; Spasojevic & Alloy, 2001, in Gross, 2008).

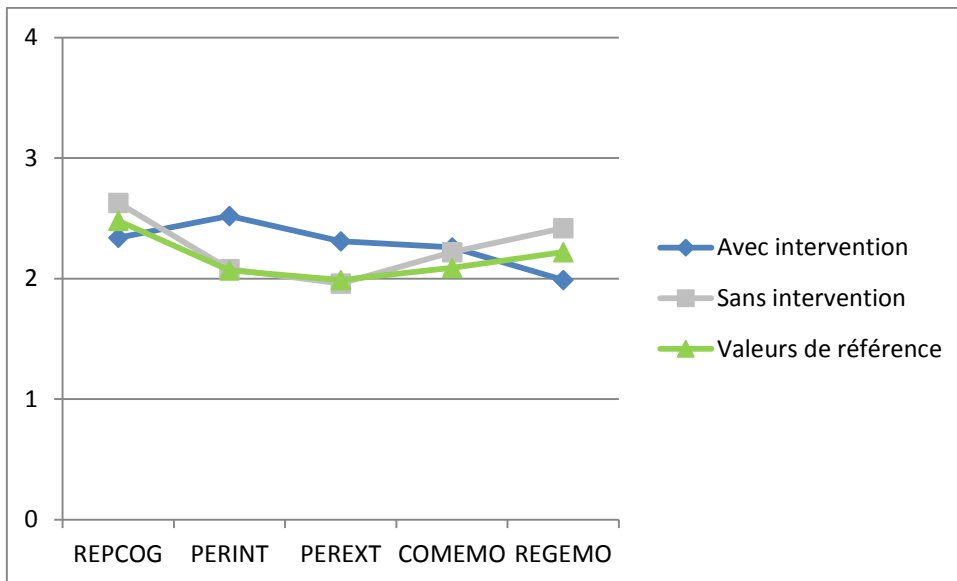


Figure 46 : Valeurs de référence du DOE-trait et des scores obtenus au pré-test par les conditions contrôle et expérimentale

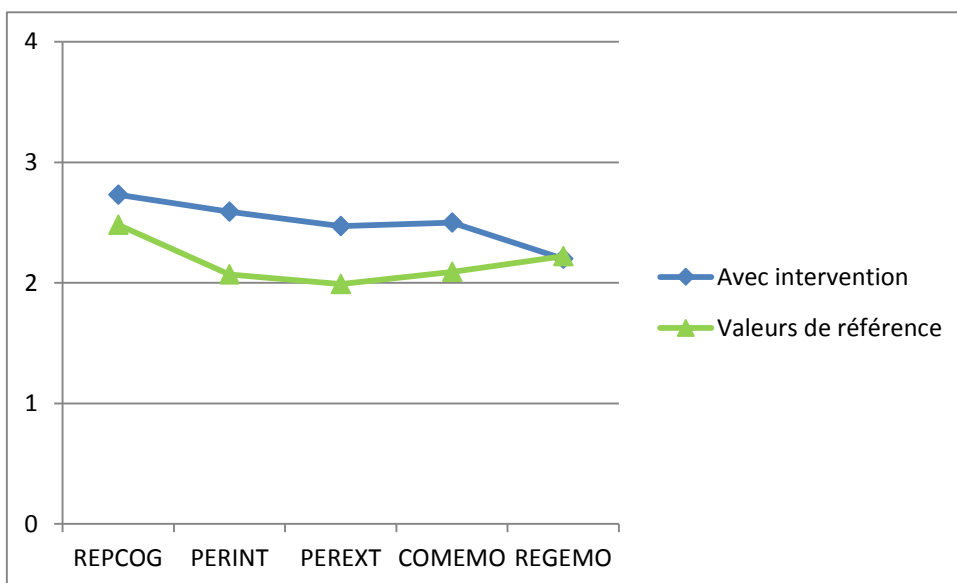


Figure 47 : Mise en exergue des scores sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle de la condition expérimentale lors du suivi et des valeurs de référence

Par conséquent, les scores sur les trois dimensions, pour lesquelles notre intervention n'a pas d'impact statistiquement significatif, sont déjà élevés comparativement aux valeurs de référence avant le début de l'intervention. Ainsi, nous ne pouvons pas objectiver un accroissement statistiquement significatif de ces valeurs, nous amenant à un certain effet plafond et à un maintien du déséquilibre entre dimensions. Par contre, l'objectif d'aboutir à un meilleur équilibre entre les dimensions lors du suivi est partiellement atteint. En effet, nous

pouvons observer que les scores du groupe expérimental se « normalisent » lors du suivi, dans le sens d'un meilleur équilibre, en comparaison avec les valeurs de référence (voir figure 47). Plus précisément, nous pouvons constater une augmentation entre le pré-test et le suivi de REPCOG et une plus légère pour REGEMO, mais qui rejoint la valeur de référence relative à un échantillon « tout-venant », rendant l'équilibre entre les différentes dimensions au moment du suivi plus harmonieux.

En outre, le fait d'avoir des valeurs trop élevées sur ces dimensions n'est pas associé à l'état de santé physique et psychique. En effet, la « *Perception des indicateurs corporels internes* » (PERINT), qui porte sur la conscience que le sujet a des phénomènes qui caractérisent l'émotion vécue, corrèle significativement et positivement avec le névrosisme du modèle en cinq facteurs de la personnalité de McCrae et Costa (1999, in Rossier, Verardi, Genoud, & Zimmermann, 2012) (qui se réfère à une propension à ressentir des affects négatifs et à l'instabilité émotionnelle) et avec les dimensions névrosisme et agressivité-hostilité du modèle alternatif en cinq facteurs de la personnalité (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teeta, & Kraft, 1993, in Rossier *et al.*, 2012). De même, la « *Perception des indicateurs externes* » (PEREXT), corrèle positivement et de manière statistiquement significative avec le névrosisme et les dimensions névrosisme-anxiété, agressivité-hostilité et sociabilité du modèle alternatif (Rossier *et al.*, 2012). Comme le soulignent les auteurs précités (p. 78-79), « cela suggère que les individus qui sont caractérisés par un niveau élevé sur la dimension névrosisme-anxiété présenteraient une hyper-vigilance aux stimuli émotionnels, ce qui semble en accord avec l'association entre cette dimension de la personnalité et les troubles anxieux. Ce phénomène pourrait trouver en partie son origine dans un biais affectant l'interprétation, la représentation et l'attribution des sensations corporelles. » La recherche de Salamin (2010), effectuée auprès d'un échantillon de femmes souffrant d'un trouble somatoforme versus de « tout-venant », vient également étayer ces propos. En effet, son étude indique une réactivité accrue au niveau physiologique chez ces patientes alors que leur réponse au niveau cognitif expérientiel est diminuée, pattern qui constituerait un facteur de vulnérabilité au stress et qui aurait des effets néfastes sur la santé somatique et psychique (Luminet, Rimé, Bagby, & Taylor, 2004, in Zimmermann & Salamin, 2012). Zimmermann et Salamin (2012) indiquent que PERINT et PEREXT sont positivement et significativement corrélés aux difficultés à identifier ses émotions et négativement à un mode de pensée orienté vers des préoccupations concrètes, tous deux évalués par la TAS-20. Avoir tendance à être davantage conscient de ses manifestations corporelles internes est également un trait observé chez les sujets souffrant de dépendance (Reicherts & Genoud, 2012). En outre,

cette dimension permet de prédire positivement et significativement les dimensions de l' « Epuisement émotionnel », de la « Dépersonnalisation » et de l' « Accomplissement personnel » du « *Maslach Burnout Inventory* » (MBI), qui permet d'évaluer le burnout (Genoud & Brodard, 2012). Finalement, PERINT et PEREXT corrélaient négativement avec la dimension « Régulation des émotions » du DOE-trait, dont l'importance dans les domaines de la santé physique et psychique a été à de nombreuses reprises signalée, ainsi qu'avec les dimensions « physique », « psychologique », « environnementale » et le score total du WHOQOL-Bref. Ainsi, nous pouvons stipuler que le fait de prendre conscience des manifestations qui accompagnent un état affectif peut être bénéfique, mais le fait d'en être excessivement conscient et d'y être trop focalisé semble avoir des effets délétères.

L'influence de la « *Communication des émotions* » sur la santé physique et psychique semble également être nuancée. Rappelons que la communication des états affectifs renvoie à l'ouverture sur le plan interactionnel et englobe l'ensemble des processus impliqués dans l'expression d'un état affectif. La recherche de Rossier et collaborateurs (2012) indique qu'elle est associée positivement à l'extraversion et négativement à l'agréabilité, suggérant que l'expression d'un contenu affectif peut péjorer l'élaboration d'une relation interpersonnelle satisfaisante (point sur lequel nous allons revenir ci-dessous en amenant un résultat contradictoire) ; ce qui peut confirmer l'importance de garder également un niveau modéré de communication de ses états affectifs, tel que nous l'avons postulé ci-dessus concernant la perception des indicateurs corporels internes et externes. COMEMO corréla aussi avec les facteurs de personnalité du modèle alternatif, à savoir positivement avec les dimensions névrosisme-anxiété, agressivité-hostilité et sociabilité. Ces liens avec les facteurs de la personnalité font de la communication émotionnelle tantôt une « compétence » à devoir maintenir, voire augmenter, tantôt une « tendance » aux comportements devant être limitée. Soulignons encore qu'elle est cotée plus basse par des sujets toxicodépendants que des « tout-venant » (Reichert & Genoud, 2012) (ce qui va dans le sens d'une compétence à devoir augmenter) et qu'elle entretient des liens significatifs avec les dimensions du burnout, évaluées par le « *Maslach Burnout Inventory* », notamment avec l'« Epuisement émotionnel », mettant en évidence l'importance du soutien social dans la problématique du burnout. Comme l'indiquent Genoud et Brodard (2012), le fait de pouvoir exprimer à autrui son ressenti affectif pourrait désamorcer le processus d'épuisement en obtenant un soutien dans la gestion des facteurs de stress. COMEMO corréla également avec la dimension « Dépersonnalisation » de

ce même instrument, allant dans le sens que le fait de garder pour soi son vécu émotionnel peut instaurer une distance envers les autres et générer un sentiment de déshumanisation, ainsi qu'avec la dimension « Accomplissement personnel ». Ainsi, une certaine communication des émotions semble être importante et pourrait même représenter un facteur protecteur par rapport à différentes problématiques, tel que cela semble être le cas dans celle du burnout, tout en insistant sur le caractère circonscrit qu'elle se devrait de garder.

Les recherches de Rimé (2007), portant également sur la communication émotionnelle, amènent un regard intéressant sur son rôle et son importance. Celles-ci indiquent qu'elle n'est pas directement bénéfique pour réguler son affect, mais aurait davantage un rôle de consolidation des liens sociaux. En effet, partant du constat que le besoin de parler d'une situation émotionnellement chargée est présent après tout événement émotionnel positif et négatif (« *social sharing of emotion* ») et qu'un partage émotionnel se fait dans le 80 à 95% des cas (ceci quelle que soit l'émotion, à l'exception des situations ayant généré de la honte et de la culpabilité, qui sont moins partagées), mais que, ce faisant, les sujets revivent les images mentales des événements ainsi que les sentiments associés (*i.e.* réactivation des émotions associées à l'expérience, accompagnée des sensations physiologiques liées à l'état émotionnel), la question de la raison de ce partage a trouvé sa réponse dans le renforcement des liens sociaux (Zech, Rimé, & Nills, 2004). Ainsi, les recherches de Rimé (2007) indiquent que plus une personne partage son événement en ressentant et exprimant les émotions associées à ce dernier, plus le récepteur va répondre, sur le plan social et affectif, en donnant support, confort, consolation, légitimation, attention, lien, empathie, conseils et solutions. En outre, le récepteur, en plus d'écouter, de comprendre et de fournir une aide concrète (*e.g.* consolation de l'émetteur), peut fournir des informations qui vont permettre à l'émetteur de réévaluer son expérience et de construire du sens. Ce postulat vient étayer le rôle que le thérapeute entreprend notamment dans le cadre de son travail thérapeutique. Ainsi, sur le plan intra-personnel, le partage des émotions permet de faciliter le traitement cognitif et émotionnel de l'épisode émotionnel (Lepore, Ragan, & Jones, 2000) et sur le plan interpersonnel, ces comportements peuvent conduire au développement ou au renforcement de la relation. L'expression émotionnelle et, à l'opposé son inhibition, ont ainsi été impliquées dans des domaines différents, tels que le développement de l'intimité, la satisfaction maritale, le divorce, le support social, les décisions concernant l'engagement et la promotion d'un employé, le comportement pro-social, les compétences sociales, l'agression ou encore, la progression et le début de cancer.

Elles sont alors en lien avec un grand nombre de domaines relatifs à la santé psychique et physique. Par conséquent, la question qui importe est davantage celle de savoir quand, où, avec qui et à quelle fréquence la communication émotionnelle est avantageuse, plutôt que celle nous amenant à statuer s'il est conseillé ou non de communiquer ou d'inhiber son comportement expressif.

Finalement, la communication des émotions, telle que nous l'abordons dans nos modules, n'est pas une communication factuelle des situations vécues. Or, Pennebaker et Beall (1986) ont fait une recherche qui a mis en évidence que le fait d'écrire sur des aspects factuels d'un épisode émotionnel n'affecte pas la santé, mais le fait d'écrire sur des aspects factuels ainsi que sur les affects générés par ces aspects a un effet sur la santé, insistant ainsi sur la dimension du ressenti. En guise de conclusion, nous pensons que la communication des émotions est une « compétence » très importante en lien avec les domaines de la santé psychique et physique. Cependant, il est important qu'elle revête un caractère modéré. Pouvoir faire part de son vécu affectif de manière authentique, à savoir sans incongruence entre les différents canaux de communication (*i.e.* verbal, para-verbal et non verbal) et en pouvant le nommer à une personne de référence est une compétence à mobiliser, mais il est important de pouvoir réserver cette compétence au bon moment et aux bonnes personnes afin que ce comportement puisse également trouver une validation adéquate. Ajoutons encore qu'il est possible que les participants à notre programme, gérant encore mieux leurs émotions à la fin de celui-ci, commencent à limiter ou atténuer leurs expériences affectives et « évitent » ainsi d'avoir à les communiquer à autrui.

Pour les deux dimensions « Représentation cognitive et conceptuelle des émotions » (REPCOG) et « Régulation des émotions » (REGEMO), nous avons observé une influence statistiquement significative de notre intervention et du temps. En guise d'introduction, nous avons souligné que nos participants ont des scores moins élevés que les sujets contrôles sur ces deux dimensions, nous indiquant un manque de « compétences » perçues sur ces deux aspects du traitement affectif. C'est pourquoi, l'objectif d'augmenter les scores sur REPCOG et REGEMO requiert effectivement une importance centrale dans notre recherche.

Nous avons déjà souligné dans le quatrième chapitre les nombreux liens entretenus entre la *régulation des émotions* (REGEMO) et la santé physique et psychique. Signalons encore que

REGEMO corrèle négativement avec le névrosisme et positivement avec l'extraversion, l'ouverture et le caractère consciencieux ainsi que négativement avec les dimensions névrosisme-anxiété et agressivité-hostilité du modèle alternatif ; ce qui vient encore étayer l'importance de ce construit pour la santé physique et psychique. Les faibles compétences perçues en termes de régulation des émotions décrites dans de nombreux échantillons cliniques (*e.g.* troubles alimentaires, abus de substances, troubles anxieux et de l'humeur, trouble de la personnalité borderline) vont également dans ce sens (voir également Salamin (2010) pour les personnes souffrant d'un trouble somatoforme, Reicherts et Genoud (2012) pour les sujets dépendants et Genoud et Brodard (2012) pour les personnes souffrant d'un burnout).

En ce qui concerne la « *Représentation cognitive et conceptuelle* » (REPCOG), malgré qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un chapitre lui étant spécifiquement consacré, son rôle a été identifié comme étant central. Nous avons déjà mentionné dans la partie théorique de ce travail qu'elle a été décrite comme étant une composante cruciale du traitement affectif, reconnue comme étant le pilier sur lequel repose les autres composantes du traitement émotionnel (Mikolajczak *et al.*, 2009). Elle est également régulièrement considérée comme un prérequis à la régulation émotionnelle (Feldman Barrett, Mesquita, Ochsner, & Gross, 2007). En effet, l'ampleur de la conscience émotionnelle et la possibilité de distinguer entre les états affectifs sont liées à une meilleure régulation des émotions (plus adaptée, plus fréquente et avec une gamme plus large de stratégies de régulation des émotions utilisées ; Feldman Barrett, Gross, Christensen, & Benvenuto, 2001), et ceci particulièrement pour les états affectifs négatifs¹⁰. Allant dans ce sens, Fischer, Manstead, Evers, Timmers et Valk (2004) ont précisé que la régulation des émotions sollicite deux prérequis, à savoir un certain degré de conscience ou de *monitoring* de son état émotionnel (*i.e.* REPCOG) et l'enregistrement d'une divergence entre ce que la personne souhaite ressentir ou exprimer et la réponse émotionnelle qui est produite. En outre, comme l'indiquent Feldman Barrett et collaborateurs (2001), la connaissance émotionnelle forme la base cognitive et motivationnelle à la régulation des émotions. D'ailleurs les recherches portant sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle mettent également en évidence des corrélations statistiquement significatives entre les deux dimensions, appuyant le postulat que la régulation volontaire des émotions est liée aux processus de *monitoring*, en particulier

¹⁰ Traduction libre de Feldman Barrett, Gross, Christensen et Benvenuto (2001): "Greater emotion awareness and differentiation is linked with emotion regulation capability, particularly for negative emotions".

pour atténuer, différer ou transformer positivement l'intensité ou la durée d'un impact émotionnel (par des activités spontanées ou contrôlées).

Contrairement aux trois premières dimensions de l'Ouverture Emotionnelle, pour lesquelles nous n'avons observé aucun changement significatif et discuté l'intérêt d'acquérir un niveau modéré (*i.e.* ni trop élevé, ni trop faible), il semblerait qu'un niveau « élevé » de représentation cognitive et conceptuelle soit à encourager. Différents exemples vont dans ce sens. En effet, Philippot, Baeyend, Douilliez et Francart (2004) ont suggéré que le traitement de l'information émotionnelle à un niveau général provoque des sentiments émotionnels plus intenses et une activation plus importante que ceux élaborés à un niveau plus spécifique. La technique du *focusing* illustre d'ailleurs cet aspect, où la focalisation sur des informations émotionnelles personnelles produit moins d'activation émotionnelle que le fait de penser à ces mêmes informations sur un plan plus général (Gendlin, 1981, cité par Haymoz & Reicherts, sous presse). De plus, une connaissance conceptuelle sophistiquée des émotions est également liée à une meilleure adaptation sociale (Kang & Shaver, 2004). Finalement, les recherches portant sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle indiquent également que REPCOG est associée négativement au névrosisme et positivement avec l'extraversion (qui rend compte de la propension à ressentir des affects positifs), l'ouverture à l'expérience et le caractère consciencieux. Quant à ses associations avec le modèle alternatif en cinq facteurs de la personnalité, nous pouvons mentionner des corrélations négative avec la dimension névrosisme-anxiété et positive avec la dimension activité (Rossier *et al.*, 2012). Elle est également évaluée plus faiblement par les sujets dépendants à une substance, et d'autant plus basse par ces mêmes sujets qui souffrent d'un trouble de la personnalité borderline ou antisocial comorbide (Reicherts & Genoud, 2012). De plus, la représentation cognitive et conceptuelle permet de prédire de manière négative et statistiquement significative l'« Epuisement émotionnel », la « Dépersonnalisation » et de manière positive l'« Accomplissement personnel », indiquant que la possibilité de pouvoir distinguer et différencier son affect permet également aux individus de se sentir plus efficaces dans leur travail (Genoud & Brodard, 2012).

Rappelons également que la représentation cognitive et conceptuelle requiert un certain chevauchement avec la description de l'alexithymie, dont les liens avec certains troubles et difficultés physiques et psychiques ont été abordés dans la partie théorique de ce travail. En effet, l'alexithymie reflète un déficit dans le traitement cognitif, nous amenant à penser que les

sujets alexithymiques ont des difficultés à verbaliser leurs états affectifs essentiellement en raison de leur incapacité à les identifier (Zimmermann & Salamin, 2012).

L'importance de REPCOG mérite aussi d'être soulignée lorsque la perception des indicateurs corporels internes est élevée (PERINT), rejoignant le postulat de l'importance d'un certain équilibre entre les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle. En effet, tel que cela semble être le cas chez certains patients, dont les sujets souffrant d'un trouble anxieux généralisé, les scores de conscience émotionnelle sont plus élevés que ceux des sujets contrôles (*i.e.* concept proche de PERINT), mais ces sujets décrivent plus de difficultés à identifier et à décrire leurs émotions (Novick-Kline, Turk, Mennin, Hoyt, Gallagher, 2005). Soulignons que les auteurs précisent que ces résultats divergent en fonction de l'émotion étudiée (*e.g.* pas de différence significative entre le niveau de conscience émotionnelle de sujets contrôles comparativement aux sujets souffrant d'anxiété généralisée face à des situations générant de la tristesse ou de la joie).

En guise de conclusion sur les résultats portant sur l'Ouverture Emotionnelle selon l'approche traitiste, nous constatons qu'un niveau modéré de perception des indicateurs corporels internes et externes ainsi qu'une communication des émotions également modérée semblent être à favoriser. Cette proposition est d'autant plus importante pour les personnes qui perçoivent plus faiblement leur régulation et leur représentation cognitive et conceptuelle des émotions, soulignant encore l'intérêt d'avoir pour objectif de traitement principal l'aboutissement à un profil équilibré sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle, plutôt qu'une augmentation sur les différentes dimensions du modèle. Ce constat consolide également la manière de considérer le modèle de l'Ouverture Emotionnelle, à savoir comme étant un modèle composé de différentes dimensions qui ne sont pas totalement indépendantes les unes des autres. Par exemple, la régulation des émotions repose également sur les représentations conceptuelles (états émotionnels et évaluations qui sont devenus conscients), sur la perception des indicateurs corporels qui accompagnent l'expérience émotionnelle ainsi que sur la perception de leur modification au travers de la régulation. La régulation émotionnelle se réfère aussi à la communication et à l'expression des émotions, dans le sens où les états affectifs sont modulés lorsqu'ils sont partagés ou signalés à autrui, ce qui peut éventuellement conduire à une régulation interpersonnelle des émotions (Reichert, Kaiser, Genoud, & Zimmerman, 2012).

Enfin, nous pensons qu'il est ardu d'augmenter des compétences évaluées comme étant déjà supérieures à la moyenne, comme cela est le cas pour les dimensions qui n'ont connu aucune évolution statistiquement significative. C'est pourquoi, nous stipulons que l'impact de notre intervention sera d'autant plus important auprès de sujets dont les scores sur les différentes dimensions sont faibles, reflétant un manque de compétences perçues concernant les composantes du traitement affectif ; ce qui semble être le cas parmi différents échantillons cliniques. En outre, nous évaluons des tendances à être ouvert, à être accessible et prêt à appréhender les phénomènes et informations que fournissent les émotions. Ces traits sont relativement stables et se caractérisent par la réalisation fréquente et régulière des états et processus décrits dans le modèle. Il est donc difficile de modifier de tels patterns relativement ancrés et non facilement modifiables chez une personne, d'autant plus si elle se décrit déjà comme étant relativement « compétente » en matière de traitement émotionnel. Ce qui nous amène à rappeler le contraste entre les « traits » et les « états ». Ces derniers se réfèrent à la perception qu'a l'individu de son traitement affectif face à une situation spécifique présentement vécue. Par conséquent, ils connaissent des variations au niveau intra-individuel et situationnel. Ces deux manières de considérer le traitement affectif se distinguent encore des comportements qu'entreprend réellement la personne afin de faire face à une situation émotionnellement chargée ou encore des comportements qui sont décrits par celle-ci ou observés par un tiers. Ainsi, en évaluant des traits, nous évaluons des tendances relativement stables de la personne, sur lesquels il est moins aisé de constater des changements (par exemple, comparativement à l'examen des comportements réellement exécutés).

11.1.2. L'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états

Les résultats obtenus relatifs aux dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états, qui ont été évaluées à plusieurs reprises par jour par le *DOE-self-monitoring*, sont quelque peu différents des résultats portant sur ces mêmes dimensions, mais évaluées selon l'approche traitiste. En effet, nous avons pu observer une évolution statistiquement significative et positive sur les dimensions « Perception des indicateurs corporels externes » (PEREXT), « Régulation d'un affect vers le haut » (REGEMO_up) ainsi qu'un changement tendanciellement significatif sur la « Perception des indicateurs corporels internes » (PERINT). Par contre, aucun changement n'est observé sur les dimensions « Représentation cognitive et conceptuelle des états affectifs » (REPCOG), « Communication des états affectifs (COMEMO) et « Régulation

des émotions vers le bas » (REGEMO_down). Ces résultats, quelque peu divergents des précédents, méritent d'être discutés.

Premièrement, nous signalons que, bien que le DOE-trait et le DOE-*self-monitoring* évaluent tous deux les cinq dimensions principales du modèle de l'Ouverture Emotionnelle, ils ne ciblent pas le même aspect du traitement affectif. En effet, le DOE-trait s'intéresse aux traits, à savoir aux tendances relativement stables des participants à vivre et à traiter leurs états affectifs - telles que perçues par le sujet et évaluées ponctuellement sur une période de quatre mois (*i.e.* pré-test, post-test et suivi). S'agissant de tendances, les items sont formulés ainsi : « En général, il me semble que... » et le postulat est une évolution de ces tendances par le biais d'une intervention. Quant au DOE-*self-monitoring*, il cible les processus qui accompagnent l'expérience affective en cours. Nous nous intéressons dès lors à évaluer le processus lié aux états affectifs des participants dans la situation présentement considérée par le biais d'items formulés ainsi : « J'ai identifié (distingué, nommé) les états affectifs dans lesquels je me suis trouvé(e) ». Ainsi, ces mesures, prises quotidiennement dans l'environnement naturel de la personne, fournissent des réponses concernant le traitement de l'état affectif vécu au moment de son évaluation (ou juste avant). Évaluant deux aspects différents, mais complémentaires, du traitement émotionnel, nous pensons qu'il n'est pas étonnant que les changements imputables à notre intervention puissent se produire sur des dimensions différentes du modèle de l'Ouverture Emotionnelle. Les analyses entreprises sur le DOE-*self-monitoring* ont également mis en évidence des changements significatifs de la dispersion des scores autour de la moyenne individuelle pour les dimensions REPCOG, PERINT et PEREXT. Ainsi, les scores des participants varient moins autour de la moyenne sur ces trois dernières dimensions, indiquant que derrière de faibles changements de moyennes s'observent également des changements de la variabilité (voir Pittet, 2012).

Secondement, nous souhaitons discuter les évolutions statistiquement significatives observées sur les dimensions PEREXT et REGEMO_up entre les points de mesure et tendanciellement significative sur PERINT. En effet, ces différentes composantes du traitement affectif évoluent positivement entre la première semaine d'intervention et la dernière, signalant que les participants mentionnent de plus en plus porter attention aux réactions corporelles internes et externes liées à leur état affectif et l'avoir davantage maintenu ou intensifié au fil des semaines de l'intervention. Ces résultats vont dans le sens de nos attentes et confirment ainsi nos

hypothèses portant sur ces trois dimensions. En effet, nous avons cherché au travers de notre intervention à rendre les participants davantage conscients de leurs sensations physiologiques en lien avec leur affect présentement vécu et à pouvoir agir sur leur affectivité, notamment positive. Nous avons abordé dans le sous-chapitre consacré à l'Ouverture Emotionnelle en tant que trait, l'importance de garder un niveau modéré de conscience concernant ces indicateurs corporels. En effet, le fait d'avoir tendance à fortement se focaliser sur ces derniers ne semble pas être associé à l'état de santé. Cependant, les résultats que nous abordons dans le présent sous-chapitre ne concernent pas des tendances, mais bien des états, soulignant ainsi leur caractère fort encourageant en rendant compte du comportement des participants de sélectionner une situation émotionnelle et d'essayer de mieux la comprendre et la cerner sur la base notamment de la description des indicateurs corporels internes et externes qui l'accompagnent.

En outre, PERINT et PEREXT sont au planning de la deuxième séance d'intervention (sur les six qu'elle comporte). Le contenu de chaque séance étant repris dans les suivantes, il est aisé d'envisager que les *inputs* relatifs à ces deux composantes du traitement affectif se répercutent dans les évaluations quotidiennes des participants.

Concernant la régulation des émotions vers le haut, nous insistons également sur cet aspect dès le début de l'intervention, comme étant une composante novatrice de notre programme, comparativement aux autres interventions qui ciblent que très peu, voire pas, la régulation vers le haut. Cet aspect du traitement affectif est également moins connu des participants, qui sont davantage familiers avec le concept de régulation vers le bas (« *down-regulation* »).

Par contre, nous n'observons aucune croissance statistiquement significative sur les trois autres dimensions (*i.e.* REPCOG, COMEMO et REGEMO_down). Différentes explications peuvent appuyer ce constat. Premièrement, les participants ont davantage souligné la nouveauté que représente l'importance de percevoir les indicateurs corporels internes et externes qui accompagnent leur vécu affectif, dans le but notamment de pouvoir mieux l'identifier, le communiquer et le réguler, ainsi que de maintenir, voire d'augmenter, un affect positif, et ceci comparativement aux trois autres dimensions (*i.e.* REPCOG, COMEMO et REGEMO_down). En effet, l'utilité de ces trois dernières leur a semblé plus évidente a priori et ceci même s'ils

ne décrivent pas une bonne maîtrise quant à ses composantes sur le DOE-trait. L'utilité perçue des différentes composantes du modèle de l'Ouverture Emotionnelle peut alors varier et ainsi avoir une influence sur le traitement affectif dans la situation émotionnelle présentement vécue.

Deuxièmement, concernant la dimension REPCOG, pour laquelle nous attendions effectivement une augmentation des scores au cours des semaines, notamment du fait que le carnet de bord entraîne tout particulièrement cette composante, nous pensons qu'il est peut-être difficile pour le participant d'identifier *sur le moment* conceptuellement et cognitivement l'émotion vécue. En effet, lorsque le participant complète son carnet de bord, il est amené à se référer à la situation émotionnelle présentement vécue (ou juste passée). Or, comme l'indiquent les recherches utilisant la méthodologie de l'« évaluation ambulatoire » (Fahrenberg, Myrtek, Pawlik, & Perrez, 2007, in Reicherts, Genoud, & Zimmermann, 2011 ; Reicherts, Salamin, Maggiori, & Pauls, 2007 ; Wilhelm & Perrez, 2008), notre quotidien est davantage coloré par nos humeurs et plus rarement par des émotions ou épisodes émotionnels. Il est alors plus difficile de mettre un mot sur un état affectif diffus et de moins grande intensité, que l'on aurait plus d'aisance à le définir en termes de valence et d'activation (*i.e.* comme proposé par l'approche dimensionnelle). Ainsi, la représentation cognitive d'un état émotionnel présentement vécu n'est pas évaluée comme étant de mieux en mieux au fil des semaines d'intervention (renvoyant à l'identification de l'état affectif sur le moment), mais est évaluée comme étant globalement mieux à la fin de l'intervention et deux mois après celle-ci (renvoyant à la capacité d'identifier généralement son état affectif).

Quant à la communication des émotions, elle implique nécessairement la présence d'une tierce personne afin qu'elle puisse avoir lieu. C'est pourquoi, il est aisé de comprendre qu'en l'absence d'autrui pouvant accueillir et valider le récit émotionnel présentement vécu (« J'ai exprimé/ communiqué mon état affectif vis-à-vis d'autrui »), le participant, bien que conscient de l'utilité de cette composante, ne puisse pas communiquer son affect. Cette dimension, telle qu'évaluée par le DOE-*self-monitoring*, dépend alors fortement du contexte social dans lequel le sujet se trouve au moment du vécu de la situation émotionnelle (et moins de l'influence directe de notre intervention sur cette dimension), tandis que dans le DOE-trait, elle est évaluée comme étant une tendance générale à communiquer son vécu affectif à autrui. Il aurait été possible de retenir, pour l'analyse de cette dimension, uniquement les entrées de données pour

lesquelles le sujet mentionne être en compagnie d'une tierce personne. Cependant, nous n'avons pas opté pour une telle sélection des données.

Finalement, la tendance à diminuer son état affectif ou ses composantes (« REGEMO_down ») n'évolue également pas de manière statistiquement significative entre les semaines d'intervention. Différentes explications peuvent étayer ce constat. Premièrement, il est possible d'envisager que la gestion d'un affect négatif se fasse plus aisément, non dans l'immédiat, mais avec un différé plus ou moins important selon le contexte social et environnemental dans lequel la personne se trouve au moment du vécu émotionnel. Dans ce cas, le fait d'avoir régulé son affect vers le bas n'apparaîtra pas dans le carnet de bord, qui est rempli juste après le vécu de la situation émotionnellement chargée. Il conviendrait de confirmer cette hypothèse par une recherche s'intéressant au temps de latence entre un événement émotionnel de valence négative et l'utilisation d'une stratégie pour le gérer. Deuxièmement, il est possible que les participants ressentent moins le besoin de réguler un affect négatif avec pour consigne de remplir le carnet de bord. En effet, en plus d'être un outil de mesure intéressant, il peut représenter un outil de régulation. Ainsi, le remplir peut en soi permettre d'atténuer l'affect en prenant du recul par rapport à la situation (bien que non côté ainsi par le sujet). Finalement, la régulation des émotions est la dernière composante du modèle de l'Ouverture Emotionnelle abordée dans notre programme d'intervention. Or, nous pouvons nous attendre à moins de changements sur les dimensions qui ont fait l'objet des toutes dernières séances. Deux autres carnets de bord (*i.e.* un à la fin de la dernière séance et le second en post-test) auraient pu être inclus dans notre protocole de recherche afin d'évaluer les changements éventuels sur la fin de l'intervention.

Nous trouvons également intéressant de mentionner que les participants à notre intervention s'évaluent supérieurement, comparativement aux valeurs de référence, sur toutes les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états durant la première semaine d'intervention, à l'exception de la gestion du vécu affectif négatif, sur laquelle ils ne diffèrent pas de manière statistiquement significative des valeurs de référence (Reichert, 2009). Cependant, nous ne savons pas s'il est possible d'attribuer ces différences statistiquement significatives au fait que nous explicitons toutes les dimensions du modèle durant le premier module, permettant éventuellement aux participants d'y être directement davantage conscients et d'y prêter plus d'attention dès la première passation du carnet de bord.

En guise de conclusion concernant les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle en tant qu'états, nous avons obtenu des changements sur trois des six dimensions ainsi qu'un changement au niveau de la dispersion des valeurs autour de la moyenne pour également trois d'entre elles. Ces résultats sont tout de même à prendre avec un certain niveau de précaution. En effet, portant uniquement sur la dernière cohorte de notre recherche (N=32), la puissance statistique de ces analyses est relativement faible. De plus, nous avons opté pour la création de moyennes hebdomadaires qui regroupent différentes observations quotidiennes. Ce faisant, nous avons perdu de la précision quant à la variation des scores sur les différentes dimensions de l'Ouverture Emotionnelle. Cependant, le taux de réponse extrêmement élevé au DOE-*self-monitoring* (*i.e.* 92%) rend nos constats davantage consistants. Par conséquent, que l'on parle de traits ou d'états, notre programme d'intervention influence toutes les dimensions du modèle, à l'exception de la communication des émotions. En outre, le carnet de bord, comprenant le DOE-*self-monitoring*, permet d'évaluer l'affectivité positive et négative au quotidien et constitue également un outil d'apprentissage et d'application de ce qui est abordé durant les modules. En effet, son utilisation permet l'accomplissement d'un travail entre les séances d'intervention et peut également être considéré comme une intervention à part entière, visant une amélioration du traitement affectif par un travail spécifique sur les processus qui accompagnent les états affectifs au quotidien. Un design expérimental intégrant la comparaison de trois groupes (*i.e.* « groupe liste d'attente », « groupe avec carnet de bord » et « groupe avec intervention ») nous permettrait de statuer sur l'impact de l'auto-observation sur le traitement affectif des participants. Cependant, nous n'avons pas adopté un tel design à ce stade de développement de notre recherche.

11.1.3. Les registres de stratégies de régulation des émotions

Nous souhaitons discuter l'influence de notre programme d'intervention sur les stratégies de régulation des émotions, à savoir sur la tendance qu'a un individu à agir volontairement face à un événement significatif et à adopter certains registres de stratégies de régulation des émotions. Rappelons que ces tentatives et comportements de régulation sont théorisés comme étant relativement stables, bien que susceptibles d'évoluer grâce à un travail psychothérapeutique.

Dans une optique de sélection des résultats les plus pertinents à retenir, nous avons présenté uniquement ceux relatifs aux quatre registres de stratégies issus du DOE-IT et explicitement travaillés en séance, à savoir l'acceptation, la réévaluation, la détente mentale et à la détente

corporelle, en évaluant à la fois leur fréquence d'utilisation et l'efficacité perçue quant à leur usage pour gérer un affect positif ou négatif. Ainsi, nous avons exposé seize résultats (*i.e.* les quatre registres évalués en fonction de leur *fréquence d'utilisation* et de leur *efficacité perçue* par rapport à un *vécu affectif positif* et *négatif*). Nous référons le lecteur à l'annexe 2A de ce travail pour connaître le détail des résultats portant sur les autres registres du DOE-IT.

Trois des huit résultats relatifs à la fréquence d'utilisation sont significatifs (*i.e.* l'utilisation de l'acceptation et de la détente mentale pour la gestion d'un affect négatif ainsi que l'utilisation de la détente corporelle pour gérer une émotion positive), dont le dernier est uniquement tendanciellement significatif. En outre, deux des huit résultats portant sur l'efficacité perçue sont statistiquement significatifs (*i.e.* efficacité de la détente mentale pour la gestion d'un affect négatif et de la détente corporelle pour la gestion d'un affect positif) et quatre tendanciellement significatifs (*i.e.* efficacité de l'acceptation pour la gestion d'un vécu positif, de la réévaluation pour l'affectivité positive et négative et de la détente corporelle pour un vécu négatif). Ces résultats révèlent globalement une influence positive de notre intervention sur ces différents registres, telle que souhaitée et postulée dans nos hypothèses.

Concernant premièrement le registre de l'*acceptation*, les résultats relatifs à son usage dans le contexte d'un vécu affectif négatif et de son efficacité perçue face à un vécu positif sont statistiquement significatifs. Etant un registre dont l'importance a régulièrement été soulignée, notamment dans les théories cognitives et comportementales de la troisième vague (voir Philippot, 2007b), ces résultats sont bien satisfaisants et confirment la pertinence de notre programme dans les théories actuelles du traitement affectif, qui ajoutent aux techniques psychothérapeutiques traditionnelles la composante de l'acceptation.

Deuxièmement, la *réévaluation*, dont les résultats sont tendanciellement significatifs pour son efficacité perçue afin de gérer un vécu affectif positif et négatif, a également été identifiée comme étant une stratégie de régulation des émotions « adaptative » à court et à long terme (Ochsner & Gross, 2005). D'ailleurs, elle fait partie intégrante de la thérapie cognitive et, apparaissant potentiellement avant que la réponse émotionnelle ne soit déployée (« stratégie centrée sur les antécédents émotionnels »), permet à l'individu d'agir sur son émotion en limitant les conséquences comportementales, physiologiques et expressives des émotions (Gross, 2007).

Troisièmement, la perception de l'usage et de l'efficacité de la *détente mentale* pour gérer un affect négatif évolue également significativement entre les temps de mesure pour les participants à l'intervention comparativement aux sujets contrôles. La détente mentale, avec ou sans technique particulière, est également fort présente dans le traitement de différents troubles et problématiques (*e.g.* traitement du trouble de la personnalité borderline, où l'imagerie mentale est répertoriée comme technique de régulation des émotions).

Enfin, le quatrième registre porte sur la détente corporelle avec ou sans technique particulière. Les techniques explicitement entraînées dans nos modules sont la respiration abdominale et la relaxation progressive selon Jacobson. Précisons que les résultats sont significatifs pour l'usage et l'efficacité perçue de ce registre face à un affect positif et tendanciellement significatif pour son efficacité face à un vécu négatif. Ces résultats sont fort encourageants, du fait qu'il est généralement admis qu'il est nécessaire de répliquer des séances de trente à soixante minutes plusieurs fois par semaine durant plus d'une année afin de pleinement retirer les bénéfices de la relaxation progressive, dont l'efficacité a été démontrée par différentes recherches pour des problèmes d'hypertension, de maux de tête, de douleurs dorsales légères, d'insomnie, de tension et de stress, mais aussi dans la prise en charge des troubles anxieux, de l'état dépressif et de la réactivité au stress (Conrad & Roth, 2007). Notre programme et le CD de relaxation qui l'accompagne permettent alors d'atteindre rapidement une amélioration quant à l'usage et l'efficacité perçue de ce registre.

Il est important de mentionner que d'autres registres du DOE-IT ont connu une amélioration entre les points de mesure plus importante dans les groupes expérimentaux comparativement aux groupes contrôles. En effet, nous avons pu constater une augmentation significative de l'efficacité perçue de l'« influence sur la situation générant un affect négatif » et une augmentation tendancielle de l'efficacité de l'« auto-verbalisation face à un affect négatif ». Soulignons également que l'usage et l'efficacité de la « recherche d'information pour gérer un affect négatif et positif » tendent à diminuer entre les points de mesure et ceci contrairement à nos attentes, étant donné que l'influence directe sur la situation est généralement associée au fait d'être plus heureux (Billings & Moos, 1981, in Mikolajczak *et al.*, 2009) et à une meilleure santé physique (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002, in Mikolajczak *et al.*, 2009).

Sur le plan descriptif, nous pouvons observer une évolution des scores dans le sens attendu pour trente-trois des quarante-huit registres du DOE-IT. Pour quinze d'entre eux uniquement, l'évolution des scores entre les points de mesure ne va pas dans le sens souhaité, soulignant que globalement notre intervention permet un certain apprentissage concernant les stratégies de régulation des émotions qui est vérifié, d'une part au niveau de la fréquence d'utilisation des techniques et d'autre part, au niveau de l'efficacité perçue quant à leur usage. Finalement, l'influence de notre intervention a également été confirmée par les analyses effectuées sur certaines dimensions des questionnaires DERS, CERQ et ERQ.

En contraste, nous n'observons aucune évolution statistiquement significative pour certains paramètres de certains registres de stratégies de régulation des émotions du DOE-IT (valence du vécu ou efficacité *versus* usage). Différentes raisons peuvent être avancées. Premièrement, signalons que notre échantillon sur lequel ont porté nos analyses est faible. En effet, les scores d'uniquement trente-deux sujets ont été évalués, dont la moitié uniquement a été regroupée dans les groupes expérimentaux (*i.e.* les dix-huit restants représentant les sujets contrôles). Ce faible échantillon péjore la puissance statistique de cette partie de notre recherche et rend l'interprétation de ces résultats délicate (tout comme l'interprétation de ceux pour lesquels nous observons une significativité statistique). Deuxièmement, bien que les participants à notre recherche aient été assignés aléatoirement dans les deux conditions groupales, ils présentent des divergences statistiquement significatives au moment du pré-test sur certains registres du DOE-IT. Le faible nombre de sujets recrutés pour cette partie de notre étude peut expliquer à nouveau ces différences. En troisième lieu, nos participants ont des scores relativement élevés sur les registres du DOE-IT. En effet, tous les registres (à l'exception du registre relatif à l'évitement de la situation pour gérer un affect négatif (fréquence et efficacité perçue), l'ingestion de substances pour faire face à un vécu affectif positif et négatif (également usage et efficacité), l'usage de la détente mentale pour gérer un affect positif et négatif et finalement, l'usage de la détente corporelle pour gérer un affect positif), sont utilisés de « parfois » à « fréquemment/régulièrement » et perçus comme étant de « moyennement efficace » à « très efficace ». Ainsi, il semble difficile d'amener les sujets à utiliser d'autant plus une stratégie qui est déjà fréquemment utilisée et d'améliorer l'efficacité quant à son usage alors qu'elle est déjà jugée comme étant efficace. Quatrièmement, les sujets contrôles, étant en condition « liste d'attente », ont rempli l'inventaire également à trois reprises. Nous pensons que cette réplication de la batterie de questionnaires a engendré un effet réactif du testing, également

appelé « effet de retest ». Le fait de se poser à répétition la question de l'utilisation d'une stratégie pour gérer un vécu affectif positif ou négatif et de contraster cette réponse avec le degré d'efficacité perçue quant à cet usage peut effectivement amener les participants à changer leur comportement en matière de régulation des émotions et à adopter de nouvelles stratégies et/ou à évaluer certaines comme étant de plus en plus efficaces.

En outre, nous souhaitons rappeler le net avantage de l'inventaire que nous avons développé dans le cadre de cette intervention, qui consiste en l'évaluation de deux facettes incontournables de la régulation des émotions, à savoir la fréquence d'utilisation de la stratégie ainsi que l'efficacité perçue quant à son usage. En effet, le fait de s'attarder sur la fréquence d'utilisation d'une stratégie ne suffit pas pour mettre en évidence les différences interpersonnelles en matière de régulation des émotions. Par exemple, il n'est pas rare chez les sujets qui ont un score élevé sur la dimension névrosisme, d'éviter les situations génératrices d'émotions négatives, mais échouer à le faire efficacement (en particulier parce qu'ils manquent de confiance ou de sentiment d'auto-capacité pour utiliser cette stratégie). Les croyances et les attentes des individus sont alors déterminantes concernant ce qu'ils vont effectivement tenter de faire ; ce que permet d'évaluer le DOE-IT.

Finalement, il serait intéressant d'appliquer le DOE-IT dans différentes situations émotionnellement chargées. Comme l'indique Reicherts (1999a) dans le cadre de ses recherches sur la gestion du stress, les comportements de régulation devraient tenir compte de la situation. Gratz et Roemer (2004) vont également dans le même sens en insistant sur la nécessité de considérer les demandes de la situation et les objectifs de l'individu pour évaluer les stratégies de régulation des émotions, ce concept ne pouvant être uniquement compris et évalué dans un contexte spécifique (Cole *et al.*, 1994, in Gratz & Roemer, 2004 ; Thompson, 1994). Des analyses supplémentaires devraient également porter sur le nombre de stratégies utilisées par les participants, étant donné l'objectif de notre intervention, qui est de permettre aux individus d'accroître leur répertoire de stratégies de régulation des émotions et d'aboutir à davantage de flexibilité quant à leur usage. Et comme l'indique Reicherts (1999a, p. 86) pour revenir à l'importance de la situation, « la flexibilité ne requiert pas seulement que la personne soit capable de varier son comportement, mais également qu'elle ait tendance à le faire de manière spécifique, c'est-à-dire appropriée à la situation et aux buts visés. »

11.1.4. La qualité de vie

Les résultats n'indiquent aucune évolution statistiquement significative entre les points de mesure de la trajectoire des groupes expérimentaux, comparativement à celle des groupes contrôles, sur les dimensions « psychologique » et « physique » de la qualité de vie, et ceci contrairement à nos attentes. Aucune différence statistiquement significative n'apparaît également sur les deux autres dimensions de l'instrument (*i.e.* environnementale et sociale), cette fois-ci, telle que nous le pensions. Différentes raisons peuvent expliquer cette absence de significativité.

Premièrement, le WHOQOL-Bref, sur lequel ont porté nos analyses, offre une vision relativement large de la qualité de vie, comportant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales et ses relations par rapport aux caractéristiques importantes de son environnement. Ce concept multidimensionnel suit la définition proposée par l'OMS, à savoir: "an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" ¹¹ (WHOQOL Group, 1994, p.43). Le caractère étendu de ce concept est aisément reflété dans les items des différentes dimensions. Ainsi, l'*aspect physique* de la qualité de vie évalue les domaines suivants : la douleur (*e.g.* « La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ? »), la médication, l'énergie, la mobilité, le sommeil, les activités quotidiennes et finalement, le travail. Quant au *versant psychologique*, il évalue l'affectivité positive, la spiritualité, les pensées (*e.g.* « Etes-vous capable de vous concentrer »), l'image du corps, l'estime de soi et les sentiments négatifs. Relevons que, telle qu'opérationnalisée par le WHOQOL-Bref, la santé psychologique se définit notamment par une faible fréquence d'émotions négatives ressenties. Or, notre intervention ne vise pas forcément la réduction de l'affectivité négative, mais le fait de pouvoir mieux l'identifier, la distinguer, la communiquer ou encore la réguler. L'*aspect social* de la qualité de vie est évalué par les relations personnelles, la sexualité et le support social et finalement, l'*aspect environnemental* par la sécurité, l'environnement physique, l'aspect financier, l'accès à l'information (*e.g.* « Avez-vous le sentiment d'être suffisamment informé pour faire face à la vie de tous les jours ? »), les loisirs, l'accès aux soins et en dernier

¹¹ Traduction libre de l'auteure : « La perception qu'on les individus de leur position dans la vie, dépendant du contexte culturel et de leurs systèmes de valeurs ainsi qu'en fonction de leurs buts, attentes, standards et préoccupations ».

lieu, par les transports. Ainsi, nous pouvons facilement comprendre que notre intervention ne puisse pas engendrer des changements statistiquement significatifs sur la perception de nos participants concernant des domaines autant globaux et différenciés, tels que présentés ci-dessus. Notre programme, comportant uniquement six séances hebdomadaires de deux heures sur le traitement affectif, ne peut effectivement pas prétendre modifier de tels aspects si indirectement visés de la vie de l'individu et pour lesquels il doit se prononcer sur la base de ses valeurs, désirs ou encore, par rapport à ses préoccupations (WHOQOL-Bref, 1994). En outre, comme l'indiquent Skevington et collaborateurs (2004), les facettes du WHOQOL-Bref peuvent être caractérisées par la description d'un comportement, d'un état d'être, d'une capacité/potentiel ou encore d'une perception subjective/expérience. Ainsi, la perception de sa douleur physique est une perception subjective ou une expérience, la perception de sa fatigue peut être définie comme un état, celle de sa mobilité comme soit une capacité, soit un comportement (*i.e.* le fait de reporter « aller marcher »). Les participants à notre programme, bien qu'apprenant et entraînant des techniques leur permettant de modifier leur perception portée à différentes situations les concernant (*e.g.* utilisation de la réévaluation pour appréhender différemment une situation émotionnellement chargée), ne sont pas amenés à modifier leur potentiel d'action vis-à-vis de certains paramètres concrets de leur vie (*e.g.* leur mobilité) en lien direct avec leur santé physique, psychique, sociale ou environnementale.

En second lieu, la qualité de vie est un concept relativement complexe à analyser, pouvant être médiatisé par différentes variables inter-reliées (*e.g.* auto-efficacité, estime de soi, contrôle perçu concernant sa vie), qui peuvent également faire l'objet d'un changement dû à la participation à notre programme d'intervention. En outre, les évaluations subjectives peuvent être influencées en théorie par des mécanismes cognitifs (*e.g.* attentes concernant sa vie, niveau d'optimisme *versus* de pessimisme, valeurs sociales et culturelles, aspirations, standards de comparaison sociale concernant une situation de vie), rendant l'évaluation d'autant plus complexe de ce concept (WHOQOL : User Manual, 1998).

En troisième lieu, les participants à notre recherche ont obtenu des scores élevés sur les différentes dimensions du WHOQOL-Bref, à savoir statistiquement plus élevés que les valeurs de référence présentées dans la recherche de Hawthorne, Herrman et Murphy (2006) pour les dimensions physique et environnementale de la qualité de vie et également statistiquement supérieures sur les dimensions environnementale et sociale (bien que cette dernière différence ne soit que tendanciellement significative) comparativement aux normes avancées dans la

recherche de Noerholm, Groenvold, Watt, Bjorner, Rasmussen et Bech (2004). En outre, selon les qualificatifs établis dans la première recherche citée, notre échantillon a une qualité de vie pouvant être décrite de « très bonne » pour son versant environnemental, de « bonne » à « très bonne » pour le versant physique et de « bonne » pour les versants psychologique et social (voir Hawthorne *et al.*, 2006). Or, tel que le souligne Krampen (2008, p. 216) dans son article décrivant son programme de promotion de la santé consistant en un *self-monitoring* sur différents domaines : “No program effects were observed in health value, which is attributed to a ceiling effect resulting from a priori very positive evaluation of health in the samples under study. Future research should employ measure of health value for which more variance between subjects has been found empirically”¹². Bien que les variances interindividuelles dans notre recherche ne soient pas si basses, nous pouvons effectivement observer des valeurs élevées portant sur la perception de nos participants quant à leur qualité de vie.

Nous avons mentionné trois raisons principales qui pourraient expliquer ce manque de changement au niveau des dimensions du bien-être. Tenant compte de ces constats, nous pensons qu’il serait intéressant de compléter les profils des participants par une évaluation de leur qualité de vie, pouvant ensuite aboutir à un travail plus ciblé (en groupe ou en individuel) sur les aspects physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux pouvant être modifiés, supprimés ou acceptés et ainsi, améliorer la perception de nos participants sur ces aspects du bien-être. Il nous semble également de haute importance de vérifier l’influence de nos modules d’intervention sur des participants qui ont des niveaux de qualité de vie qualifiés de faibles. Tout comme pour les autres instruments susmentionnés, il nous semble toujours plus évident d’attendre des changements lorsque les scores sont à la base relativement bas. Finalement, il serait important de connaître les changements à *plus long termes*. En effet, il est probable et souhaité que notre intervention puisse influencer la perception des participants sur différents aspects de leur bien-être évalués dans différentes situations, qui cumulées et fréquemment réévaluées, peuvent influencer à plus long terme leur qualité de vie.

¹² Traduction libre de l’auteure : « Aucun effet du programme n’a été observé au niveau des valeurs relatives à l’état de santé, ce qui peut être attribué à l’effet plafond résultant à priori d’une évaluation positive de l’état de santé dans les échantillons de notre recherche. D’autres recherches devraient utiliser des mesures de la santé pour lesquelles la variance entre sujet est démontrée empiriquement ».

11.2. Critères d'évaluation

Nous avons souligné l'importance de traiter différents critères d'évaluation dans une recherche en intervention et avons présenté les cinq critères mis en évidence par Baumann et Reinecker-Hecht (2005), à savoir l'efficacité, l'efficience, la satisfaction du patient, la probation de la pratique et l'adéquation éthique. Nous allons reprendre ces critères afin de statuer sur l'influence de notre intervention sur le traitement affectif et la qualité de vie de nos participants. Nous avons longuement abordé le premier critère, à savoir l'*efficacité*, dans la partie de ce travail consacrée aux résultats. Nous avons particulièrement porté notre attention sur son évaluation multimodale, en intégrant différents instruments qui évaluent les principaux concepts qui nous intéressent. Ainsi et en guise d'exemple, un concept central de notre recherche, la régulation des émotions, a été évalué par le DOE-trait et le DOE-IT, mais aussi par le CERQ, le DERS ou encore l'ERQ. En outre, différents construits ont été évalués, à noter celui de l'Ouverture Emotionnelle, de la régulation des émotions ainsi que celui de la qualité de vie, dans le but d'apporter une réponse plus étoffée concernant l'influence de notre programme sur le traitement affectif et la qualité de vie des participants. Nous avons également opté pour un protocole de recherche incluant différents temps de mesure. De ce fait, en plus des mesures pré-test, post-test et suivi, nous avons récolté des données journalières et hebdomadaires nous permettant d'évaluer les changements à court et à plus long termes. Par contre, nous n'avons pas jugé utile de faire varier les sources de données, étant donné notre intérêt porté à l'auto-évaluation des participants, à savoir à leur perception quant aux différents construits évalués.

L'évaluation de l'efficacité peut se faire selon différents critères formels d'évaluation du changement. Nous nous sommes prioritairement attardés sur la significativité statistique, nous permettant subséquemment de répondre à nos hypothèses, dont la formulation implique une évolution différente de la trajectoire des groupes expérimentaux entre les temps de mesure, comparativement à celle des groupes contrôles (pour laquelle nous nous attendons à une stabilité). Le second critère formel est la significativité clinique qui s'évalue en observant le changement d'un individu par rapport aux normes de la population « fonctionnelle » ou à un critère de fonctionnement fonctionnel (« *High End-State Functioning* ») (Hill & Lambert, 2004). Ainsi, nous pouvons parler de significativité clinique si le patient en question rejoint le rang des « tout-venant » ou s'il sort des normes dites « dysfonctionnelles » (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984, in Jacobson & Truax, 1991). Étant donné nos échantillons de participants

« tout-venant » (vs « cliniques ») et l'absence de normes définissant les populations fonctionnelles ou de critère global de fonctionnement fonctionnel, nous n'avons pas retenu ce critère d'évaluation comme étant pertinent dans le cadre de notre recherche. Le troisième critère porte sur le pourcentage de patients améliorés par rapport à un critère/indicateur principal fixé, réunissant éventuellement différentes mesures multimodales. Le fait de fixer cet indicateur est relativement difficile dans les recherches en psychothérapie et se retrouve majoritairement dans les recherches en pharmacologie, où l'on rencontre fréquemment le terme de « *responder* » versus « *non responder* » afin de qualifier l'atteinte du critère. Etant donné la difficulté de fixer un tel critère pertinent dans notre recherche, nous n'avons également pas retenu ce critère d'évaluation. Le quatrième est l'ampleur de changement, revenant à se prononcer sur les différents effets possibles de l'intervention. Nous avons cherché à répondre à ce critère en effectuant des mesures multimodales. Ainsi, nous pouvons nous prononcer non seulement sur l'objectif de mesure principal (*i.e.* les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle), mais aussi sur d'autres effets plus indirectement visés, tels que la qualité de vie. Par rapport à ce critère, nous ne pouvons pas avancer que notre intervention possède un large spectre d'effets, n'agissant pas sur la qualité de vie. Cependant, afin de statuer sur l'ampleur du changement de manière plus consistante, d'autres mesures devraient être effectuées sur d'autres concepts, tels que l'estime de soi ou la confiance en soi, qui peuvent tous deux répondre à des changements suite à une intervention thérapeutique. La recherche de Fauquex (2010), effectuée sur une cohorte de notre recherche, s'est penchée sur l'impact de notre intervention sur la qualité des relations sociales et l'estime de soi des participants. Malgré l'absence de résultats statistiquement significatifs, des tendances allant dans le sens supposé ont été observées sur les différentes dimensions dans les groupes expérimentaux uniquement (*i.e.* et non dans les groupes contrôles). Une grande prudence est requise concernant ce constat, étant donné notamment le faible échantillon de la recherche ; ce qui ne nous permet alors pas de statuer davantage sur le spectre d'effets de notre intervention. Le cinquième critère est la durée de changement. Ce point nous semble crucial étant donné que nos hypothèses principales portent sur des tendances, à savoir des traits relativement stables. Nous avons opté pour un suivi à deux mois (à savoir deux mois après la fin de notre intervention), ce qui correspond à ce que nous rencontrons généralement dans les recherches en psychothérapie. Cependant, il est pertinent dans le cadre de notre recherche de se demander si un suivi à plus long terme aurait encore davantage mis en exergue certaines améliorations attendues. Cet aspect mériterait d'être traité dans une prochaine étude, où il serait intéressant d'inclure un second suivi six mois après la fin de l'intervention. Finalement, le sixième critère concerne les taux d'effets négatifs, à savoir les effets non désirés, les éventuels

refus de thérapie ou encore le taux de *drop-out* rencontré dans la recherche. Les feedbacks des participants n'indiquent aucun effet non désiré ou secondaire relatif à notre recherche ; ce qui est d'ailleurs confirmé par le *Group Questionnaire*, le *Group Evaluation Scale* (GES) ainsi que par le questionnaire développé dans le cadre de notre recherche pour évaluer la qualité de la séance écoulée. En ce qui concerne le taux de *drop-out*, il est extrêmement faible. En effet, seule une participante de la condition expérimentale a quitté le programme avant sa fin. Ce taux est très faible par rapport à celui rencontré dans les thérapies de groupe. En effet, Yalom et Leszcz (2005) ont mentionné un taux de *drop-out* moyen d'une psychothérapie groupale de 47% (allant de 17 à 57%). Différentes explications peuvent expliquer notre taux extrêmement bas de départs prématurés. Premièrement, les personnes qui ont suivi notre programme d'intervention étaient toutes motivées et volontaires et faisaient partie du réseau des étudiants du groupe de recherche constitué autour de cette thématique. Nous avons également porté une attention particulière sur les éléments favorisant la cohésion de groupe, connue pour faire chuter le taux de départs prématurés, tels que la structure de nos séances, l'homogénéisation des groupes, la constitution de groupes fermés, la sélection des participants avant le commencement et la fermeture des groupes ou encore, avec une séance de préparation avec chaque participant individuellement durant laquelle les objectifs personnels de chacun sont évalués et pondérés. Par conséquent, nous pouvons aisément statuer que notre intervention présente effectivement un taux de départs prématurés très bas et peu, voire pas, d'effets indésirables.

Le second critère d'évaluation est celui de l'*efficience* (« *cost-effectiveness* » ou « *cost-benefit* »), représentant l'évaluation de l'investissement nécessaire (*e.g.* coûts financiers, investissement personnel) pour l'atteinte de l'objectif ou du but fixé. Nous n'avons pas évalué de manière explicite cet aspect dans ce travail. Cependant, étant donné que notre programme est effectué sur six séances de deux heures et mené par deux conseillers, son coût semble tout à fait raisonnable en fonction de l'objectif de traitement visé, à savoir une amélioration de la manière de traiter son affectivité.

La *satisfaction du patient* est le troisième critère d'évaluation avancé par Baumann et Reinecker-Hecht (2005). Les participants nous ont donné des feedbacks positifs concernant leur participation. De plus, bien qu'ils aient parfois trouvé difficile de s'astreindre au remplissage du carnet de bord, et ceci notamment lorsque celui-ci était accompagné d'une alarme leur demandant un enregistrement quasi immédiat, la majorité s'est accordée à décrire cette auto-observation comme étant un excellent outil d'apprentissage. Le taux de réponse extrêmement

élevé en est un indicateur très parlant. Signalons également que certains sujets des deux conditions groupales ont trouvé la batterie de questionnaires trop longue et sa passation trop fréquente.

Le quatrième critère, la *probation de la pratique* ou *mise à l'épreuve dans la pratique* concerne l'évaluation du programme dans des conditions de pratique (*versus* de laboratoire). Nous pouvons prétendre au respect de ce quatrième critère. En effet, nous avons conduit l'ensemble de nos séances dans des salles entièrement adaptées à ce genre d'intervention. Ainsi, les participants ne se sont pas retrouvés dans un environnement de laboratoire ; ce qui aurait pu avoir une incidence sur le déroulement de notre intervention et les résultats y relatifs. En outre, la passation à trois reprises de la batterie de questionnaires ainsi que l'auto-observation quotidienne, toutes deux demandées à chaque participant, sont des éléments fréquemment rencontrés dans ce genre d'intervention (*i.e.* étant régulièrement intégrées dans un travail cognitivo-comportemental et se retrouvant alors couramment en dehors du contexte de la recherche).

Enfin, le dernier critère d'évaluation avancé par Baumann et Reinecker-Hecht (2005) est l'*adéquation éthique*, sur la base duquel nous pouvons également nous prononcer en faveur de notre intervention. En effet, en plus de considérer les différents critères méthodologiques et cliniques, nous avons porté notre attention sur les critères éthiques liés à une recherche en intervention. Par exemple, tous les participants sélectionnés désirant suivre notre intervention ont pu y participer (notamment grâce à la constitution des groupes « liste d'attente » dans la condition expérimentale). De plus, chaque participant et conseiller ont été amenés à signer un consentement éclairé, assurant notamment le principe de confidentialité et décrivant les règles ainsi que le déroulement de l'intervention/passation.

En guise de conclusion, nous avons cherché à répondre de la manière la plus étoffée et complète à la question de l'influence de notre intervention sur le traitement affectif et la qualité de vie des participants à notre recherche. Nous avons majoritairement considéré la significativité statistique, tout en tenant compte, dans une certaine mesure, des autres indicateurs et considérations en termes d'évaluation d'un programme d'intervention. Nous souhaitons compléter cette discussion par les validités de notre étude.

11.3. Discussion des critères de validité

Nous allons aborder certaines limites de notre recherche par le biais des types de validité généralement considérés dans une recherche en intervention et statuer dans quelle mesure les résultats de notre étude apparaissent comme étant valides et fiables.

11.3.1. Validité interne

La validité interne cherche globalement à savoir si les résultats obtenus peuvent être effectivement attribués à la variation de la variable indépendante. Ainsi, la validité interne de notre recherche est bonne, pour autant que les changements sur les dimensions évaluées puissent être attribués au fait de participer ou non à notre programme d'intervention. Différents éléments peuvent généralement péjorer ce type de validité et amener le chercheur à considérer les changements observés imputables à d'autres influences que celles exercées par la variable indépendante, telles que la présence d'événements extérieurs au sujet (*e.g.* événement de vie positif ou négatif venant influencer les résultats de la recherche) ou internes à celui-ci (*e.g.* maturation, le fait de se savoir évalué). Certains de ces aspects n'ont pas pu être contrôlés ou limités dans notre recherche. Par exemple, nous n'avons pas considéré les éventuels *événements de vie* vécus par les participants (contrôles ou recevant l'intervention), ayant pu influencer leur vécu et traitement affectif durant la phase d'évaluation. Nous avons uniquement demandé aux sujets expérimentaux à la fin de chaque semaine d'intervention de se prononcer 1) dans quelle mesure les sept derniers jours ont été comparables à une de leurs semaines «typiques» et 2) si des événements particuliers se sont produits pendant ces sept derniers jours. Cependant, les réponses à ces items n'ont pas été évaluées et ces questions n'ont pas été posées aux sujets contrôles. Par conséquent, il est possible que la présence de certains événements de vie puisse avoir péjoré la validité interne de la recherche, mais ceci uniquement dans le cas où la majorité des sujets d'un groupe aurait subi une même influence ou l'effet d'une même interaction. De plus, le nombre de sujets inclus dans notre échantillon total permet de combler dans une certaine mesure cette lacune. L'*effet de testing* peut également représenter une certaine atteinte à la validité interne. En effet, chaque participant (contrôle ou expérimental) a dû remplir notre batterie de questionnaires à au moins trois reprises (et à cinq reprises pour les groupes «liste d'attente», mais pour lesquels seules les trois premières mesures ont été analysées). Or, le fait de répliquer ces passations peut engendrer des changements chez les participants. En effet, en leur posant différentes questions relatives à leur traitement affectif, ces derniers peuvent devenir

davantage conscients de leur manière de vivre et traiter leur affectivité ; ces passations pouvant alors déjà être considérées comme un « traitement minimal » sur le traitement émotionnel.

Afin de limiter au maximum certains biais, nous avons opté pour la rédaction d'un *manuel d'intervention* (Haymoz & Reicherts, sous presse). Ce faisant, nous pouvons administrer notre traitement expérimental de manière valide et représentative (rendant également les résultats issus des différentes cohortes comparables), assurer une proximité entre le traitement prévu et sa réalisation (*i.e.* « *treatment integrity* »), mais aussi avoir une base pour l'entraînement et la supervision des conseillers. Ainsi, bien que les groupes aient été menés par des conseillers différents, ces derniers ont été formés par la même personne et sur la base du manuel (il en va de même pour les superviseurs des conseillers). De par le fait que nous n'avons aucun sujet avec des valeurs extrêmes, l'effet de régression statistique, amenant les valeurs à se « normaliser » par la répétition des mesures, semble également limité dans notre recherche. Finalement, relevons que la perte expérimentale des sujets, pouvant également porter atteinte à la validité interne de la recherche, est aussi très limitée. En effet, le taux de départs prématurés est extrêmement faible : seule une personne a terminé prématurément notre programme d'intervention. Différents moyens ont été appliqués afin de diminuer les taux d'abandon, tels qu'une attention portée sur la cohésion de groupe, la sélection des participants ainsi que l'évaluation avant le commencement du travail groupal des objectifs personnels de chaque participant. Le taux de retour des questionnaires est également très élevé, étant donné que seuls trois sujets (*i.e.* deux sujets issus du groupe expérimental et un sujet du groupe contrôle) n'ont pas rendu leurs questionnaires au moment du suivi.

11.3.2. Validité externe

La validité externe concerne la généralisation des résultats à d'autres personnes, settings, temps ou mesures. Selon Timulak (2008), elle représente généralement, avec l'échec d'un contrôle expérimental et le faible focus sur la manière dont se produisent les changements thérapeutiques, un problème important dans les RCTs¹³. Cependant, nous avons cherché à promouvoir ce type de validité au mieux dans notre recherche.

¹³ Traduction libre de Timulak (2008, p.36): "Among the biggest problems of RCTs are failure of experimental control, low external validity and little focus on explanation of how therapeutic change comes about"

Nos résultats, portant sur des échantillons non cliniques âgés entre 20 et 60 ans, peuvent être généralisés pour cette tranche de la population avec quelques réserves. En effet, les sujets ont été recrutés dans le réseau des étudiants qui ont effectué leur mémoire de Master dans la thématique de ce travail. Ce faisant, il n'est pas entièrement représentatif de la population suisse, étant donné ses niveaux socio-économique et de formation relativement élevés (voir tableau sur les données socio-démographiques dans l'annexe 1). De plus, étant donné nos critères de sélection, les sujets de notre échantillon ont une très bonne maîtrise de la langue française, ne bénéficient d'aucune offre thérapeutique ou de soutien psychologique, ont des scores bas sur le plan symptomatologique et sont intéressés par la thématique de notre intervention. Ces points nous amènent également à les distinguer des « tout-venant » de cette même tranche d'âge.

Soulignons que le choix de la tranche d'âge retenue a fait l'objet d'une certaine attention. Comme le soulignent John et Gross (2004), les différences individuelles en matière de régulation des émotions (et de traitement affectif de manière plus générale) ne sont généralement pas considérées comme étant des traits fixes ou immuables, mais comme étant des stratégies socialement acquises sensibles au développement de l'individu. Ainsi, les jeunes adolescents expérimentent des états émotionnels (en particulier négatifs) plus fréquemment et plus intensément que des individus plus jeunes ou plus âgés (Larson, Moneta, Richards, & Wilson, 2002, in Zimmerman, 2012). De plus, la maturation de leurs systèmes hormonaux, neuronaux et cognitifs (systèmes qui sous-tendent notamment le développement de la régulation des émotions), se poursuit au cours de l'adolescence (Spear, 2000, in Zimmermann, 2012), de sorte à ce que les capacités de traitement cognitif et de régulation émotionnelle évoluent entre l'âge de 14 et 19 ans (Zimmermann, Quartier, Bernard, Salamin, & Maggiori, 2007 ; pour une revue portant sur le traitement affectif durant l'enfance, voir Brodard, Favez, & Quartier, 2012 ; Kopp & Neufeld, 2009). À l'inverse, la vieillesse annonce généralement une amélioration et une importance accrue de plusieurs facettes de l'affectivité et du fonctionnement émotionnel (Mather & Cartensen, 2005, in Maggiori, 2012), notamment une sensibilité affective et une attention envers son propre vécu affectif plus élevées, une plus grande maturité sur le plan émotionnel, une importance accordée aux émotions également plus grande et une diminution de la fréquence des émotions négatives. Des différences sont également à signaler au niveau des stratégies de « régulation des émotions » utilisées, à savoir davantage de stratégies de coping centrées sur l'émotion (en opposition à celles centrées sur le problème). Les scores sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle semblent également différents chez les

personnes âgées que chez les plus jeunes. En effet, Maggiori (2012) indique que les personnes âgées communiquent et expriment moins leurs états affectifs et perçoivent également moins les indicateurs corporels internes (PERINT) que les sujets adultes. Par contre, ils rapportent une capacité supérieure à réguler leurs affects. Par conséquent, au regard de la spécificité du vécu et du traitement affectif chez les jeunes et les personnes âgées, nous avons décidé de cibler les adultes entre vingt et soixante ans et pouvons généraliser nos résultats uniquement à cette tranche d'âge (avec les réserves susmentionnées).

Considérant l'aspect culturel et situationnel, notre échantillon est dans la grande majorité composé de sujets suisses issus d'un milieu socio-économique supérieur. Nous ne pouvons alors pas généraliser les résultats de notre recherche à d'autres cultures ou situations (*e.g.* milieu économiquement défavorable), mais uniquement aux sujets adultes sans pathologie et de niveau socio-économique favorable.

La validité de situations (ou validité écologique) de notre recherche, qui porte sur le degré de rapprochement entre les aspects de la situation expérimentale et ceux du milieu naturel des sujets, est également bonne. Premièrement, le matériel sur lequel se base les conseillers pour conduire les séances d'intervention est issu soit de situations quotidiennes fréquemment vécues soit des récits de situations émotionnellement chargées amenées par chaque participant en début de séance. Les situations travaillées au sein du groupe font donc partie intégrantes du quotidien des participants, assurant ainsi la correspondance entre les conditions de la recherche et celles qui se retrouvent dans une intervention de soutien, voire psychothérapeutique. Le déroulement des séances correspond également à celui rencontré dans le cadre d'une intervention menée hors du contexte de la recherche. En outre, le carnet de bord offre une bonne validité écologique, par des mesures dans l'environnement naturel du sujet, même s'il rend le contrôle des conditions plus difficile. La validité externe de notre recherche semble alors appropriée, si tant est que la généralisation se fasse uniquement aux personnes adultes sans souffrance physique ou psychologique particulière et issues d'un milieu socio-économique favorable.

11.3.3. Validité des variables

Ce type de validité cerne la question de savoir si les variables opérationnalisées de la recherche représentent de manière adéquate les variables théoriques. Les menaces à l'encontre de ce type de validité portent alors sur les interprétations alternatives des liens observés.

Différentes considérations ont été portées dans notre recherche pour aboutir à une bonne validité des variables, malgré la présence de certains éléments pouvant la péjorer. En effet, il est important de rappeler que notre batterie de questionnaires est composée d'*instruments auto-rapportés*, évaluant ainsi la perception du participant des différents construits considérés. Ce faisant, nous partons du postulat que l'individu soit en mesure de se prononcer sur ces différents aspects ; ce qui requiert de sa part un certain niveau de conscience concernant les efforts qu'il mobilise pour gérer ses émotions ou traiter son affectivité. Or, certaines stratégies de régulation des émotions peuvent se manifester sans attention consciente ; ce qui rend pertinente la question de savoir à quel point les individus peuvent répondre de manière satisfaisante à des mesures auto-reportées sur leurs stratégies de régulation des émotions (voir Robinson & Clore, 2002, in Aldao *et al.*, 2010). Comme le mentionnent également Aldao et collaborateurs (2010), de tels rapports peuvent requérir davantage d'*insight* et de métacognition que les individus en soient réellement capables. En outre, ces rapports peuvent être influencés par les humeurs négatives ou les biais de représentations personnelles. Ainsi, certains individus se basent davantage sur leur sentiment passé pour faire leur jugement alors que d'autres sont davantage influencés par leur état émotionnel actuel (Schwarz & Clore, 1983, in Forgas, 2009). Le fait que les états émotionnels affectent la qualité des mesures auto-reportées a également été mis en évidence par Lundh et collaborateurs (2002, in Novick-Kline, Turk, Mennin, Hoyt, & Gallagher, 2005, *e.g.* Une personne aux prises d'une humeur négative va sous-estimer ses habiletés en matière de compréhension ou de gestion émotionnelle). De ce fait, Concernant les représentations personnelles, ces mêmes chercheurs ont également mis en évidence qu'un individu avec un perfectionnisme élevé va avoir des scores à la TAS-20 également plus élevés. Les mesures du perfectionnisme, non seulement corrélaient avec la TAS-20, mais prédisent également ses scores et ceci même après contrôle de l'affect négatif. Finalement, selon Cole et collaborateurs (2004, in Aldao *et al.*, 2010), l'auto-observation portant sur la régulation des émotions peut confondre l'expérience de l'émotion avec sa régulation. Au regard de ces différents constats, il peut sembler ardu de demander à un individu d'évaluer ses états émotionnels et de les coter, d'autant plus si ce dernier a des difficultés en matière de régulation des émotions, avec la complication supplémentaire qu'une partie de la régulation des émotions est difficile d'accès à la conscience. Cependant, dans notre recherche, nous nous intéressons à la perception du sujet concernant ses comportements ou stratégies et, en aucun cas, prétendons évaluer des composantes non conscientes du traitement affectif ou de la régulation, bien que tout de même présentes. D'autres limites liées au *self-report* peuvent être encore avancées. Premièrement, le sujet, en se référant

à ses tendances globales, peut être affecté par des biais de rétrospection. Par conséquent, il se peut qu'il y ait un écart entre ce qu'il dit faire et ce qu'il fait réellement dans la situation. Nous avons essayé de limiter ce biais et son atteinte portée à la validité des variables en effectuant également des mesures quotidiennes de l'affectivité. Deuxièmement, selon Caccioppo et collaborateurs (1999, in Ryff & Singer, 2003) ou encore Green et collègues (1999, in Ryff & Singer, 2003), les influences motivationnelles et le langage ne capturent pas toujours l'expérience affective réellement vécue. Pour pallier à l'influence motivationnelle, nous avons évalué la motivation de chacun de nos participants, qui rappelons étaient tous volontaires à participer à la recherche. Pour le second point, nous avons fixé comme critère d'exclusion la non maîtrise parfaite de la langue française pour ainsi diminuer ce biais. Finalement, le carnet de bord, que nous avons utilisé dans le but notamment de comprendre davantage le traitement affectif de nos participants au quotidien, offre les deux perspectives précitées concernant le vécu affectif (*i.e.* dimensionnelle et catégorielle). Ainsi, le problème souvent mentionné à l'encontre des inventaires auto-rapportés portant sur le fait que les affects n'incluent pas toujours des termes qui auraient été spontanément choisis par l'individu afin de décrire ses sentiments, l'amenant ainsi à cocher parmi différents qualificatifs ne faisant peut-être pas partie de son style individuel linguistique, est limité dans notre recherche.

Un second aspect pouvant péjorer ce type de validité est l'effet de désirabilité sociale. Un participant peut effectivement coter différemment les scores des questionnaires pour contenter l'expérimentateur et, dans le cadre de notre recherche, pour montrer qu'il a acquis certaines compétences nouvelles grâce à l'intervention. Néanmoins, les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle corrélaient faiblement avec l'échelle de mensonge, indiquant qu'il s'agit d'un construit relativement indépendant de celui de la désirabilité sociale (Reichert, 2007 ; Verardi *et al.*, 2010, in Rossier, Verardi, Genoud, & Zimmermann, 2012), ce qui nous indique que pour ce construit du moins, la validité des variables n'est pas péjorée à cause de cet effet. Par contre, Lundh et collaborateurs (2002, in Novick-Kline *et al.*, 2005) ont mis en évidence que les individus qui ont des scores élevés à la TAS-20 et au LEAS (*i.e.* instrument évaluant la conscience émotionnelle) ont également des scores élevés sur les échelles de désirabilité sociale, ce qui nous conforte encore dans le choix de l'utilisation du DOE-trait pour évaluer le traitement affectif de nos participants.

Finalement, les instruments que nous avons retenus dans notre batterie de questionnaires ont de bonnes propriétés psychométriques, rendant l'évaluation des différents construits théoriques également plus robuste.

Nous aurions pu aller un peu plus loin avec la préservation de la validité des variables en ajoutant des mesures complémentaires du vécu et du traitement affectifs, notamment des mesures physiologiques, en plaçant l'individu face à une situation émotionnellement chargée. Etant donné que les émotions humaines sont à la fois internes et externes, « phénoménologiques » et physiologiques, ces différents versants devraient être mobilisés pour capturer le phénomène émotionnel (Santerre & Allen, 2007). Ainsi, nous aboutirions à un protocole combinant des mesures objectives et subjectives pour couvrir les différents aspects de l'émotion. Ainsi, malgré les critiques régulièrement portées à l'encontre des mesures auto-rapportées (*i.e.* évaluant des aspects personnels, sensibles et parfois inconfortables), elles sont utiles car elles promeuvent un *insight* dans l'expérience personnelle et servent de paramètres de contrôle pour évaluer les différences individuelles et ceci, d'autant plus si elles sont couplées avec des mesures objectives (Armony & Vuilleumier, 2013). Il serait également intéressant de recourir à plusieurs sources de données. Cependant, nous rappelons que nous nous sommes premièrement intéressés à la perception des participants sur les différentes dimensions évaluées. Par conséquent, considérant le riche ancrage théorique et les bons indicateurs psychométriques et de validité des instruments retenus dans notre recherche, nous pouvons nous prononcer en faveur d'une bonne validité des variables.

11.3.4. Validité statistique

La validité statistique traite la question de savoir dans quelle mesure le résultat est évident ou valable ou encore dans quelle mesure il est possible de détecter des effets s'ils existent. Tous les facteurs liés à l'évaluation quantitative peuvent alors influencer l'interprétation des résultats, tels qu'une puissance statistique faible, la variabilité des procédures, une faible fidélité des mesures ou encore, l'utilisation de tests statistiques inadéquats.

La puissance statistique de notre recherche est légèrement réduite, étant donné le nombre insuffisant de sujets dans nos deux conditions groupales. En regroupant les trois cohortes de participants, nos analyses ont porté sur cinquante sujets au bénéfice de notre intervention,

comparés à cinquante-deux sujets contrôles. Or, selon les analyses nous permettant de statuer sur la puissance statistique d'une recherche, il serait nécessaire d'avoir au moins soixante personnes par condition afin d'assurer une puissance statistique pouvant être qualifiée de bonne. Lorsque nous avons analysé les résultats de la dernière cohorte uniquement, seuls dix-huit sujets expérimentaux ont été comparés aux dix-sept sujets contrôles, ce qui péjore nettement notre puissance statistique et nous amène à garder une certaine prudence quant à l'interprétation des résultats y relatifs.

La fidélité des mesures est aussi un aspect qui peut péjorer la validité statistique d'une recherche. Comme nous l'avons déjà mentionné pour la validité des variables, nous avons retenu dans notre batterie de questionnaires uniquement des instruments comportant de bonnes propriétés psychométriques. Cependant, il est à noter que le DOE-IT possède pour certains registres une consistance interne relativement faible (et pour lesquels moins de quatre scores ont été retenus). C'est le cas pour la fréquence d'utilisation et l'efficacité perçue de l'« acception » pour faire face à un vécu affectif négatif ainsi que l'ensemble du registre de la « détente mentale », tous deux ayant fait l'objet des analyses présentées dans ce travail. La fidélité test-retest de cet inventaire n'a également pas été établie.

Concernant l'utilisation des tests statistiques, nous avons opté pour deux types d'analyses statistiques afin de statuer sur l'impact de notre intervention sur le traitement affectif et le bien-être des participants. Premièrement, nous avons effectué des analyses multi-niveaux (« *hierarchical linear modeling* »), nous permettant de tenir compte de la dépendance et de la structure hiérarchique de nos données, tout en séparant les sources de variance et ainsi, les attribuer adéquatement aux différences intra-individuelles ou interindividuelles. Ces analyses ont nécessité le traitement des données en deux niveaux (*i.e.* intra-sujet et inter-sujet) avec l'ajout successif d'un prédicteur par niveau (*i.e.* prédicteur « temps » au premier niveau et prédicteur « intervention » au deuxième niveau), tel que nous l'avons présenté en guise d'introduction de nos résultats. Ce type d'analyse nous a permis de nous prononcer sur l'effet du temps et de la participation ou non à l'intervention sur les scores obtenus sur les différentes dimensions retenues. Cependant, il convient de préciser que le test du *Chi carré* reste significatif après l'inclusion du facteur « intervention » dans les différents modèles testés ; ce qui sous-tend une présence de variance résiduelle intergroupe significative dans les paramètres de la constante et de la pente. Ce constat pourrait nous amener à ajouter un autre facteur au deuxième niveau

afin de rendre notre modèle d'autant plus robuste ; ce que nous n'avons pas testé dans le cadre de ce travail. Nous avons également opté pour une estimation de la trajectoire des différentes courbes avec trois points de mesure. Ce nombre, étant le minimum, rend le taux d'erreurs de mesure plus élevé. En second lieu et afin de mettre en exergue le facteur d'interaction « Temps x Groupe », nous avons effectué des analyses de variance multivariée (MANOVA) à mesures répétées (pré vs post) avec les deux conditions groupales (« intervention » vs « liste d'attente »). Ce type d'analyse permet de tester en une seule fois la totalité des variables à l'étude et de mettre en évidence des effets globaux versus détaillés de l'intervention en évitant le cumul d'erreurs alpha (tel que c'est le cas par exemple en répliquant des *t*-tests). Par conséquent, ce test est tout à fait indiqué lorsque nous nous intéressons à l'effet de différents facteurs sur plusieurs variables dépendantes corrélées entre elles. Les calculs ne portent alors pas sur un score, mais sur une matrice de scores. La statistique de test estimée est le Wilks's Lambda, à partir de laquelle un F approximé peut être obtenu (*i.e.* celui présenté dans les résultats de ce travail). Cependant, ce type d'analyse demande quelques prérequis, dont un n'a pas été respecté, à savoir celui portant sur l'indépendance des observations. En effet, comme nous l'avons précisé ci-dessus en expliquant notre choix de conduire des analyses multi-niveaux, nos données suivent une structure hiérarchique impliquant une certaine dépendance des observations. Par contre, les autres pré-requis sont respectés (malgré parfois un degré de kurtosis ou d'asymétrie à relever pour certaines dimensions). Toutefois, nous rappelons que les analyses de variance multivariée ont été présentées en supplément aux analyses multi-niveaux, dans le but d'évaluer l'effet d'interaction qui ne peut pas être explicitement mis en évidence par ces dernières. Par conséquent, ces deux types d'analyses nous semblent indiqués et complémentaires afin de répondre à nos hypothèses, assurant une suffisamment bonne validité statistique. Finalement, nous aurions pu compléter nos analyses statistiques par une analyse de cas singulier. En vue de la richesse des jeux de données dont nous disposons, ce type d'analyse nous aurait permis de mettre éventuellement en évidence d'autres phénomènes en investiguant en détail les processus affectifs d'une seule et même personne.

En guise de conclusion concernant les différents types de validité présentement cités, nous pouvons considérer notre recherche comme étant globalement robuste -malgré une puissance statistique réduite pour certaines analyses- reposant sur des critères méthodologiques et statistiques bien étayés, qui nous permettent de nous assurer de la qualité des résultats présentés et discutés.

11.4. Implications et perspectives

Nous avons parcouru les forces et les faiblesses de notre présente étude, en citant parfois déjà quelques suites intéressantes à lui donner. Nous souhaitons commencer par présenter les aspects faisant partie de notre étude qui n'ont pas encore été analysés. En second lieu, nous aborderons les améliorations et perspectives à lui donner.

Premièrement, nous désirerions évaluer l'impact de notre intervention au niveau individuel en considérant l'Evaluation des Buts à Atteindre que les participants ont rempli avant le commencement de l'intervention, à la fin de celle-ci et deux mois après. Nous pourrions ainsi avoir une vision plus fine et détaillée de l'influence de notre intervention, en mettant en exergue le pourcentage d'atteinte des objectifs individuels. Deuxièmement, nous souhaiterions analyser les processus thérapeutiques en cours d'intervention dans le but de mieux comprendre les résultats, à commencer par l'analyse des facteurs du *Group Questionnaire*, qui s'intéresse aux liens relationnels au sein d'une thérapie de groupe. De manière plus large, par des analyses de médiation et de modération, nous pourrions évaluer s'il y a d'autres variables, comme certains facteurs de personnalité, de motivation ou d'efficacité personnelle, qui jouent un rôle modérateur sur l'efficacité de l'intervention, que ce soit à court ou à long terme. Il est à noter que notre protocole de recherche actuel n'offre pas de mesure de la motivation ou de l'efficacité personnelle. Ces mesures pourraient alors être intégrées au protocole existant. En troisième lieu, nous voudrions analyser les profils obtenus quant à l'utilisation et l'efficacité perçue des stratégies de régulation des émotions. Tel que l'a fait Reicherts (1999a) concernant les stratégies de coping, nous souhaiterions aboutir à des règles cognitives et comportementales quant à l'usage de stratégies de régulation des émotions en fonction du contexte et également identifier les interactions entre les émotions vécues (*i.e.* de valence positive ou négative) et les stratégies utilisées. Nous pourrions aussi vérifier les co-variations entre l'usage d'une stratégie et son efficacité perçue pour essayer de comprendre de manière plus nuancée certaines caractéristiques sous-tendant la fonctionnalité d'une stratégie de régulation des émotions (*e.g.* à partir de quel moment la réévaluation cesse d'être effective et devient une stratégie non adaptée ? Dans quel contexte ?). Des analyses de co-variation seraient également intéressantes entre les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle et différentes variables, telles que le bien-être.

Nous souhaitons également aborder les perspectives futures que notre recherche actuelle nous permet d'envisager. Premièrement, nous désirerions administrer notre programme d'intervention à différents échantillons cliniques, dans lesquels nous pourrions observer davantage de variabilité au niveau de la qualité de vie et du traitement affectif. Etant donné que les personnes qui souffrent d'un trouble psychique rencontrent habituellement de réelles difficultés en matière de traitement affectif, nous pensons ainsi obtenir un impact plus important de notre intervention sur les composantes du traitement affectif et du bien-être, tel que déjà souligné dans la discussion portant sur les résultats. Ainsi, notre programme d'intervention pourrait être conçu de manière autonome, comme c'est le cas dans cette recherche, mais pourrait également s'ajouter au traitement de base suivi par le patient ou encore être utilisé sous forme de *self-help book*. Le fait d'administrer notre programme auprès d'échantillons cliniques nous permettrait également d'analyser de nouveaux profils sur les dimensions de l'Ouverture Emotionnelle relatifs à certains troubles encore non étudiés dans les recherches portant sur ce modèle, tels que la phobie sociale, l'anxiété généralisée ou certains troubles de l'humeur. Comme le soulignent Reicherts et collaborateurs (2012), cette étape permettrait de compléter l'éventail des patterns problématiques et de contribuer à préciser la spécificité des problèmes affectifs. Ensuite, nous ambitionnerions de modifier quelque peu le protocole de recherche en supprimant un pré-test dans les groupes « liste d'attente », de sorte à ce qu'ils n'aient plus que deux points de mesure avant le commencement de l'intervention ; ce qui diminue également l'effet potentiel d'apprentissage ou de testing. L'ampleur de la batterie de questionnaires mériterait également d'être réduite aux questionnaires principaux pour ne pas empiéter sur la motivation des participants, notamment de ceux en condition « liste d'attente » qui la remplissent à cinq reprises. Troisièmement, nous pourrions enrichir nos données par des mesures objectives du traitement affectif (*e.g.* mesures des paramètres physiologiques), comme proposé ci-dessus, où nous engendrerions des états affectifs (plus ou moins spécifiques) et procéderions à des observations détaillées des processus affectifs et des techniques de régulation utilisées par le sujet. Finalement, nous désirerions développer davantage l'auto-observation quotidienne, en offrant des supports informatisés, permettant une récolte simplifiée des données ainsi qu'une analyse personnalisée. Ce type de dispositif pourrait également informer immédiatement le sujet de son fonctionnement affectif et lui fournir directement des pistes d'intervention.

12. Conclusion

Parmi les différents éléments que nous avons présentés dans ce travail, nous souhaitons insister sur l'importance que requiert le traitement affectif dans les thématiques de la santé physique et psychique. En conséquence, différents traitements ont émergé, avec un focus plus ou moins direct sur ce concept, bien qu'une partie d'entre eux ne repose pas sur un modèle du traitement affectif explicite et validé. C'est pourquoi, nous avons établi un programme d'intervention de six séances structurées et manualisées, basé sur le modèle empiriquement validé de l'Ouverture Emotionnelle. Ce modèle comporte de nombreux avantages, à commencer par son ancrage théorique dans les théories contemporaines de l'émotion, du traitement affectif et des thérapies actuelles « focalisant l'émotion » (« *emotion-focused therapy* »). Il permet l'établissement de profils sur ses différentes dimensions, ce qui rend plus précise la compréhension des difficultés éprouvées par le participant au niveau de son traitement affectif et qui permet au thérapeute d'aboutir à des pistes d'intervention plus ciblées. En troisième lieu et comme l'indiquent Zimmermann et Salamin (2012, p. 66), « Contrairement à la psychologie clinique traditionnellement centrée sur les déficits, l'Ouverture Emotionnelle est un modèle qui privilégie un accord avec le courant récent de la psychologie positive (Bernard, Zimmermann, & Favez, 2011), une compréhension centrée sur les ressources de l'individu ». Finalement, il offre des réflexions sur les interventions ciblées sur les émotions en dépassant les spécificités des différentes écoles thérapeutiques. Au regard de ces avantages, il représente une base valide et robuste sur laquelle développer un programme d'intervention ; ce qui fut le premier objectif du présent travail. Le second fut son évaluation et nous avons mis en exergue son influence positive sur certaines dimensions de l'Ouverture Emotionnelle ainsi que sur l'utilisation et l'efficacité perçue quant à l'usage de certaines techniques de régulation des émotions. Ces résultats fort encourageants, car portant notamment sur des traits, à savoir des tendances relativement stables et globales, nous incitent à le repourvoir auprès de différents échantillons cliniques, dans lesquels les difficultés rencontrées en matière de traitement émotionnel sont affaires courantes et représentent un véritable challenge pour le thérapeute qui manque souvent d'outils « compacts » pour travailler sur cette thématique vaste et complexe, mobilisant différentes composantes sur lesquelles il convient de s'attarder. Notre programme permet alors au thérapeute d'accompagner son patient, en groupe ou en individuel, dans la compréhension de sa manière de vivre et de traiter son affectivité ainsi que de l'aider à modifier toutes situations émotionnelles sur lesquelles il peut avoir une emprise ou, dans le cas échéant, de les accueillir et de les accepter ; ce qui ancre ce travail dans une perspective de changement, mais aussi

d'acceptation. En dernier lieu, soulignons que nous n'avons pas obtenu de résultats significatifs sur la qualité de vie, mais comme le souligne Confucius, « Celui qui déplace la montagne, c'est celui qui commence à enlever les petites pierres ». Commencer par mieux appréhender son vécu affectif est déjà un début sur le long parcours nous amenant à la perception d'une vie plus riche et harmonieuse.

Bibliographie

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Sweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.

Alpers, G.W., & Tuschen-Caffier, B. (2001). Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eating Behaviors, 2*, 339-352.

Armony, J., & Vuilleumier, P. (2013). *The Cambridge Handbook of Human Affective Neuroscience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ashkanasy, N. M., & Dasborough, M. T. (2003). Emotional Awareness and Emotional Intelligence in Leadership Teaching. *Journal of Education for Business, 79*(1), 18-22.

Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion Regulation and Substance Use Frequency in Women with Substance Dependence and Borderline Personality Disorder Receiving Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*, 37-42.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*(2), 125-142.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale- I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23-32.

Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale- II: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 33-40.

Baker, R. (2001). An emotional processing model for counselling and psychotherapy: a way forward. *Counselling in Practice, 7*(1), 8-11.

Baker, R., Thomas, S., Thomas, P., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 167-178.

Baker, E. L. (2010). Selecting Members for Group Therapy: A Continued Validation Study of the Group Selection Questionnaire. Unpublished Dissertation. Provo: Brigham Young University.

Bargh, J. A. & Williams, L. E. (2007). The Nonconscious Regulation of Emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2007). *Psychopathologie: une perspective multidimensionnelle*. Bruxelles: DeBoeck Université.

Baumann, U., & Reinecker-Hecht, C. (2005). Methodik der klinische-psychologischen Interventionsforschung. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (pp. 378-397). Bern: Huber Verlag.

Baumeister, R. F., Zell, A. L., & Tice, D. M. (2007). How Emotions Facilitate and Impair Self-Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 408-426). New York, London: The Guilford Press.

Bear, M. F, Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2007). *Neuroscience: exploring the brain*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Bechara, A. (2004). A Neural View of the Regulation of Complex Cognitive Functions by Emotion. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 3-32). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin Books.

Beecher, M. E., Burlingame, G., Krogel, J. A., Presnell, J., & Simonsen, C. (2009). The Group Selection Questionnaire: A Qualitative Analysis of Potential Group Members. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(4), 529-542.

Belzung, C. (2007). *Biologie des émotions*. Bruxelles : De Boeck Université.

Beresnevaite, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 117-122.

Berking, M. (2008). *Training emotionaler Kompetenzen*. Heidelberg : Springer Medizin Verlag.

Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1230-1237.

Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J. C., et al. (2008). Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(4), 455-542.

Berntson, G. C., Cacciopo, J. T., & Sarter, M. (2003). Bottom-up: implications for neurobehavioral models of anxiety and autonomic regulation. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Godsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 1105-1116). Oxford, New York: Oxford University Press.

Biddle, S. J. H., Fox, K., Boutcher, S. H., et al (2000). The way forward for physical activity and the promotion of psychological well-being. In S. J. H. Biddle, K. Fox, & S. H. Boutcher (Eds.), *Physical Activity and Psychological Well-being* (pp. 154–168). London: Routledge.

Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York: The Guilford Press.

Blackledge, J. T. & Hayes, S. C. (2001). Emotion Regulation in Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Practice*, 57(2), 243-255.

Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M. (1999). Evaluation in Inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder: a Prospective Study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.

Bormann, B., Burlingame, G., & Strauß, B. (2011). Der Gruppenfragebogen (GQ-D). *Psychotherapeut*, 56(4), 297-309.

Brabender, V. (2002). Introduction to Group Therapy. New York: John Wiley & Sons.

Brackett, M. A. & Mayer, J. D. (2003). Convergent, Discriminant, and Incremental Validity of Competing Measures of Emotional Intelligence. *Society for Personality and Social Psychology*, 29, 1-12.

Bridges, L. J., Denham, S. S., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation. *Child Development*, 75(2), 340-345.

Brodard, F., Favez, N., & Quartier, V. (2012). Le développement du vécu et du traitement émotionnels au cours de l'enfance. In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *L'Ouverture émotionnelle: Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels* (pp. 87-108). Bruxelles: Editions Mardaga.

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 84(4), 822-848.

Burlingame, G. M., Fuhriman, A. & Johnson, J. E. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 71-88). New York, Oxford: Oxford University Press.

Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin And Garfield's*

Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (pp. 647-696). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Butler, E. A. Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48-67.

Butler, E. A. & Gross, J. J. (2004). Hiding Feeling in Social Contexts: Out of Sight Is Not Out of Mind. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 101-126). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cacioppo, J. T. (2003). Emotion and Health. In R.J. Davidson, K.R. Scherer, & H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective Sciences* (pp. 1047-1052). New York: Oxford University Press.

Campbell-Sills, L. & Barlow, D. H. (2003). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 542-559). Oxford, New York: Oxford University Press.

Campbell-Sills, L. & Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 542-559). New York, London: The Guilford Press.

Cappuccio, S. (2002). *Etude exploratoire des liens entre l'alexithymie, la délinquance et l'impulsivité chez des sujets détenus en prison préventive*. Thèse de doctorat, Université de Genève.

Champion, C. (2001). Analyses de validité de l' « Ouverture Emotionnelle » et du « Meta-Mood ». Mémoire de licence (non publié). Fribourg/ Suisse : Université de Fribourg.

Cherniss, C. & Goleman, D., Emmerling, R., Cowan, K., & Adler, M. (7 octobre 1998). Bringing Emotional Intelligence to the Workplace. *The Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations*.

Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T., & Delelis, G. (2009). Evaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 49, 59-67.

Cicchetti, D., Ackerman, B. P., Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.

Clark, L. A. & Watson, D. (1994). Distinguishing Functional from Dysfunctional Affective Response. In P. Ekman & R. J. Davison (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 131-136). Oxford: Oxford University Press:

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074.

Cohen, J. (2001) (Ed.), *Caring Classrooms/Intelligent Schools: The Social Emotional Education of Young Children*. New York: Teachers College Press.

Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive Affect and Health. *Association for Psychological Science*, 15(3), 122-125.

Consedine, N. S. (2008). Health-Promoting and Health-Damaging Effects of Emotions: The View from Developmental Functionalism. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, L. Feldman Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 676-690). New York, London: The Guilford Press.

Conrad, A. & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243-264.

Cooper, L. M., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to Regulate Positive and Negative Emotions: A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990-1005.

Corcos, M., Guilbaud, O., & Speranza, M. (2003). Approche psychanalytique de l'alexithymie. In M. Corcos, & M. Speranza (Eds.), *Psychopathologie de l'alexithymie* (pp. 45-65). Paris : Dunod.

Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.

Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions: la troisième vague*. Paris: Masson.

Cox, J., Burlingame, G. M., Davies, R., Gleave, R., & Barlow, S. (February, 2004). *The Group Selection Questionnaire: Further Refinements in Group Member Selection*. Paper presented at the annual meeting of the American Group Psychology Association, New York.

Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond Boredom and Anxiety: Experiencing Flow in Work and Play*. San Francisco: Jossey-Bass.

Curtin, J. J. & Lang, A. R. (2007). Alcohol and Emotion: Insight and Directives from Affective Science. In J. Rottenberg & S. L. Johnson (Eds.), *Emotion and Psychopathology: Bridging Affective and Clinical Science* (pp. 191-213). Washington: American Psychological Association.

d'Acremont, M., Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, 30, 271-282.

Dalgleish, T. (2009). Information processing approaches to emotion. In Davidson, R. J., Scherer, K. R., & Goldsmith, H. H. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 661-676). New York, Oxford: Oxford University Press.

Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor Structure and Consistency of a French Translation. *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), 5-11.

Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 564-570.

Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., & Kalin, N. H. (2003). Parsing the Subcomponents of Emotions and Disorder of Emotion: Perspectives from Affective Neuroscience. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 8-24). Oxford, New York: University Press.

Davidson, R. J., Scherer, K. R., & Goldsmith, H. H. (2003). Introduction: Neuroscience. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 3-7). Oxford, New York: Oxford University Press.

Deffenbacher, J. L. (1994). Anger Reduction: Issues, Assessment, and Intervention Strategies. In A. W. Siegman & T. W. Smith. (Eds.), *Anger, Hostility, and the Heart*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

De Klerk, R., & Le Roux. (2003). *Emotional Intelligence for Children and Teens*. South Africa: Human & Rousseau.

Dennis, T. A. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: Implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motivation and Emotion*, *31*, 200-207.

Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and Rumination: Does Mindfulness Training Lead to Reductions in the Ruminative Thinking Associated with Depression. *Explore*, *5*(5), 265-271.

Diefenbach, M. A., Miller, S. M., Porter, M., Peters, E., Stefanek, M., & Leventhal, H. (2010). Emotions and health behavior: A self-regulation perspective. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, L. Feldman Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 645-660). New York: Guilford Press.

- Dierick, P. & Lietaer, G. (2008). Client Perception of Therapeutic factors in Group Psychotherapy and Growth Groups: An Empirically-Based Hierarchical Model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(2), 203-230.
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful Control and its Socioemotional Consequences. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.
- Eisenberg, B., Losoya, S., & Spinrad, T. (2009). Affect and Prosocial Responding. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 787-803). Oxford: University Press.
- Eisenberg, N. & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-Related Regulation: Sharpening the Definition. *Child Development*, 75(2), 334-339.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Smith, C. L. (2004). Emotion-Related Regulation: Its Conceptualization, Relations to Social Functioning, and Socialization. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 277-306). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ekman, P. (1989). L'Expression des Emotions. In B. Rimé & K. R. Scherer (Eds.), *Les émotions*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Ekman, P. (1992). Are There Basic Emotions? *Psychology Review*, 99(3), 550-553.
- Ekman, P. (1993). Facial Expression and Emotion. *American Psychologist*, 48(4), 376-379.
- Elias, M. J., Hunter, L. & Kress, J. (2000). Emotional intelligence and education. In J. Ciarrochi, J. P. Forgas, J. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry*. Philadelphia: Psychology Press / Taylor & Francis.
- Elliott, R. & Dolan, R. J. (2009). Functional Neuroimaging of Depression: A Role for Medial Prefrontal Cortex. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 117-128). Oxford: Oxford University Press.

Ellsworth, P. C. (1994). Levels of Thought and Levels of Emotion. In P. Ekman & R. J. Davison (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 192-196). Oxford: Oxford University Press.

Ellsworth, P. C. & Scherer, K. R. (2003). Appraisal Processes in Emotion. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 572-595). Oxford: Oxford University Press.

Farach, F. J. & Mennin, D. S. (2007). Emotion-Based Approaches to the Anxiety Disorders. In J. Rottenberg & S. L. Johnson (Eds.), *Emotion and Psychopathology: Bridging Affective and Clinical Science* (pp. 243-261). Washington: American Psychological Association.

Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Segal, Z. V. (2010). Minding One's Emotions : Mindfulness Training Alters the Neural Expression of Sadness. *Emotion, 10*(1), 25-33.

Farges, F., & Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. *Psychotropes, 8*(2), 47-74.

Fauquex, S. (2010). *L'impact de l'Intervention selon le modèle de l'Ouverture Emotionnelle sur la communication affective, les relations et le bien-être sociales*. Mémoire de Master non publié. Fribourg : Université de Fribourg.

Feldman Barrett, L. (2006). Valence is a basic building block of emotional life. *Journal of Research in Personality, 40*, 35-55.

Feldman Barrett, L., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion, 15*(6), 713-724.

Feldman Barrett, L., Mesquita, B., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). The Experience of Emotion. *Annu. Rev. Psychol., 58*, 373-403.

Fischer, A. H., Manstead, A. S. R., Evers, C., Timmers, M., & Valk, G. (2004). Motives and Norms Underlying Emotion Regulation. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 187-209). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Flyim, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, L., Viau, M., & Gallant, A. (2003). Validation d'une version française abrégée du « Outcome Questionnaire » et évaluation d'un service de counseling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

Forgas, J. P. (2009). Affective Influences on Attitudes and Judgements. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Golsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 596-618). Oxford: Oxford University Press.

Forsyth, D. R. & Burnette, J. L. (2005). The history of Group Research. In S. A. Wheelan. (Ed.), *The Handbook of Group Research and Practice* (pp. 3-18). London: Sage Publications.

Foy, D. W. (2008). On the Development of Practice Guidelines, for evidence-Based Group Approaches Following Disaster. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58 (4), 567-574.

Freedman, J. M., Rideout, M. C, Jensen, A. L, & McCown, K. S. (1998). *Self-Science: The Emotional Intelligence Curriculum*. San Mateo, California: Six Seconds Publications.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Frijda, N. H. (1989). Les Théories des Emotions: Un Bilan. In B. Rimé & K. R. Scherer (Eds.), *Les émotions*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

Frijda, N. H. (1994a). Varieties of Affect: Emotions and Episodes, Moods, and Sentiments. In P. Ekman & R. J. Davison (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 59-67). Oxford: Oxford University Press.

Frijda, N. H. (1994b). Emotions Are Functional, Most of the Time. In P. Ekman & R. J. Davison (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 112-122). Oxford: Oxford University Press.

Fuhriman, A. & Burlingame, G.M. (1994). *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis*. New York: Wiley.

Fuhriman, A. & Burlingame, G.M. (2001). Group Psychotherapy Training and Effectiveness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51 (3), 399-416.

Gans, J. S. & Tschuschke, V. (2001). The Process of Group Psychotherapy: Systems for Analyzing Change. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51 (3), 429-430.

Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.

Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.

Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.

Garnefski, N., Teerds J., Kraaij, V., Legerstee J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies between males and females. *Personality and Individual Differences*, 16, 267-276.

Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems:

Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.

Genoud, P. A. (2005). *Indice de Position SocioEconomique (IPSE)*. Fribourg : Département de psychologie clinique.

Genoud, P. A., & Brodard, F. (2012). Le burnout au regard du modèle de l'Ouverture émotionnelle. In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *L'Ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels*. Bruxelles : Mardaga.

Gerlitz, Y., & Schupp, J. (2005). Zur Erhebung der Big-Five-basierten Persönlichkeitsmerkmale im SOEP. German Institute of Economic Research (Research Notes 4) Berlin: DIW; 2005.

Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Cordova, M., Benson, J., Kraemer, H. C., Spiegel, D., & Fobair, P. (2002). Change in Emotion-Regulation Strategy for Women with Metastatic Breast Cancer Following Supportive-Expressive Group Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 916-925.

Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2003). Emotional Expression and Cancer Progression. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 1053-1082). Oxford: University Press.

Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A new Approach to Life's Challenges*. Constable-Robinson.

Goldin, P. R. & Gross, J. J. (2010). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91.

Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 536-546.

Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Voncent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinov, H. M., Navarro, M., Specca, M., & Hunter, J. (2001). The Effect of Group Psychosocial Support on Survival in Metastatic Breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345 (24), 1719-1726.

Gratz, K. L. & Gunderson, J. G (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 35-35.

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-45.

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An Experimental Investigation of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855.

Gratz, K. L. & Tull, M. T. (2011). Extending Research on the Utility of an Adjunctive Emotion Regulation Group Therapy for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 316-326.

Greenberg, L. S. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29.

Greenberg, L. S., (2004). Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.

Greenberg, L. S. (2004). Emotion Special Issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 1-2.

Greenberg, L. (2007). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. (2008). Emotion and Cognition in Psychotherapy: The Transforming Power of Affect. *Canadian Psychology, 49*(1), 49-59.

Greenberg, L. S. (2010). The Clinical Application of Emotion in Psychotherapy. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. Feldman Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 88-101). New-York: The Guilford Press.

Greenberg, L. S., Auszra, L., & Herrmann, I. R. (2007). The Relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research, 17*(4), 482-493.

Greenberg, L. S. & Bolger, E. (2001). An Emotion-Focused Approach to the Overregulation of Emotion and Emotional Pain. *Psychotherapy in Practice, 57*(2), 197-211.

Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Gross, J. J. (1989). Emotional Expression in Cancer Onset and Progression. *Soc. Sci. Med, 28*(12), 1239-1248.

Gross J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224-237.

Gross, J. J. (Ed.) (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299.

Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing is Everything. *Psychological Science, 10*(6), 214-219.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291.

Gross, J. J. (Ed.), (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: The Guilford Press.

Gross, J. J. (2008). Emotion Regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 497-512). New York: The Guilford Press.

Gross, J. J., & John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. In L. Feldman Barrett & P. Salovey (Eds.), *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence* (pp. 297–318). New York: Guilford

Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 348-362.

Gross, J. J., & Muñoz, R. J. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.

Guilbaud, O., Corcos, M., & Speranza, M. (2003). L'alexithymie dans les conduites de dépendances. In M. Corcos, & M. Speranza (Eds.), *Psychopathologie de l'alexithymie* (pp.117-141). Paris : Dunod.

Hamm, A. O., Schupp, H. T., & Weike, A. I. (2003). Motivational Organization of Emotions: Autonomic Changes, Cortical Responses, and Reflex Modulation. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective Sciences* (pp. 187-211). London: Oxford University Press.

Hardt, J. & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: a short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 5, 187–197.

Harnett, P. H., Whittingham, K., Puhakka, E., Hodges, J., Spry, C., & Dob, R. (2010). The Short-Term Impact of a Brief Group-Based Mindfulness Therapy Program on Depression and Life Satisfaction. *Mindfulness*, 1, 183-188.

Hayes, A. M. & Feldman, G. (2004). Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clinical Psychology; Science and Practice*, 11(3), 255-262.

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

Haymoz, S., Gerber, A., Muth, A., Oechslin, L., Recabarren, R., Selmoni, S., Wasem, A., & Reicherts, M. (2011, September). *The assessment of emotion regulation: construction and validation of a new self-report questionnaire: the DOE-IT*. Poster session presented at the Congress of the Swiss Society of Psychology, Fribourg (Switzerland).

Haymoz, S. & Reicherts, M. (2011a, July). *Emotion Regulation: Construction and validation of a self-report questionnaire assessing techniques to down- and up-regulate positive and negative affective states: the DOE-IT*. Poster presented at the International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, Münster (Germany).

Haymoz, S., & Reicherts, M. (2011b, September). *Intervention modules based on Emotional Openness – results of a new treatment study*. Paper presented at the Congress of the Swiss Society of Psychology, Fribourg (Switzerland).

Haymoz, S., & Reichers, M. (2012, August-Septembre). *Description d'un programme d'intervention visant une amélioration des compétences en termes d'ouverture émotionnelle et de régulation des émotions*. Paper presented at the Congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapy, Geneva (Switzerland).

Haymoz, S. & Reicherts, M. (sous presse). *Ouverture Emotionnelle - Modules d'intervention. Manuel pour conseillers*. Coburg & Weitramsdorf: ZKS-Verlag.

Haymoz, S., Willy, L., Bourquin, G., & Reicherts, M. (2009a, August). *Can we enhance components of affect processing and quality of life through intervention modules based on Emotional Openness? A pilot study with a multiple baseline self-monitoring design*. Poster presented at the Swiss Society of Psychology, University of Neuchâtel (Switzerland).

Haymoz, S., Willy, L., Bourquin, G., & Reicherts, M. (2009b, August). *Enhancing affect processing: Emotional Openness intervention modules - treatment study*. Poster presented at the „Kongress für Gesundheitspsychologie“, University of Zürich (Switzerland).

Hawthorne, G., Herrman, H., & Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-BREF: Preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*, 77, 37-59.

Hill, C. & Lambert, M. J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5th edition)* (pp.84-138).

Huber, W. (1993). *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.

Huber, W. (2000). *Les Psychothérapies : Quelle thérapie pour quel patient ?* Paris : Nathan.

Humrichouse, J., Chmielewski, M., McDade-Montez, E., & Watson, D. (2007). Affect Assessment Through Self-Report Methods. In J. Rottenberg & S. L. Johnson. *Emotion and Psychopathology: Bridging Affective and Clinical Science*. Washington, DC: American Psychological Association.

Iverson, K. M., Fruzzetti, A. E., & Shenk, C. (2009). Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A pilot Study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242-248.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19

Jeammet, P. (2003). Préface. In M. Corcos, & M. Speranza (Eds.), *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris: Dunod.

Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M. & Zermatten, A. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ): confirmatory factor analyses and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 126-131.

John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72(6),1301-1333.

John. O. P. & Gross, J. J. (2007). Individual Differences in Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Johnson, D. R. (2009). Emotional Attention Set-Shifting and Its Relationship to Anxiety and Emotion Regulation. *Emotion*, 9(5), 681-690.

Johnson, J.E., Burlingame, G.M., Olsen, J.A., Davies, D.R., & Gleave, R.L. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counselling Psychology*, 52(3), 310-321.

- Johnson, S. L., Gruber, J., & Eisner, L. R. (2007). Emotion and bipolar disorder. In J. Rottenberg & S. L. Johnson (Eds.), *Emotion and Psychopathology: Bridging Affective and Clinical Science* (pp. 123-150). Washington: American Psychological Association.
- Jordan, P. J., Ashkanasy, N. M., & Härtel, C. E. J. (2003). The case of emotional intelligence in organizational research. *Academy of Management review*, 28, 195-197.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20, 144-156.
- Kang, S., & Shaver, P. R. (2004). Individual differences in emotional complexity: Their psychological implications. *Journal of Personality*, 72, 687-726.
- Keltner, D. & Ekman, P. (2003). Introduction: Expression of Emotion. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 411-414). Oxford: Oxford University Press.
- Keltner, D., Ekman, P., Gonzaga, G. C., & Beer, J. (2003). Facial Expression of Emotion. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 415-432). Oxford: Oxford University Press.
- Kemey, M. E., & Shestyuk, A. (2010). Emotions, the Neuroendocrine, and Immune Systems, and Health. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, L. Feldman Barrett (Eds), *Handbook of emotions* (pp. 661-676). New York: Guilford Press.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31, 1041-1056.
- Klein, R. H. (2008). Toward the Establishment of Evidence-Based Practices in Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58 (4), 441-454.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.

Kopp, C. B., & Neufeld, S. J. (2009). Emotional Development during Infancy. In R. J. Davidson, K. R., Scherer, H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 347-374). Oxford: Oxford University Press.

Krampen, G. (2008). Systematic Self-Monitoring and Reflection of Health Behavior in Widely Differing Preventive Settings. *Swiss Journal of Psychology*, 67(4), 205-218.

Kring, A. M. (2010). Emotion Disturbances as Transdiagnostic Processes in Psychopathology. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, L. Feldman Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 691-708). New York: Guilford Press.

Kring, A. M. & Werner K. H. (2004). Emotion Regulation and Psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman. *The Regulation of Emotion* (pp. 359-385). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Kroegel, J., Beecher, M. E., Presnell, J., Burlingame, G., & Simonsen, C. (2009). The Group Selection Questionnaire: A Qualitative Analysis of Potential Group Members. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59 (4), p. 529-542.

Krohne, H. W. (2003). Individual Differences in Emotional Reactions and Coping. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 698-725). Oxford: University Press.

Laireiter, A. R., Baumann, U., Perkonigg, A., Himmelbauer, S. (1997). Social support resources in interpersonal relationships during stressful life conditions: Results from two pilot studies. *European review of applied psychology*, 47(2), 123-129.

Lambert, M. & Burlingame, G. (2006). Outcome Questionnaire-45 (OQ-45). In G. M. Burlingame, B. Strauss, A. Joyce, MacNair-Demands, R., MacKenzie, K. R., Ogradniczuk, J., & Taylor, S. (Eds.), *CORE Battery-Revised: An Assessment Tool Kit for Promoting Optimal Group Selection, Process, and Outcome* (pp. 81-83).

Lange A., Richard, R., Kiestra, J., & van Oostendorp, E. (1997). Cognitive treatment through positive self-verbalisation, a multiple case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 161-171.

Larimer, M. E., Rebecka, S. P., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol, Research and Health*, 23(2), 151-160.

Larsen, R. J. (2000). Toward a Science of Mood Regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 129-141.

Lazarus, R. (1994). Appraisal: The long and the short of it. In P. Ekman & R. J. Davison (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 208-215). Oxford: Oxford University Press.

Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy. A Practitioner's Guide*. London : The Guilford Press.

Ledoux, J. E. (1994). Cognitive-Emotional Interactions in the Brain. In P. Ekman & R. J. Davison (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 216-223). Oxford: Oxford University Press.

Lepore, S. J., Ragan, J. D., & Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive–emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 499–508.

Lepore, S. J., & Smyth, J. M. (2002). *The Writing Cure. How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being*. New York: American Psychological Association.

Leszcz M. & Kobos, J.C. (2008). Evidence-Based Group Psychotherapy: Using AGPA's Practice Guidelines to Enhance Clinical Effectiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (11), 1238-1260.

Linehan, M. M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan M. M. (2000). *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*. Genève: Editions Médecine & Hygiène.

Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Pervasive Emotion Dysregulation: Theoretical and Practical Underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Lipsey, M. W., & Cordray (2000). Evaluation Methods for Social Intervention. *Annual Review of Psychology*, 51, 345-375.

Lischetzke, T., & Eid, M. (2003). Is Attention to Feelings Beneficial or Detrimental to Affective Well-Being? Mood Regulation as a Moderator Variable. *Emotion*, 3(4), 361-377.

Loewenstein, G. (2007). Affect Regulation and Affective Forecasting. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Loewenstein, G., & Lerner, J. S. (2009). The Role of Affect in Decision Making. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 619-642). Oxford: Oxford University Press.

Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., & Beers, M. (2005). Emotion Regulation Abilities and the Quality of Social Interaction. *Emotions*, 5(1), 113-118.

Lotstra, F. (2002). Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29, 73-86.

Luminet, O., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2003). La mesure de l'alexithymie. In M. Corcos, & M. Speranza (Eds.), *Psychopathologie de l'alexithymie* (pp. 183-205). Paris : Dunod.

MacKenzie, K.R. (1997). *Time-Managed Group Psychotherapy: Effective, Clinical Applications*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.

Maggiore, C. (2012). Ouverture émotionnelle et vieillissement : Affectivité et dimensions du traitement émotionnel chez les *young-olds*. In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *L'Ouverture émotionnelle: Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels* (pp. 123-136). Bruxelles : Mardaga.

Mahoney, M. J. (2003). *Constructive Psychotherapy: A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.

Martin, R. C. & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249-1260.

Mascolo, M. F., Fischer, K. W., & Li, J. (2003). Dynamic Development of Component Systems of Emotions: Pride, Shame and Guilt in China, and the United States. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 375-410). Oxford: Oxford University Press.

Mauss, I. B., Bunge, S. A., & Gross, J. J. (2007). Automatic Emotion Regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 146-167.

Mauss, I. B., Cook, C. L., Cheng, J. Y. J. & Gross, J. J. (2007). Individual differences in cognitive reappraisal: Experiential and physiological responses to an anger provocation. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 116-124.

Mayer, J. D., Caruso, D. R., Salovey, P. (2000). Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 197-208.

Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.

McEwen, B. S., & Seeman, T. (2003). Stress and Affect: Applicability of the Concepts of Allostasis and Allostatic Load. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 1117-1138). Oxford: Oxford University Press.

McGaugh, J. L. & Cahill, L. (2009), Emotion and Memory: central and Peripheral Contributions. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 93- 116). Oxford: Oxford University Press.

McMain, S., Korman, L. & Dimeff, L. (2001). Dialectical Behavior Therapy and the Treatment of Emotion Dysregulation. *Psychotherapy in Practice*, 57(2), 183-196.

MacNair-Semands, R. R. (2002). Predicting Attendance and Expectations for Group Therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6 (3), 219-228.

MacNair-Semands, R. R. & Lese, K. P. (2000). Interpersonal Problems and the Perception of Therapeutic Factors in Group Therapy. *Small Group Research*, 31 (2), 158-174.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.

Mennin, D. S. (2004). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.

Mennin, D. S. (2005). Emotion and the Acceptance-Based Approaches to the Anxiety Disorders. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety Disorders* (pp.37-68). New York: Springer.

Mennin, D. S. (2010). Emotion and the Acceptance-Based Approaches to the Anxiety Disorders. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety Disorders* (pp. 37-70). New York: Springer.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., Fresco, D. M. (2002). Applying an Emotion Regulation Framework to Integrative Approaches to Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90.

Mikolajczak, M., Quidbach, J., Kotsou, I., & Nélis, D. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Paris: Dunod.

Mikolajczak, M., Roy, E., Luminet, O., Fillée, C., & de Timary, P. (2007). The moderating impact of emotional intelligence on free cortisol response to stress. *Psychoendocrinology*, 32, 1000-1012.

Moses, E. B. & Barlow, D. H. (2006). A New Unified Treatment Approach for Emotional Disorders Based on Emotion Science. *Current Directions in Psychological Science*, 15 (3), 146-150.

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: a reinterpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.

Mullin, B. C. & Hinshaw, S. P. (2007). Emotion Regulation and Externalizing Disorders in Children and Adolescents. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Najmi, S., Riemann, B. C., & Wegner, D. M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 494-503.

Najmi, S. & Wegner, D. M. (2008). Thought Suppression and Psychopathology. In A. J. Elliot (Ed.), *Handbook of Approach and Avoidance Motivation* (pp. 447-460). New York: Taylor & Francis Group.

Najmi, S. & Wegner, D. M. (2009), Hidden Complications of Thought Suppression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(3), 210-223.

Najmi, S., Wegner, D. M., Nock, M. . (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour research and Therapy*, 45, 1957-1965.

Nevid, J., Rathus, S., & Greene, B. (2009). *Psychopathologie*. Paris: Pearson Education: Prentice Hall.

Newman, J. P. & Lorenz, A. R. (2003). Response Modulation and Emotion Processing: Implications for Psychopathy and other Deregulatory Psychopathology. In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 899-903). Oxford: Oxford University Press.

Noerholm, V. M., Groenvold, T., Watt, J. B., Bjorner, N. A., Rasmussen, & Bech, P. (2004). Quality of Life in the Danish general population normative data and validity of WHOQOL-Bref using Rasch and item response theory models. *Quality of Life Research* 13, 531-540.

Novick-Kline, P., Turk, C. L., Mennin, D. ., Hoyt, E. A., & Gallagher, C. L. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Anxiety Disorders*, 19, 557-572.

Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2005). The Cognitive Control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242-249.

Ochsner K. N. & Gross, J. J. (2007). The Neural Architecture of Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 87-109). New York: Guilford Press.

Ogden, J. (2012). *Health Psychology: a textbook*: Open University Press: Buckingham.

Ogrodniczuk, J.S. & Piper, W.E. (2003). The Effects of Group Climate on Outcome in Two Formes of Short-Term Group Therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7 (1), 64-76.

Öhman, A. & Rück, C. (2007). Four Principles of Fear and Their Implications for Phobias. In J. Rottenberg & S. L. Johnson (Eds.), *Emotion and Psychopathology: Bridging Affective and Clinical Science* (pp. 167-189). Washington DC: American Psychological Association.

Öhman, A. & Wiens, S. (2003). On the automaticity of autonomic responses in emotion: an evolutionary perspective. In Davidson, R. J., Scherer, K. R. et Godsmith, H. H. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 256-275). New York : Oxford University Press.

Orlinsky, D.E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research : Continuity and Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 307-392). New York: John Wiley & Sons.

Overton, A., Selway, S., Strongman, K., & Houston, M. (2005). Eating Disorders: The Regulation of Positive as well as Negative Emotion Experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(1), 39-56.

Page, D. & Reicherts, M. (2012). L'Ouverture émotionnelle dans le traitement du trouble de la personnalité borderline. Présentation d'un cas. In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *L'Ouverture émotionnelle: une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnel* (pp. 245-256). Bruxelles : Mardaga.

Page, D., Salamat, A., & Toth, R. (2007). Thérapie comportementale dialectique : l'émotion en mouvement. In J. Cottraux (Ed.), *Thérapie cognitive et émotions: la troisième vague* (pp. 149-174). Paris: Elsevier Masson.

Paivio, S. C. & Greenberg, L. S. (2001). Introduction: Treating Emotion Regulation Problems. *Psychotherapy in Practice*, 57(2), 153-155.

Paivio, S. C. & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adults Survivors of Child Abuse: A preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-133.

Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2000). The Relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and individual differences*, 30(1), 107-115.

Pasquier, A., Bonnet, A., Pardinielli, J.-L. (2008). Anxiété, dépression et partage social des émotions: des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle spécifiques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18, 2-7.

Pauls, C. A. (2004). Physiological Consequences of Emotion Regulation: Taking into Account the Effects of Strategies, Personality and Situation. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds), *The Regulation of Emotion* (pp. 333-358). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J., & Weissberg, R. P. (2000). Social and emotional learning: A framework for promoting mental health and reducing risk behaviors in children and youth. *Journal of School Health*, 70(5), 179-185.

Pennebaker, J. W., & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of abnormal Psychology*, 95, 274-281.

Perrez, M. & Baumann, U. (2005). Systematik der klinisch-psychologischen Intervention. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.) *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (pp. 378-397). Bern: Huber Verlag.

Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, Coping, and Health: a Situation-Behavior Approach Theory, Methods, Applications*. Bern : Hogrefe & Huber Publishers.

Petrides, K. V., Pérez-Gonzalez, J. C., & Furnham, A. (2007). On the Criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion*, 21(7), 26-55.

Philippot, P. (2007a). *Emotion et Psychothérapie : Emotion, Intervention, Santé*. Wavre (Belgique) : Mardaga.

Philippot, P. (2007b). Thérapie basée sur la pleine conscience: mindfulness, cognition et émotion. In J. Cottraux (Ed.), *Thérapie cognitive et émotions: la troisième vague* (pp. 67-82). Paris: Elsevier Masson.

Philippot, P., Baeyens, C., Douilliez, C., & Francart, B. (2004). Cognitive regulation of emotion. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 71-100). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Pichon, S., & Vuilleumier, P. (2011). Neuroimaging and neuroscience of emotional processes. *Medicine Sciences*, 27(8-9), 763-770.

Pittet, A. (2012). Ouverture émotionnelle et modules d'intervention: Mesure de l'impact d'une intervention groupale base sur le modèle de l'ouverture émotionnelle sur le traitement affectif de sujets adultes tout-venant. Mémoire de Mater non publié. Fribourg : Université de Fribourg.

Post, R. M. (2003). Introduction: Emotion and Psychopathology. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 899-903). Oxford: Oxford University Press.

Power, M. (2010). *Emotion-Focused Cognitive Therapy*. West Sussex : John Wiley & Sons, Ltd.

Pull, M.-C. (2007). Thérapie de groupe et gestion des émotions. In J. Cottraux (Ed.), *Thérapie cognitive et émotions: la troisième vague* (pp. 97-136). Paris: Elsevier Masson.

Rachman, S. (1980). Emotional Processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.

Rachman, S. (2001). Emotional processing with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13, 164-171.

Rauch, S. L. (2009). Neuroimaging and the neurobiology of anxiety disorders. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Godsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 963-975). New York : Oxford University Press.

Reichert, M. (1999a). *Comment gérer le stress? Le concept des règles cognitivo-comportementales*. Fribourg : Editions Universitaires.

Reichert, M. (1999b, Septembre). *Dimensions de l'ouverture émotionnelle (DOE). Concept théorique, instrument et validation*. Poster présenté au Congrès de la SSP, Fribourg.

Reichert, M. (2001). La recherche empirique en Psychologie clinique : Bases méthodologiques. Unpublished report. University of Fribourg, Fribourg.

Reicherts, M. (2007). *Dimensions of Openness to Emotions (DOE). A Model of Affect Processing Manual* (Scientific Report No 168). Fribourg : Université de Fribourg, Département de psychologie.

Reicherts, M. (2009, Août). Erleben und Verarbeiten von Emotionen im Alltag Ambulantes Assessment mit dem computergestützten „Learning Affect Monitor“. Papier présenté au 9^e Congrès « Gesundheitspsychologie », Zürich.

Reicherts, M., Casellini, D. & Duc, F., & Genoud, P. A. (2007). L'Ouverture émotionnelle dans les Troubles de la Dépendance et les Troubles de la Personnalité. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 485-491.

Reicherts, M., Casellini, D., Duc, F., Grespi, N., Romailier, M., & Balmelli, S. (2004). *L'« ouverture émotionnelle » chez les personnes souffrant de Troubles de la dépendance et de Troubles de la personnalité*. Rapport scientifique. N°60. Département de Psychologie. Université de Fribourg.

Reicherts, M., Defago, L., & Haymoz, S. (2009). *Assessment of emotion regulation: the DOE-IT instrument*. Paper presented at the SSP Congress, University of Neuchâtel, Switzerland.

Reicherts, M., & Genoud, P. A. (2012a). Les instruments “DOE”. Développement, modélisations et caractéristiques psychométriques. In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *L'Ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement affectif* (pp. 43-56). Bruxelles : Mardaga.

Reicherts, M. & Genoud, P. A. (2012b). L'Ouverture émotionnelle dans les troubles de la dépendance et de la personnalité. In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *L'Ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement affectif* (pp. 139-150). Bruxelles : Mardaga.

Reicherts, M., Genoud, P. A., Maggiori, C., & Molina, L. (2011). „Angebotene“ und „erhaltene“ emotionale Offenheit in der Partnerschaft. In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G.

Zimmermann (Eds.), *Emotionale Offenheit: Ein neues Modell in Forschung und Praxis* (pp. 179-194). Bern : Verlag Hans Huber.

Reicherters, M., Genoud, P. A., & Zimmermann, G. (2011) (Eds.), *Emotionale Offenheit: Ein neues Modell in Forschung und Praxis*. Bern : Verlag Hans Huber.

Reicherters, M., P. A. Genoud, & G. Zimmermann. (2012) (Eds.), *L'Ouverture émotionnelle : une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels*. Bruxelles : Mardaga.

Reicherters, M., & Haymoz, S. (2011). *Inventaire des techniques de régulation des émotions (DOE-IT)*. Fribourg/Suisse : Université de Fribourg, Département de Psychologie.

Reicherters, M., Haymoz, S. & Hulmann, C. (2008). *Ouverture Emotionnelle : Modules d'intervention : Manuel pour les conseillers*. Fribourg : Université de Fribourg, Chaire de Psychologie clinique. Document non publié.

Reicherters, M., Haymoz, S. & Hulmann, C. (2008). *Ouverture Emotionnelle : Modules d'intervention : Annexes*. Fribourg : Université de Fribourg, Chaire de Psychologie clinique. Document non publié.

Reicherters, M., Kaiser, S., Genoud, P. A., & Zimmermann, G. (2011). „Emotionale Offenheit: Ein neuer Ansatz zum Erleben und Verarbeiten von Emotionen- Konzept und theoretisches Modell. In M. Reicherters, P.A Genoud, & G. Zimmermann. (2011). *Emotionale Offenheit: Ein neues Modell in Forschung und Praxis* (pp. 221-232). Bern : Verlag Hans Huber.

Reicherters, M., & Pauls; H. (2012). *L'évaluation des buts à atteindre (EBA) en diagnostic et en intervention*. Coburg: ZKS Verlag.

Reicherters, M., Pauls, H., Rossier, L., & Haymoz, S. (2011). *Emotionale Offenheit in psychologischen Interventionen*. In M. Reicherters, P.A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.),

Emotionale Offenheit: Ein neues Modell in Forschung und Praxis (pp. 195-220). Bern : Verlag Hans Huber.

Reichert, M., Pauls, H., Rossier, L., & Haymoz, S. (2012). Ouverture émotionnelle et interventions psychologiques : Bases conceptuelles et éléments pratiques. In M. Reicherts, P.A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *Ouverture Emotionnelle. Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels*. Wavre : Editions Mardaga.

Reichert, M. & Perrez, M. (1993). Fragebogen zum Umgang mit Belastungen im Verlauf UBV. Bern: Verlag Hans Huber.

Reichert, M. & Pihet, S. (2000). Job newcomers coping with stressful situations: a micro-analysis of adequate coping and well-being. *Swiss Journal of Psychology*, 59(4), 303-316.

Reichert, M., Rossier, L., & Rossier, Y. (2012). Phobie et fonctionnement affectif. Caractéristiques de l’Ouverture émotionnelle dans l’arachnophobie. In...

Reichert, M., Salamin, V., Maggiori, C., & Pauls, K. (2007). The Learning Affect Monitor (LAM). A Computer-Based System Integrating Dimensional and Discrete Assessment of Affective States in Daily Life. *European Journal of Psychological Assessment*. 23(4), 268-277.

Richards, J., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 410-424.

Rimé, B. (1989). Le partage social des émotions. In B. Rimé & K. R. Scherer (Eds.), *Les émotions* (pp. 271-303). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

Rimé, B. (2007). Interpersonal Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Rivers, S. E., Brackett, M. A., Salovey, P., & Mayer, J. D. (2007). Measuring emotional intelligence as a set of mental abilities. *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns*, 230-257.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive-Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centred therapy. Its current practice, implications, and theory.* Boston: Houghton Mifflin.

Rossier, J., Verardi, S., Genoud, P. A., & Zimmermann, G. (2012). Ouverture émotionnelle et personnalité. In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *L'Ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement affectif* (pp. 69-84). Bruxelles : Mardaga.

Rottenberg, J. (2007). Major Depressive Disorder: Emerging Evidence for Emotion Context Insensitivity. In J. Rottenberg & S. L. Johnson (Eds.), *Emotion and Psychopathology: Bridging Affective and Clinical Science* (pp. 151-165). Washington: American Psychological Association.

Rottenberg, J. & Johnson, S. L. (2007) (Eds.), *Emotion and Psychopathology: Bridging Affective and Clinical Science.* Washington DC: American Psychological Association.

Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 145-172.

Russell, J. A. & Feldman Barrett, L. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 805-819.

Russell, J. A. & Weiss, A., & Mendelsohn, G. A. (1989). Affect Grid: A single-Item Scale of Pleasure and Arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3), 493-502.

Rusting, C. L. & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating Responses to Anger: Effects of Rumination and Distraction on Angry Mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3), 790-803.

Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2003). The Role of Emotion on Pathways to positive Health. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective Sciences* (pp. 1083-1104). New York: Oxford University Press.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.

Salamin, V. (2010). L'affectivité au quotidien dans les troubles somatoformes. Thèse de Docotorat. Université de Fribourg/ Suisse: eThesis

Salamin, V. (2012). L'Ouverture émotionnelle de patientes souffrant de symptômes somatoformes. In M. Reicherts, P. A. Genoud., & G. Zimmermann. *L'Ouverture Emotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels* (pp. 151-170). Bruxelles: Mardaga.

Salovey, P., Caruso, D., Mayer, J.D. (2004). Emotional Intelligence in Practice. In A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice*. New Jersey: John Wiley and Sons.

Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.

Samoilov, A. & Goldfried, M. R. (2000). Role of Emotion in Cognitive-Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(4), 373-384.

Santerre, C. & Allen, J. J. (2007). Methods for Studying the Phychophysiology of emotion. In J. Rottenberg & S. L. Johnson (Eds.), *Emotion and Psychopathology: Bridging Affective and Clinical Science* (pp. 53-79). Washington: American Psychological Association.

Sapolsky, R. M. (2003). Stress, Stress-Related Disease, and Emotional Regulation. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 606-615). Oxford: University Press.

Sapolsky, R. M. (2007). Stress, Stress-Related Disease, and Emotional Regulation. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Scherer, K. R. (1987). Toward a Dynamic Theory of Emotion: The Component Process Model of Affective States. *Geneva Studies in Emotion and Communication, 1*, 1-98.

Scherer, K. R. (1989). Les émotions: Fonctions et composantes. In B. Rimé & K. R. Scherer (Eds.), *Les émotions* (pp. 97-134). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

Scherer, K. R. (1994a). *Toward a Concept of "Modal Emotions"*. In P. Ekman & R. J. Davison (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 25-31). Oxford: Oxford University Press.

Scherer, K. R. (1994b). An Emotion's Occurrence Depends on the Relevance of an Event to the Organism's Goal/Need Hierarchy. In P. Ekman & R. J. Davison (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 227-231). Oxford: Oxford University Press.

Scherer, K. R. (2001). Appraisal Considered as a Process of Multi-Level Sequential Checking. In K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal Processes in Emotion: Theory, Methods, Research* (pp. 9-120). New York and Oxford: Oxford University Press.

Scherer, K. R. (2003). Introduction: Cognitive Components of Emotion. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective Sciences* (pp. 563-595). New York: Oxford University Press.

Scherer, K. R. (2005). What are Emotions? And how can they be measured? *Social Science Information, 44*, 695-729.

Scherer, K. R., Johnstone, T., Klasmeyer, G. (2003). Vocal Expression of Emotion, In R. J. Davidson, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith. (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 433-456). Oxford: Oxford University Press.

Schilling, D. (1996). *SO Activities for Teaching Emotional Intelligence*. Level II: Middle School. Spring Valley, CA: Innerchoice Publishing.

Schwarzer, R. (2011, July). *Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview*. Paper presented at the international conference of the Stress and Anxiety Research Society, Münster (Germany).

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.

Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2007). Adult Attachment Strategies and the Regulation of Emotion. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2003). Alcohol and Affect Regulation. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 560-580). Oxford: Oxford University Press.

Sher, K. J. & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and Affect Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Shiffrin, R. M. & W. Schneider. (1977). Controlled and automatic Human Information Processing II. Perceptual Learning, Automatic Attending, and General Theory. *Psychological Review*, 84(2), 127-190.

Shiota, M. N., Campos, B., & Keltner, D. (2004). Positive Emotion and the Regulation of Interpersonal Relationships. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 127-155). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Siemer, M., Mauss, I., & Gross, J. J. (2007). Same situation--different emotions: How appraisals shape our emotions. *Emotion*, 7, 592-600.

- Sim, L. & Zeman, J. (2004). Emotion Awareness and Identification Skills in Adolescent Girls With Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(4), 760-771.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organisation's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *Quality of Life Research, 13*(4), 299- 310.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., Angen, M. (2000). A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect of Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine, 62*, 613-622.
- Stemmler, G. (2004). Physiological Processes during Emotion. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 33-70). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Strauss, B., Burlingame, G. M., & Bormann, B. (2008). Using CORE-R Battery in Group Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*(11), 1225-1237.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research, 197*, 103-111.
- Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 73*, 68-77.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1061-1065.
- Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999). On the Dimensional and Hierarchical Structure of Affect. *Psychological Science, 10*, 297-303.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation : A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 25-52*.

Timluak, L. (2008). *Research in Psychotherapy and Counselling*. London: Sage Publications Ltd.

Tull, M.T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional non-acceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy, 38*, 378-391.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion Dysregulation in Generalized Anxiety Disorder. A Comparison with Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 89-106.

Van den Stock, J., Righart, R., & de Gelder, B. (2007). Body Expression Influence Recognition of Emotions in the Face and Voice. *Emotion, 7*(3), 487-494.

Verduyn, P., Delvaux, E., Van Colloee, H., Tuerlinckx, F., & van Mechelen, I. (2009). Predicting the Duration of Emotional Experience: Two Experience Sampling Studies. *Emotion, 9*(1), 83-91.

Vingerhoets, A., Nyklicek, I., & Denollet, J. (Eds.), *Emotion Regulation: Conceptual and Clinical Issues*. Springer: Tilburg.

Vuille, P. (2007). Thérapie d'acceptation et d'engagement: émotion, contexte et action. In J. Cottraux (Ed.), *Thérapie cognitive et émotions: la troisième vague*. Paris: Elsevier Masson.

Walther, T. (2013). Activité physique et bien-être. Unpublished doctoral dissertation, University of Fribourg, Fribourg.

Watson, D., & Clark, L. A. (1994). Emotions, Moods, Traits, and Temperaments: Conceptual Distinctions and Empirical Findings. In P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions* (pp. 89-93). Oxford: Oxford University Press.

Watson, D. & Tellegen, A. (1999). Issues in the Dimensional Structure of Affect: Effects of Descriptors, Measurement Error, and Response Formats: Comment on Russell and Carroll (1999). *Psychological Bulletin, 125*(5), 601-610.

Wegner, D. M., Carter, S. R., White, T. L., & Schneider, D. J. (1987). Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.

Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-9.

Whelton, W. J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence across Therapeutic Modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58-71.

Wheelan, S.A. (2005). *The Handbook of Group Research and Practice*. London: Sage Publications Ltd.

Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8, 162-169.

World Health Organization. (1998). Program on mental health: WHOQOL: User Manual. Geneva.

Wilhelm, P. & Perrez, M. (2008). Ambulantes Assessment in der Klinischen Psychologie und Psychiatrie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(3), 169-179.

World Health Organisation (1996). *WHOQOL-Bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment – Field Trial Version*. Genève: Programme on Mental Health.

World Health Organisation (1998). *WHOQOL: User Manual*. Genève: Programme on mental health.

Wranik, T., Feldman Barrett, L., & Salovey, P. (2007). In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 523-542). New York, London: The Guilford Press.

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (2005). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York : Basic Books.

Yen, S., Zlotnick, C., & Costello, E. (2002). Affect regulation in Women with Borerline Personality Disorder traits. *The journal of nervous and mental disease*, 190(10), 693-696.

Zech, E., Rimé, B., Nils, F. (2004). Social Sharing of Emotion, Emotional Recovery, and Interpersonal Aspects. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The Regulation of Emotion* (pp. 157-185). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Zeidner, M., Matthews G., & Roberts, R. D. (2004). *Emotional intelligence in the workplace: A critical review*. *Applied Psychology: An International Review*, 53, 371-399.

Zimmermann, G. (2012). S'ouvrir à ses émotions à l'adolescence. Premières applications du modèle de l'Ouverture émotionnelle et pistes de réflexion. In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G. Zimmermann. *L'Ouverture émotionnelle : une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels* (pp. 109-122). Bruxelles : Mardaga.

Zimmermann, G., Quartier, V., Bernard, M., Salamin, V., & Maggiori, C. (2007). Qualités psychométriques de la version française de la TAS-20 et prévalence de l'alexithymie chez 264 adolescents tout-venant. *L'encéphale*, 33(6), 941-946.

Zimmermann, G., & Salamin, V. (2011). Emotionale Offenheit im Vergleich mit Alexithymie und emotionaler Intelligenz: Innovation oder „Alter Wein in neuen Schläuchen“? In M. Reicherts, P.A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *Emotionale Offenheit* (pp. 45-56). Bern: Verlag Hans Huber.

Zimmermann, G. & Salamin, V. (2012). L'Ouverture émotionnelle au regard de l'alexithymie et de l'intelligence émotionnelle. Innovation ou ancienne recette mise au goût du jour ? In M. Reicherts, P. A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *L'Ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels* (pp. 57-68). Bruxelles : Mardaga.

Annexes

Le manuel d'intervention pour les conseillers et les documents de travail se trouvent sous la référence Haymoz, S. & Reicherts, M. (sous presse). *Ouverture Emotionnelle - Modules d'intervention. Manuel pour conseillers*. Coburg & Weitramsdorf: ZKS-Verlag.

Annexe 1 : Tableau des données socio-démographiques de nos échantillons.....	284
Annexe 2 : Résultats complémentaires.....	286
2A : Résultats des analyses multi-niveaux effectuées sur les dimensions des instruments évaluant la régulation des émotions non présentés dans la partie « résultats » (DOE-IT, DERS, CERQ et ERQ)	
2B : Analyses corrélationnelles effectuées dans le cadre de la validation du DOE-IT	
Annexe 3 : Curriculum Vitae.....	307

Annexe 1 : Tableau des données sociodémographiques de nos échantillons

	Gr. Exp. 1 (N=16)	Gr. Contr. 1 (N=15)	Gr. Exp. 2 (N=18)	Gr. Contr. 2 (N=18)	Gr. Exp. 3 (N=18)	Gr. Contr. 3 (N=17)
Âge (écart-type)	31.69 (14.35)	28.6 (9.13)	42.83 (10.81)	41.78 (10.54)	32.5 (11.14)	27.12 (8.07)
Sexe (%)						
Hommes	6 (37.5)	6 (40)	6 (33.3)	5 (27.8)	3 (16.7)	6 (35.3)
Femmes	10 (62.5)	9 (60)	12 (66.7)	13 (72.2)	15 (83.3)	11 (64.7)
Nationalité (%)						
Suisse	12 (75)	13 (86.7)	18 (100)	16 (88.9)	18 (100)	17 (100)
CEE	4 (25)	2 (13.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Autre	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (11.2)	0 (0)	0 (0)
Etat civil (%)						
Célibataire	9 (56.3)	7 (46.7)	6 (33.3)	1 (5.6)	8 (44.4)	9 (52.9)
En couple mais ne vivant pas ensemble	3 (18.8)	3 (20.0)	0 (0)	2 (11.1)	1 (5.6)	2 (11.8)
En concubinage	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	1 (5.6)	2 (11.1)	5 (29.4)
Marié	1 (6.3)	5 (33.3)	4 (22.2)	11 (61.1)	7 (38.9)	1 (5.9)
Séparé/Divorcé	1 (6.3)	0 (0)	7 (38.9)	3 (16.7)	0 (0)	0 (0)
Autre	1 (6.3)	0 (0)	1 (5.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Niveau de formation (%)						
Universitaire	9 (56.3)	9 (60)	7 (38.9)	8 (44.4)	9 (50)	12 (70.6)
Formation prof. sup.	3 (18.8)	2 (13.3)	6 (33.3)	3 (16.7)	2 (11.1)	1 (5.9)
Maturité	3 (18.8)	1 (6.7)	2 (11.1)	1 (5.6)	0 (0)	0 (0)
Maturité prof.	0 (0)	1 (6.7)	1 (5.6)	2 (11.1)	4 (22.2)	4 (23.5)
Apprentissage	0 (0)	1 (6.7)	2 (11.1)	2 (11.1)	2 (11.1)	0 (0)
Ecole obligatoire	1 (6.3)	1 (6.7)	0 (0)	2 (11.1)	1 (5.6)	0 (0)
Autre	0 (0)	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Situation professionnelle (%)						
Prof. Actif	6 (37.5)	5 (33.3)	17 (94.4)	11 (61.1)	10 (55.6)	8 (47.1)
Au foyer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (27.8)	2 (11.1)	0 (0)
Etudiant	7 (43.8)	9 (60)	1 (5.6)	2 (11.1)	5 (27.8)	8 (47.1)
Rentier	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
En recherche d'emploi	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5.6)	1 (5.9)
Autre	0 (0)	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Catégorie professionnelle (%)						
Dirigeant	0 (0)	3 (20)	3 (16.7)	4 (22.2)	1 (5.6)	1 (5.9)
Intellectuel et scientifique	1 (6.3)	6 (40)	4 (22.2)	1 (5.6)	5 (27.8)	4 (23.5)
Intermédiaire	7 (43.8)	4 (26.7)	9 (50)	8 (44.4)	4 (22.2)	2 (11.8)
Administratif	0 (0)	0 (0)	2 (11.1)	2 (11.1)	3 (16.7)	1 (5.9)
Service et vente	3 (18.8)	0 (0)	0 (0)	2 (11.1)	2 (11.1)	3 (17.6)
Agriculteur	1 (6.3)	1 (6.7)	0 (0)	1 (5.6)	0 (0)	1 (5.9)
Ouvrier & non qualifié	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Autre	3 (18.8)	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	3 (16.7)	5 (29.4)

Annexe 2A : Résultats des analyses multi-niveaux effectuées sur les dimensions des instruments évaluant la régulation des émotions non présentés dans la partie « résultats »

Registres du DOE-IT : Modèles à deux facteurs (facteur « temps » au 1^{er} niveau et « intervention » au 2^{ème})

Remarque :

Inter= 0 : Condition contrôle

Inter= 1 : Condition expérimentale

Usage de l'activité physique face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.328431	0.145328	16.022	33	<0.001
INTER, β_{01}	0.131009	0.259904	0.504	33	0.618
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.044118	0.066536	-0.663	33	0.512
INTER, β_{11}	0.138020	0.106955	1.290	33	0.206

Efficacité perçue de l'activité physique face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.823529	0.131008	21.552	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.037924	0.202987	0.187	33	0.853
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.088235	0.059522	-1.482	33	0.148
INTERV, β_{11}	0.031654	0.129825	0.244	33	0.809

Usage du changement d'intention face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.330065	0.145670	15.995	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.080720	0.227196	0.355	33	0.725
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.009804	0.072669	0.135	33	0.894
INTERV, β_{11}	0.091173	0.112966	0.807	33	0.425

Efficacité perçue du changement d'intention face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.588235	0.115453	22.418	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.109857	0.199355	0.551	33	0.585
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.078431	0.069487	1.129	33	0.267
INTERV, β_{11}	0.068033	0.096827	0.703	33	0.487

Usage de l'évitement de la situation face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	1.446078	0.154188	9.379	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.007949	0.230524	-0.034	33	0.973
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.014706	0.071200	-0.207	33	0.838
INTERV, β_{11}	0.116983	0.119329	0.980	33	0.334

Efficacité de l'évitement de la situation face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	1.186275	0.184398	6.433	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.595513	0.285772	2.084	33	0.045
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.044118	0.078467	-0.562	33	0.578
INTERV, β_{11}	-0.148468	0.135759	-1.094	33	0.282

Usage de l'influence sur la situation face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.379902	0.126357	18.835	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.065628	0.194052	0.338	33	0.737
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.066176	0.102477	0.646	33	0.523
INTERV, β_{11}	0.027790	0.117003	0.238	33	0.814

Efficacité de l'influence sur la situation face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.870098	0.113111	25.374	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.261630	0.157965	-1.656	33	0.107
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.110294	0.072703	-1.517	33	0.139
INTERV, β_{11}	0.312669	0.127947	2.444	33	0.020

Usage de la recherché d'information face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	3.176471	0.192040	16.541	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.097908	0.249249	-0.393	33	0.697
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.058824	0.069069	-0.852	33	0.401
INTERV, β_{11}	-0.121307	0.127728	-0.950	33	0.349

Efficacité de la recherche d'information face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	3.139706	0.138862	22.610	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.161244	0.190032	-0.849	33	0.402
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.051471	0.079913	0.644	33	0.524
INTERV, β_{11}	-0.084078	0.104692	-0.803	33	0.428

Usage de substances face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	0.992157	0.124368	7.978	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.238238	0.173813	1.371	33	0.180
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.000000	0.065503	0.000	33	1.000
INTERV, β_{11}	0.008814	0.078955	0.112	33	0.912

Efficacité de l'usage de substances face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	1.124510	0.179560	6.263	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.108798	0.259064	0.420	33	0.677
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.150000	0.076922	-1.950	33	0.060
INTERV, β_{11}	0.205632	0.154594	1.330	33	0.193

Usage de la suppression d'information face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.178105	0.162630	13.393	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.112012	0.236384	-0.474	33	0.639
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.058824	0.076497	-0.769	33	0.447
INTERV, β_{11}	0.087398	0.123850	0.706	33	0.485

Efficacité de la suppression d'information face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.133170	0.191919	11.115	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.104358	0.269963	0.387	33	0.702
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.125000	0.091445	-1.367	33	0.181
INTERV, β_{11}	0.139267	0.130882	1.064	33	0.295

Usage du support social face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.427288	0.197386	12.297	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.015063	0.297034	0.051	33	0.960
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.046569	0.082891	-0.562	33	0.578
INTERV, β_{11}	0.038963	0.135822	0.287	33	0.776

Efficacité du support social face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.744281	0.152771	17.963	33	<0.001
INTER, β_{01}	-0.167831	0.252267	-0.665	33	0.510
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.100490	0.100404	-1.001	33	0.324
INTER, β_{11}	0.148919	0.135332	1.100	33	0.279

Usage de l'auto-verbalisation positive face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.711601	0.101113	26.818	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.132660	0.213652	0.621	33	0.539
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.105392	0.082836	-1.272	33	0.212
INTERV, β_{11}	0.044830	0.143454	0.313	33	0.757

Efficacité de l'auto-verbalisation positive face à un vécu affectif négatif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.977124	0.133538	22.294	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.173043	0.230808	-0.750	33	0.459
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.122549	0.086965	-1.409	33	0.168
INTERV, β_{11}	0.261230	0.140873	1.854	33	0.073

Usage de l'activité physique face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	1.948529	0.160592	12.133	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.554248	0.231058	2.399	33	0.022
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.051471	0.091873	0.560	33	0.579
INTERV, β_{11}	0.023532	0.115498	0.204	33	0.840

Efficacité de l'activité physique face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.365196	0.196462	12.039	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.560493	0.244487	2.293	33	0.028
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.036765	0.124247	0.296	33	0.769
INTERV, β_{11}	0.033391	0.155285	0.215	33	0.831

Usage de le l'influence sur la situation face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.985294	0.142028	21.019	33	<0.001
INTERVEN, β_{01}	0.207625	0.185716	1.118	33	0.272
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.088235	0.086855	-1.016	33	0.317
INTERVEN, β_{11}	-0.059967	0.133620	-0.449	33	0.657

Efficacité de l'influence sur la situation face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	3.120098	0.127068	24.555	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.341278	0.171779	1.987	33	0.055
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.007353	0.109295	0.067	33	0.947
INTERV, β_{11}	-0.169260	0.148197	-1.142	33	0.262

Usage de l'auto-verbalisation positive face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.161765	0.191330	11.299	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.411449	0.266003	1.547	33	0.131
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.014706	0.117132	0.126	33	0.901
INTERV, β_{11}	-0.137124	0.196340	-0.698	33	0.490

Efficacité de l'auto-verablisation positive face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.764706	0.166989	16.556	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.101170	0.244926	0.413	33	0.682
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.147059	0.113071	-1.301	33	0.202
INTERV, β_{11}	0.063320	0.173243	0.365	33	0.717

Usage du changement d'intention face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.725490	0.147347	18.497	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.114379	0.226661	-0.505	33	0.617
For P_PFU slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.225490	0.162840	-1.385	33	0.175
INTERV, β_{11}	0.097559	0.235544	0.414	33	0.681

Efficacité du changement d'intention face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	3.019608	0.142668	21.165	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.204793	0.222066	-0.922	33	0.363
For P_PFU slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.245098	0.156935	-1.562	33	0.128
INTERV, β_{11}	0.335473	0.252866	1.327	33	0.194

Usage de la recherche d'information face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.044118	0.168547	12.128	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.631827	0.214132	2.951	33	0.006
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.014706	0.104960	0.140	33	0.889
INTERV, β_{11}	-0.264762	0.136761	-1.936	33	0.061

Efficacité de la recherche d'information face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.700980	0.119433	22.615	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.433222	0.164607	2.632	33	0.013
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.088235	0.087475	-1.009	33	0.320
INTERV, β_{11}	-0.045855	0.113416	-0.404	33	0.689

Usage de substances face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	0.996078	0.154862	6.432	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.282816	0.198668	1.424	33	0.164
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.023529	0.048883	0.481	33	0.633
INTERV, β_{11}	-0.049102	0.079543	-0.617	33	0.541

Efficacité de l'usage de substances face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	1.431373	0.228050	6.277	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.185012	0.288313	0.642	33	0.525
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.117647	0.110749	-1.062	33	0.296
INTERV, β_{11}	-0.009285	0.170187	-0.055	33	0.957

Usage du support social face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.514706	0.167707	14.995	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.341793	0.240249	1.423	33	0.164
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.014706	0.097483	-0.151	33	0.881
INTERV, β_{11}	-0.193678	0.169800	-1.141	33	0.262

Efficacité du support social face à un vécu affectif positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	2.664216	0.122474	21.753	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.271860	0.200770	1.354	33	0.185
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.051471	0.081255	0.633	33	0.531
INTERV, β_{11}	-0.165254	0.149764	-1.103	33	0.278

Dimensions du DERS : Modèles à deux facteurs (facteur « temps » au 1^{er} niveau et « intervention » au 2^{ème})

Remarque :

Inter= 0 : Condition contrôle

Inter= 1 : Condition expérimentale

Manque de conscience

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	17.637255	0.890727	19.801	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-2.909251	1.247903	-2.331	33	0.026
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.382353	0.359087	-1.065	33	0.295
INTERV, β_{11}	0.253896	0.543602	0.467	33	0.644

Manque de clarté

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	10.500000	0.991021	10.595	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.050103	1.187830	0.042	33	0.967
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.147059	0.307813	-0.478	33	0.636
INTERV, β_{11}	-0.281029	0.479534	-0.586	33	0.562

Difficultés à s'engager dans des objectifs

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	13.460784	0.664143	20.268	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.800712	1.210539	0.661	33	0.513
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.029412	0.406416	0.072	33	0.943
INTERV, β_{11}	-0.980568	0.522272	-1.878	33	0.069

Difficulté à garder le contrôle

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	10.343137	0.645195	16.031	33	<0.001
INTERV, β_{01}	2.797345	1.145778	2.441	33	0.020
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.147059	0.486433	0.302	33	0.764
INTERV, β_{11}	-1.235172	0.594792	-2.077	33	0.046

Non acceptance des réponses émotionnelles

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	11.892157	0.888534	13.384	33	<0.001
INTERV, β_{01}	4.290174	1.669423	2.570	33	0.015
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.323529	0.553287	-0.585	33	0.563
INTERV, β_{11}	-0.445686	0.704827	-0.632	33	0.532

Manque de strategies de regulation des émotions

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	15.352941	0.958770	16.013	33	<0.001
INTERV, β_{01}	4.760721	1.775839	2.681	33	0.011
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.176471	0.707035	0.250	33	0.804
INTERV, β_{11}	-2.017458	0.857288	-2.353	33	0.025

Dimensions du CERO : Modèles à deux facteurs (facteur « temps » au 1^{er} niveau et « intervention » au 2^{ème})

Remarque :

Inter= 0 : Condition contrôle

Inter= 1 : Condition expérimentale

Acceptation

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	12.745098	0.560818	22.726	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.690961	0.838132	-0.824	33	0.416
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.117647	0.254813	0.462	33	0.647
INTERV, β_{11}	0.608832	0.347398	1.753	33	0.089

Blâme d'autrui

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	7.980392	0.450955	17.697	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.420052	0.727444	0.577	33	0.568
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.411765	0.250381	-1.645	33	0.110
INTERV, β_{11}	0.265986	0.409883	0.649	33	0.521

Blâme de soi

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	9.950980	0.393079	25.316	33	<0.001
INTERV, β_{01}	1.850994	0.811925	2.280	33	0.029
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.441176	0.256009	-1.723	33	0.094
INTERV, β_{11}	-0.298079	0.310454	-0.960	33	0.344

Centration sur l'action

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	14.137255	0.707275	19.988	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.070085	1.125096	0.062	33	0.951
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.470588	0.312570	1.506	33	0.142
INTERV, β_{11}	0.407391	0.423960	0.961	33	0.344

Centration sur le positif

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	10.245098	0.767481	13.349	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.251853	1.060043	-0.238	33	0.814
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.264706	0.381487	0.694	33	0.493
INTERV, β_{11}	0.422225	0.591711	0.714	33	0.481

Dramatisation

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	7.205882	0.644757	11.176	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.426558	0.847589	0.503	33	0.618
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.441176	0.340167	-1.297	33	0.204
INTERV, β_{11}	0.321632	0.430589	0.747	33	0.460

Mise en perspective

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	13.794118	0.793152	17.392	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.294504	1.031140	0.286	33	0.777
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.264706	0.388230	-0.682	33	0.500
INTERV, β_{11}	0.054397	0.612564	0.089	33	0.930

Réévaluation positive

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	13.656863	0.809933	16.862	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.322912	1.131902	0.285	33	0.777
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.441176	0.299603	1.473	33	0.150
INTERV, β_{11}	-0.213835	0.482472	-0.443	33	0.661

Rumination

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	11.431373	0.614771	18.595	33	<0.001
INTERV, β_{01}	2.588669	0.958398	2.701	33	0.011
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-0.117647	0.301465	-0.390	33	0.699
INTERV, β_{11}	0.279744	0.415259	0.674	33	0.505

Régulation “adaptative”

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	64.578431	2.637897	24.481	33	<0.001
INTERV, β_{01}	-0.249316	3.616007	-0.069	33	0.945
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	1.029412	1.002135	1.027	33	0.312
INTERV, β_{11}	1.261021	1.571139	0.803	33	0.428

Régulation “non adaptative”

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	<i>t</i> -ratio	Approx. <i>d.f.</i>	<i>p</i> -value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	36.568627	1.486066	24.608	33	<0.001
INTERV, β_{01}	5.293810	2.310468	2.291	33	0.028
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-1.411765	0.794918	-1.776	33	0.085
INTERV, β_{11}	0.546676	1.017592	0.537	33	0.595

Dimensions de l'ERO : Modèles à deux facteurs (facteur « temps » au 1^{er} niveau et « intervention » au 2^{ème})

Remarque :

Inter= 0 : Condition contrôle

Inter= 1 : Condition expérimentale

Réévaluation cognitive

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	30.147059	1.083933	27.813	33	<0.001
INTERV, β_{01}	1.409456	1.563600	0.901	33	0.374
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	-1.205882	0.583894	-2.065	33	0.047
INTERV, β_{11}	0.869670	0.671988	1.294	33	0.205

Suppression

Final estimation of fixed effects (with robust standard errors)

Fixed Effect	Coefficient	Standard error	t-ratio	Approx. d.f.	p-value
For INTRCPT1, π_0					
INTRCPT2, β_{00}	11.529412	1.158792	9.950	33	<0.001
INTERV, β_{01}	0.400017	1.670568	0.239	33	0.812
For TEMPS slope, π_1					
INTRCPT2, β_{10}	0.352941	0.425739	0.829	33	0.413
INTERV, β_{11}	-0.585672	0.657470	-0.891	33	0.379

Annexe 2B : Analyses corrélationnelles effectuées dans le cadre de la validation du DOE-IT (validité de construit)

Liens entre les facteurs du DOE-IT et les dimensions de l'ERQ :

	Ré-évaluation	Suppression
Régulation par l'évitement cognitif et situationnel	-.099	.164*
Régulation par support social	.051	-.446**
Influence situationnelle	.108	-.090
Régulation cognitive	.103	-.255**
Régulation corporelle	.202	-.158°
Utilisation de substances psychotropes	.015	-.188*

°two-tailed tend., *two-tailed sig, ** très sig

Liens entre les facteurs du DOE-IT et les dimensions du CERQ :

	Blâme de soi	Acceptation	Rumination	Centration pos.	Centration action	Réévaluation pos.	Mise en persp.	Dramatisation	Blâme d'autrui
Régulation par l'évitement cognitif et situationnel	.214**	.101	.111	.096	-.181*	-.155°	.166*	.206**	.183*
Régulation par support social	.049	.001	.241**	-.022	.131*	.084	.107	.026	-.048
Influence situationnelle	.051	.227**	.111	.179*	.225**	.245**	.313**	.121	.027
Régulation cognitive	.141°	.285**	.241**	.212**	.321**	.485**	.425**	.058	-.104
Régulation corporelle	.143°	.020	.268**	.059	.013	.158°	-.011	.046	.063
Utilisation de substances/nourriture	.207**	.073	.312**	-.059	-.078	.033	.075	.127	.120

°two-tailed tend., *two-tailed sig, ** très sig

Liens entre les facteurs du DOE-IT et les dimensions du DERS :

	Non acceptation	Objectif	Impulsion	Conscience	Stratégie	Clarté
Régulation par l'évitement cognitif et situationnel	.375**	.248**	.281**	.168*	.314**	.326**
Régulation par support social	-.033	.159°	-.015	-.384**	.067	-.160°
Influence situationnelle	.059	.117	-.021	-.240**	-.025	-.170*
Régulation cognitive	.085	.178*	-.036	-.358**	.010	- .256**
Régulation corporelle	.091	.207**	.045	-.295**	.171*	.016
Utilisation de substances/nourriture	.262**	.256**	.106	-.225**	.190*	.154°

°two-tailed tend., *two-tailed sig, ** très sig

Liens entre les facteurs du DOE-IT et les dimensions Du SCL-27 :

	Depressive sympt.	Dysthymic sympt.	Vegetative sympt.	Agoraphobic sympt.	Social Phobia Sympt.	Mistrust Sympt.	G-27
Régulation par l'évitement cognitif et situationnel	.245**	.228**	.107	.084	.257**	.132°	.239**
Régulation par support social	-.068	-.068	-.123°	-.036	-.121°	-.116	-.108
Influence situationnelle	-.053	-.053	-.082	-.044	.057	-.039	-.022
Régulation cognitive	-.019	-.019	.062	.049	-.011	-.033	.042
Régulation corporelle	.013	.013	.241**	.169*	.103	.102	.191*
Utilisation de substances psychotropes	.098	.098	.298**	.143°	.177*	.191*	.290**

Liens entre les facteurs du DOE-IT et les dimensions du WHOQOL-Bref :

	Physique	Psychologique	Relation sociale	Environnement	Qualité de vie	Santé
Régulation par l'évitement cognitif et situationnel	-.209**	-.259**	-.330**	-.236**	-.163*	.016
Régulation par support social	.180*	.215**	.230**	.210**	.176*	.230**
Influence situationnelle	-.027	.063	-.066	.097	-.018	.085
Régulation cognitive	.005	.163*	.089	.117	.095	.135°
Régulation corporelle	-.076	.030	.021	-.089	-.008	-.024
Utilisation de substances psychotropes	-.254**	-.108	.007	-.128	-.115	-.074

CURRICULUM VITAE

HAYMOZ STEPHANIE

28.11.1982

Formation

- Depuis 2014 : Formation continue universitaire, *Diploma of Advanced Studies* en « Spécialisation en psychothérapie comportementale et cognitive », Universités de Lausanne et Fribourg
- Depuis 2011 : Formation continue universitaire, *Certificate of Advanced Studies* en « Méthodes d'intervention comportementale et cognitive », Universités de Lausanne et Fribourg
- 2013 : Doctorat en lettres, Psychologie Clinique, Université de Fribourg, sous la direction du Prof. Dr Michaël Reicherts
Thèse : *Développement d'un programme d'intervention basé sur le modèle de l'Ouverture Emotionnelle et évaluation de son impact sur le traitement affectif*
- 2008-2013 : Programme doctoral en psychologie de l'Université de Fribourg
- 2008 : Licence en lettres, Université de Fribourg
> Branche principale : psychologie générale et pédagogique
> Branche secondaire : psychologie clinique
> Troisième branche : pédagogie générale
- 2002 : Certificat de maturité cantonale et fédérale, Collège Ste-Croix, Fribourg

Expériences professionnelles académiques

- Depuis sept. 2014 : Chargée de cours en Psychologie Clinique, Université de Fribourg
Interventions cliniques I : Interventions en groupes
(SA 2014 à 1.5 ECTS)
- Depuis janv. 2014 : Rédactrice adjointe pour la *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* (RFCCC)
- Depuis juin 2010 : Formatrice sur les thématiques de la thérapie de groupe et sur le traitement affectif (modèles et interventions). Mandats réguliers du Réseau de Santé Mentale Fribourgeois (RFSM) et mandats uniques de la Société Suisse de Thérapie Cognitive et Comportementale (SSTCC) et de l'Association Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFFORTHECC)
- 2008-2013 : Assistante diplômée à 50%, puis à 80% depuis septembre 2009, Département de Psychologie Clinique, Université de Fribourg
> Enseignements donnés pour le Master en Psychologie Clinique et de la Santé
Intervention en groupe : Facteurs structurels et thérapeutiques
(SP 2011 à 3 ECTS, SP 2012 à 4.5 ECTS, SP 2013 à 3 ECTS, SA 2013 à 1.5 ECTS)
Intervention en groupe : Evaluation et exemples

(SA 2010 à 1.5 ECTS, SA 2012 à 1.5 ECTS)

Intervention en groupe : Facteurs thérapeutiques et aspects méthodologiques

(SP 2010 à 3 ECTS)

Psychologie de la santé et psychopathologie à l'adolescence :

Thèmes sélectionnés

(SP 2009 à 3 ECTS)

- > Co-encadrement de mémoires des étudiants en Master
- > Supervision de séances groupales sur le traitement affectif
- > Supervision d'entretiens thérapeutiques menés selon l'approche centrée sur la personne
- > Thèse de doctorat

2006-2008 : Collaboratrice au Département de Psychologie de la Santé, Université (ponctuellement) de Fribourg

Expériences professionnelles cliniques

Depuis sept. 2013 : Psychologue-déléguée à 60%, Centre Bertigny, Centre de thérapie et de formation, Villars-sur-Glâne

2008-2014 : Psychologue à 10% en cabinet de psychothérapie et psychiatrie, Fribourg

2008-2009 : Psychologue stagiaire post-grade en psychologie scolaire d'une durée de 9 mois à 50%, Fribourg

2004 à 2006 : Stages prégrades en psychologie

- > Cabinet de psychothérapie et psychiatrie, Fribourg
- > Centre de psychologie scolaire Flos Carmeli, communes fribourgeoises

Publications

Haymoz, S. & Reicherts, M. (sous presse). *Ouverture Emotionnelle - Modules d'intervention. Manuel pour conseillers*. Coburg & Weitramsdorf: ZKS-Verlag.

Reicherts, M., Pauls, H., Rossier, L., & **Haymoz, S.** (2011). Emotionale Offenheit in psychologischen Interventionen. In M. Reicherts, P.A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds), *Emotionale Offenheit: Ein neues Modell in Forschung und Praxis* (pp. 195-220). Bern: Verlag Hans Huber.

Reicherts, M., Pauls, H., Rossier, L., & **Haymoz, S.** (2012). L'Ouverture émotionnelle dans les interventions psychologiques : Bases conceptuelles et éléments pratiques. In M. Reicherts, P.A. Genoud, & G. Zimmermann (Eds.), *L' « Ouverture émotionnelle ». Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnel* (pp. 217-244). Bruxelles : Mardaga.

Rapports scientifiques

Reicherts, M. & **Haymoz, S.** (2011). *Inventaire des techniques de régulation des émotions (DOE-IT)*. Fribourg/Suisse : Université de Fribourg, Département de Psychologie.

Reicherts, M., **Haymoz, S.**, & Hulmann, C. (2008). *Ouverture Emotionnelle : Modules d'intervention : Manuel pour les conseillers*. Fribourg : Université de Fribourg, Chaire de Psychologie clinique. Document non publié.

Reicherts, M., **Haymoz, S.**, & Hulmann, C. (2008). *Ouverture Emotionnelle : Modules d'intervention : Annexes*. Fribourg : Université de Fribourg, Chaire de Psychologie clinique. Document non publié.

Communications

Haymoz, S., Gerber, A., Muth, A., Oechslin, L., Recabarren, R., Selmoni, S., Wasem, A., & Reicherts, M. (2011, September). *The assessment of emotion regulation: construction and validation of a new self-report questionnaire: the DOE-IT*. Poster presented at the 12th Congress of the Swiss Society of Psychology, Fribourg (Switzerland).

Haymoz, S., Martin Sölch, C., & Reicherts, M. (2013, September). *Description of a manual-based intervention program on Emotional Openness - Results of a new treatment study*. Poster for the 43rd Annual Congress of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapy, Marrakech (Morocco).

Haymoz, S. & Reicherts, M. (2011a, July). *Emotion Regulation: Construction and validation of a self-report questionnaire assessing techniques to down- and up-regulate positive and negative affective states: the DOE-IT*. Poster presented at the 32nd International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, Münster (Germany).

Haymoz, S. & Reicherts, M. (2011b, September). *Intervention modules based on Emotional Openness – results of a new treatment study*. Paper presented at the 12th Congress of the Swiss Society of Psychology, Fribourg (Switzerland).

Haymoz, S. & Reicherts, M. (2012, August-September). *Description d'un programme d'intervention visant une amélioration des compétences en termes d'ouverture émotionnelle et de régulation des émotions*. Paper presented at the 42nd Congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapy, Geneva (Switzerland).

Haymoz, S., Willy, L., Bourquin, G., & Reicherts, M. (2009a, August). *Can we enhance components of affect processing and quality of life through intervention modules based on Emotional Openness? A pilot study with a multiple baseline self-monitoring design*. Poster presented at the 11th Congress of the Swiss Society of Psychology, Neuchâtel (Switzerland).

Haymoz, S., Willy, L., Bourquin, G., & Reicherts, M. (2009b, August). *Enhancing affect processing: Emotional Openness intervention modules - treatment study*. Poster presented at the 9. Kongress für Gesundheitspsychologie, Zürich (Switzerland).

Reicherts, M., Defago, L. & **Haymoz, S.** (2009). *Assessment of emotion regulation: the DOE-IT instrument*. Paper presented at the 11th Congress of the Swiss Society of Psychology, Neuchâtel (Switzerland).

Je déclare sur mon honneur que ma thèse est une œuvre personnelle, composée sans concours extérieur non autorisé, et qu'elle n'a pas été présentée devant une autre Faculté.

Stéphanie Haymoz