UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

ÉCOLE DOCTORALE 519

Sciences Humaines et Sociales, Perspectives Européennes

Laboratoire Psychologie des Cognitions (UR4440)

THÈSE

présentée par :

Marie RIEBEL

Soutenue le : **7 octobre 2024**

Pour obtenir le grade de : **Docteur de l'Université de Strasbourg**

Discipline/ Spécialité : **Psychologie**

Les Apports de la Compassion pour l'Autostigmatisation en Psychiatrie

Etudes Transversales et Interventionnelles

THÈSE dirigée par :

WEINER Luisa	Docteure et Professeure des Universités, Université de Strasbourg
ROHMER Odile	Docteure et Professeure des Universités, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

DELAMILLIEURE Pascal	Professeur – Praticien Hospitalier, CHU Caen Normandie
PROUTEAU Antoinette	Docteure et Professeure des Universités, Université de Bordeaux

AUTRES MEMBRES DU JURY :

BAEYENS Céline	Docteure et Professeure des Universités, Université Grenoble Alpes
DOIGNON-CAMUS Nadège	Docteure et Professeure des Universités, Université de Strasbourg

If I can stop one heart from breaking,
I shall not live in vain;
If I can ease one life the aching,
Or cool one pain,
Or help one fainting robin
Unto his nest again,
I shall not live in vain.

Emily Dickinson[1]

[1]Poème publié en 1929 dans *Further Poems of Emily Dickinson* par Little, Brown and Company of Boston. Traduction française : *Si je peux empêcher un cœur de se briser, / Je ne vivrai pas en vain ; / Si je peux alléger la douleur d'une vie, / Ou calmer une souffrance, / Ou aider un oiseau blessé à regagner son nid, / Je ne vivrai pas en vain.*

Curriculum Vitae

Marie Riebel

Parcours Académique

2021-2024 : Doctorat en psychologie clinique, Laboratoire de Psychologie des Cognitions (LPC), Université de Strasbourg, France

- Financement : Contrat doctoral ministériel
- Direction de thèse : Professeure Luisa WEINER et Professeure Odile ROHMER

2019-2021 : Master en psychologie clinique, spécialisation thérapie cognitivo-comportementale, Université de Strasbourg

2018-2019 : Licence 3 Psychologie, Université de Lorraine

2015-2018: Bachelor of Science, Psychology Major, Neuroscience Minor, McGill University (Canada)

Formations Spécialisées en Psychothérapie

2023 : Rescripting, ou une prise en charge possible de l'imagerie mentale en TCC ; AFTCC - Nathalie Girard-Dephanix (1 journée)

2022 : Compassion Focused Therapy, Advanced workshop, Dealing with Blocs, Fears and Resistances ; Compassionate Mind Foundation - Paul Gilbert (online, 1 day)

2022 : Compassion Focused Therapy for Anxiety ; Compassionate Mind Foundation - Denis Tirch (online, 1 day)

2022 : Compassion Focused Therapy – Advanced Clinical Skills ; Compassionate Mind Fondation - Paul Gilbert (online, 3 days).

2022-2023 : Programme de Pleine Conscience Basé sur la Compassion et l'Insight (MBCI ; Niveau 1 & 2), Compassionate Mind Fondation France - Francis Geysen

2022 : Compassion Focused Therapy for groups, Intermediate Level ; Compassionate Mind Foundation - Kate Lucre (Derby, UK, 3 days)

2021 : Using Compassion Focused Therapy to work with Shame Based Trauma Memories ; Deborah Lee (online, 1 day)

2021 : Thérapie Comportementale Dialectique pour le trouble de stress post traumatique complexe (DBT-PTSD) ; Martin Bohus, Strasbourg (5 jours)

2020-2021 : Formation à l'instruction du Programme MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) ; Jean-Gérard Bloch, Strasbourg

Activités d'Enseignement et de Formation

2023- : Enseignante de psychologie dans la section de Baccalauréat International (IB), Lycée Jean-Sturm, Strasbourg

2023- : Formatrice en Thérapie Fondée sur la Compassion (formations de 3 jours en centres hospitaliers)

2023- : UE Soins Relationnels ; Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI ; Hôpitaux du Massif des Vosges) (3ème année, TD - 6h)

2022- : UE TCC centrée sur les émotions, CM Psychothérapies centrées sur les émotions (Master 2, 6h) - Faculté de Psychologie, Université de Strasbourg

2021- : UE Méthodologie, TD Observation (Licence 2 – 12h) - Faculté de Psychologie, Université de Strasbourg

2021- : UE Méthodologies et techniques stratégiques en TCC, CM Imagerie Mentale (Master 1 Psychologie clinique – 4h) - Faculté de Psychologie, Université de Strasbourg

2021- : UE Fondements Méthodologiques en TCC, CM L3 – 12h) - Faculté de Psychologie, Université de Strasbourg

2021-2022 : Bases conceptuelles de psychologie, attention, émotion, cognition et conscience de soi, CM – 4h) - DU médecines méditatives et neurosciences, Université de Strasbourg

2021- : Supervision mémoire de Master 1 (Psychologie clinique en Thérapies Cognitives et Comportementales) - Faculté de Psychologie, Université de Strasbourg

Publications dans des Revues à Comité de Lecture

Bureau, R., Dachez, J., **Riebel, M.,** Weiner, L., & Clément, C. (2024). «Avec autisme»,«autiste»,«sur le spectre»,«avec un TSA»? Étude des préférences de dénomination et des facteurs pouvant les influencer auprès de la population française. In *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*.

Riebel, M., Krasny-Pacini, A., Manolov, R., Rohmer, O., & Weiner, L. (2024). Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1281428.

Bureau, R., **Riebel,** M., Weiner, L., Coutelle, R., Dachez, J., & Clément, C. (2023). French validation of the camouflaging autistic traits questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-10.

Riebel, M., Rohmer, O., Charles, E., Lefebvre, F., Weibel, S., & Weiner, L. (2023). Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMpassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, *24*(1), 393.

Riebel, M., & Weiner, L. (2023). Feasibility and acceptability of group compassion-focused therapy to treat the consequences of childhood maltreatment in people with psychiatric disorders in France. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *211*(5), 393-401. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001603

Articles en cours d'expertise

Riebel, M., Rohmer, O. & Weiner L. (under review). Self-compassion as a buffer against the impacts of mental health self-stigma in university students PsychArchives. https://doi.org/10.23668/psycharchives.15266

Riebel, M., Bureau, R., Rohmer, O., Clément, C., & Weiner, L. (under review). *Self-compassion as an antidote to self-stigma and shame in autistic adults*. PsychArchives. https://doi.org/10.23668/psycharchives.15265

Articles en préparation

Riebel, M., Granjon, M., Sese A., Weiner L., Rohmer O. (in preparation). Unveiling a Shift: Students Exhibit More Positive Attitudes Towards Mental Illness Compared to Physical Illness.

Durpoix A., **Riebel M.,** Wild B., Moog C. Capobianco A., Mengin A. (in preparation). Compassion Focused Therapy – What are the psychophysiological effects of a compassionate imagery task? A randomized controlled trial on healthy subjects.

Riebel M., Charles E. & Weiner L. (in preparation). Compassion Focused Therapy for self-stigma and emotional dysregulation in bipolar disorder: a single case experimental study.

Chapitres d'Ouvrages

Paucsik, M., & **Riebel, M** (2023). La Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC): fondements théoriques et scientifiques. Dans M. Kuppelin, I. Tavares, C. Jourdan & A. Krasny-Pacini, *Gérer les émotions en rééducation* (p. 43-48). Sauramps Médical

Riebel, M., Paucsik, M (2023). La Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC) : applications cliniques. Dans M. Kuppelin, I. Tavares, C. Jourdan & A. Krasny-Pacini, *Gérer les émotions en rééducation* (p. 107-120). Sauramps Médical

Communications Orales

Riebel, M. (2024, juillet). La santé mentale des étudiant.es., briser la barrière de la honte et de la stigmatisation par l'autocompassion ? Journée Jeunes Chercheurs de la Faculté de Psychologie ; 04/07/24, Strasbourg

Riebel, M. (2023, décembre). La thérapie fondée sur la compassion pour l'autostigmatisation et la honte dans l'autisme. 51ème Congrès de l'AFTCC ; 08/12/23, Paris

Paucsik, M. & **Riebel M.** (2023, septembre). Études de validation de la TFC. Cycle de conférences sur la thérapie fondée sur la compassion, 3ème édition ; 26/09/2023, en ligne

Riebel, M. (2023, juillet). L'auto-compassion, un antidote à l'auto-stigmatisation et la honte chez les adultes autistes ? Journée scientifique du LPC; 06/07/23, Strasbourg

Riebel, M. & Paucsik, M. (2023, mars). Cas clinique de thérapie fondée sur la compassion. 51èmes entretiens de médecine physique et de réadaptation ; 22/03/2023, Montpellier

Paucsik, M **& Riebel, M.** &. (2023, mars). La thérapie fondée sur la compassion, fondements théoriques. 51èmes entretiens de médecine physique et de réadaptation ; 22/03/2023, Montpellier

Paucsik, M. & **Riebel, M**. (2023, janvier) Auto-compassion et exploration de la relation à soi. 10ème journée de l'AFSCC ; 20/01/23, Paris

Riebel, M. (2023, janvier). La thérapie fondée sur la compassion dans l'autisme à l'âge adulte. *L'Encéphale, Nouvelles psychothérapies dans les troubles du spectre de l'autisme* ; 19/01/2023, Paris

Riebel, M. (2022, décembre). La Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC) pour lutter contre l'auto-stigmatisation associée aux troubles psychiatriques : une étude contrôlée randomisée multicentrique. *50ème Congrès de l'AFTCC ;* 10/12/2022, Paris

Riebel, M. (2022, décembre). La thérapie fondée sur la compassion pour réduire les séquelles de maltraitances infantiles. *50ème Congrès de l'AFTCC, Concours Jeunes Chercheurs* ; 09/12/2022, Paris

Riebel, M. (2022, April). A single case experimental design: Compassion Focused Therapy to target the self-stigma associated with Autism Spectrum Disorder. *The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration 38th Annual Conference ;* 21-24 2022; Lausanne

Riebel, M. (2022, Avril). Auto-stigmatisation et autisme : l'approche thérapeutique fondée sur l'auto-compassion. *Journées d'études. Un autre regard sur l'autisme à l'âge adulte : Recherche et interventions.* 28-29 avril 2022 ; Strasbourg

Communications Affichées

Vagneron, J. & **Riebel, M.** (2023, janvier). Comment mieux prendre en soin la santé mentale des personnes ayant un TDAH et des comorbidités associées, grâce à la compassion ? Poster presented at *L'Encéphale,* 18-20/01/23, Paris

Bureau, R., **Riebel, M.,** Weiner, L., Clément, C. (2022, décembre). Adaptation et caractérististiques psychométriques d'une échelle de mesure du camouflage autistique (CAT-Q). Poster presenté au *50ème congrès de l'AFTCC,* 9-10/12/2022, Paris

Riebel, M., Rohmer, O., Weiner L. (2022, June). A single case experimental design of Compassion Focused Therapy to target the self-stigma associated with Autism Spectrum Disorder. Poster presented at *the International Symposium: Development of novel Mindfulness-based approaches for mental health: from roots to the future* – 9th June 2022, Fribourg University

Riebel, M. & Weiner L. (2021, octobre). Feasibility and acceptability of group compassion focused therapy to treat the consequences of childhood maltreatment in people with psychiatric disorders. Poster presented at the *10th International Congres of the Compassionate Mind Fondation : Past, Present and Future*; 11-14 october 2021; Edinburgh / online.

Activités de Diffusion en Milieu Hospitalier

01/02/2021 : Présentation au Journal Club, évènement hebdomadaire à la clinique psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS).

Titre : « Présentation d'un programme de psychothérapie en groupe : Thérapie fondée sur la compassion pour des patients ayant subi des maltraitances infantiles »

07/06/2022 : Présentation aux Mardi de l'IURC (Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau)

Titre : « La Thérapie Fondée sur la Compassion dans le cadre des lésions cérébrales »

Organisation de Manifestations Scientifiques

2021-2024 : Coordinatrice des Ateliers Psycho-Découvertes à Strasbourg – Association PPSY (Promouvoir les Psychothérapies)

2021-2022 : Coordinatrice des ateliers recherche du laboratoire de Psychologie des Cognitions (Université de Strasbourg)

Prix et Bourses de Recherche

2023 : Prix Applicabilité aux Questions de Société de la Journée Jeunes Chercheurs de la Faculté de Psychologie (30/07/23, Strasbourg)

Titre de la présentation : La thérapie Fondée sur la Compassion pour réduire l'autostigmatisation en psychiatrie : une étude contrôlée randomisée multicentrique

2022 : Prix d'Honneur du Concours Jeunes Chercheurs – 50ème congrès de l'AFTCC

Titre de la présentation : La Thérapie Fondée sur la Compassion en groupe pour traiter les séquelles de maltraitances infantiles. Une étude de faisabilité, d'acceptabilité et d'intérêt clinique.

2020-2021 : Bourse Jeune Chercheur – Fondation Fondamental

Projet : Étude de la faisabilité et de l'acceptabilité de la Thérapie fondée sur la Compassion en groupe pour les victimes d'abus pendant l'enfance - Laboratoire : INSERM 1114

Remerciements

Alors que je viens tout juste d’écrire, non sans émotion, les phrases qui clôturent ce travail, je souhaite désormais exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui m’ont permis d’arriver à ce moment précis.

J’exprime premièrement ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont participé à nos études, sans le temps et la confiance que vous nous avez accordez, ce travail n’existerait pas.

Merci aux membres de mon jury, les Professeurs Antoinette Prouteau, Céline Baeyens, Nadège Doignon-Camus et Pascal Delamillieure de permettre l’aboutissement de ce travail.

La réalisation de cette thèse a été pour moi comme la construction d'une maison, un projet ambitieux qui n'aurait jamais vu le jour sans le soutien, les conseils, l’expertise et l'implication de nombreuses personnes.

Tout d'abord, je tiens à remercier celles qui ont été à l'origine de cette aventure, celles qui m'ont aidée à dessiner les premiers plans. Mes directrices de thèse, Luisa Weiner et Odile Rohmer, en véritable architectes, ont su me soutenir pour traduire mes idées en un projet cohérent et ambitieux. Nous avons ainsi pu donner ensemble des fondations solides à ce projet de thèse.

Je ne pourrais pas oublier les artisans de ce chantier, mes collègues et amis, qui ont apporté leur savoir-faire à chaque étape de la construction. Ensemble, nous avons érigé les murs, discuté

des choix des matériaux et méthodes et surmonté les imprévus. Vos conseils avisés et votre soutien ont permis de donner forme à ce travail.

Merci notamment à la grande équipe Compass ! D'abord, merci à Émilie Charles de nous avoir rejoint. Merci pour les nombreux échanges sur la TFC et le soutien dans les moments de doute, merci pour l'animation des séances de Compass et les émotions partagées ensemble. Merci aussi pour ton implication dans tous les aspects de l'étude. De même, merci à Lucile Domy de nous avoir rejoint comme référente du groupe RAS et pour ton implication dans les inclusions à l'étude. Merci également à Emilie Marz pour l'animation du groupe RAS que je sais vous prenez très à cœur avec Lucile. Merci à tous les stagiaires qui ont participé de près ou de loin à ce travail. Merci aussi au Dr. Sébastien Weibel, à M. Lefebvre, à Mme Hélène Soavelo, Mme Julie Boscher, à Mme Laure Wernert pour votre investissement dans le PHRC Compass. Merci à toutes les personnes qui participent à l'étude dans les centres partenaires, merci aux thérapeutes, psychiatre, infirmiers, pair-aidant et attachés de recherche pour votre implication.

Merci à Agata Krasny-Pacini, Rumen Manolov, Raven Bureau, Antton Sésé, Amaury Durpoix, Julie Dachez pour votre implication et votre enthousiasme dans les travaux menés ensemble.

Un grand merci à mes acolytes jeunes chercheurs du labo, certains sont devenus Docteurs en cours de route, d'autres s'apprêtent à le devenir à leur tour. Merci d'abord aux anciens, Marine et Jad, de m'avoir fait profiter de votre expérience lors du début de la thèse. Merci à Thomas pour nos échanges et tes encouragements tout au long de notre parcours mené en parallèle. Merci à Charlotte, pour la co-animation des ateliers recherche du labo et pour ton implication en tant que représentante des doctorants. Merci aussi à Marie et Théo qui ont ensuite

repris le relai. Merci à tous les doctorants du LPC pour les partages d'expériences, l'entraide et les verres du mardi soir !

Merci à Doha qui, après m'avoir inspirée à suivre la voie de la recherche, est devenue, au fil de nos thé-thèses, une amie sincère sur qui je sais que je peux compter.

Merci à toutes les personnes qui m'ont hébergée, une nuit, parfois plus, à Strasbourg. Doha, Marine, Émilie, Thomas, Jean-Gabriel et Odile ! Vous m'avez ainsi, très concrètement, aidé à mener les recherches présentées dans cette thèse.

Mes pensées vont également à celles qui ont contribué aux finitions, qui ont su apporter les touches finales qui donnent à cette maison tout son caractère. Je pense aux dernières relectrices, Luisa et Odile, qui m'ont guidée pour peaufiner chaque détail, et aux enseignants qui, tout au long de mon parcours académique, m'ont transmis les outils nécessaires pour bâtir cette thèse.

Enfin, je voudrais exprimer toute ma gratitude à ma famille et à mes proches, qui ont été les piliers de cette construction. Vous avez été le ciment qui a maintenu cet édifice debout. Votre patience, votre soutien et votre amour ont été les fondations invisibles mais essentielles de ce projet.

Merci à notre bande de copain pour tous les moments festifs depuis de nombreuses années. Que ça fait du bien de danser sur Britney et chanter Garou et Céline tous ensemble ! Merci Greg, Estelle, Aurel', Ju', Antho', Ade', Baptiste et Julie pour les rires, les apéros et pour l'entraide et le soutien toujours au rendez-vous dans notre petit groupe.

Merci à mes très chères amies, du *Master des Bisounours,* Marie-Lou, Lucie et Clémence. Bien qu'avec Lucie et Clémence nous sommes souvent loin l'unes des autres, votre soutien et votre croyance en moi m'ont aidé, dans les moments de doute, à croire en moi à mon tour. Merci aussi pour les moments de joie et fous rires, en vacances au soleil ou pendant les nombreux weekends à la montagne Merci particulièrement à Marie-Lou. Ton amour et ton soutien m'ont été précieux tout au long de ce parcours. Tu as été une source régulière de joie et de réconfort, toujours là pour m'encourager et m'apporter de la légèreté quand j'en avais besoin.

Un énorme merci à Sonia, mon amie de toujours. Tu as soutenu ce chantier à distance, partageant mes joies et m'encourageant quand les murs semblaient trop hauts. Ta présence, même de loin, a été un pilier invisible mais essentiel, ancré dans l'affection qui nous lie.

Merci Carine et Fred pour votre soutien précieux tout au long de cette aventure. Vous m'avez apporté chaleur et réconfort, et votre présence constante a été comme un doux rappel que, malgré les défis, je pouvais toujours compter sur vous.

Merci à mon petit frère, Loulou, et ma petite sœur, Pauline, pour tous les moments d'amour et de rires partagés ensemble ces dernières années.

Merci Papa. Sans les valeurs que tu m'as inculquées, je ne serais pas là aujourd'hui. Tu as été un pilier fondamental, tant dans la construction de cette thèse que dans ma vie. Ta relecture attentive des passages clés et ton écoute bienveillante, que ce soit lorsque je partageais mon enthousiasme ou mes préoccupations, ont été des soutiens inestimables. Tu as contribué à solidifier les fondations de ce projet avec ton amour, ta sagesse et tes encouragements.

Et enfin, un immense merci à la personne avec qui je partage ma vie. Merci, Alix. Dès l'esquisse des plans de cette maison et alors que je posais les fondations de ce travail, tu étais là, à mes côtés. Qui aurait cru, en dégustant nos premières crêpes au port d'Épinal, que nous construirions ensemble tout cela ? À chaque étape de la construction de ce travail, que ce soit lors de mes révisions en licence, la rédaction de mon mémoire en master, ou l'élaboration de cette thèse, tu as été mon soutien indéfectible. Tu as apporté chaleur et réconfort à cette maison, que ce soit en cuisinant mes plats préférés, en m'écoutant, ou en m'encourageant à prendre l'air quand les murs semblaient trop étroits. Sans ton appui constant, ta présence et ton amour, cette maison n'aurait jamais été aussi solide. Merci d'avoir rendu ces années de travail plus douces. Merci d'avoir été le toit qui m'a protégée et le foyer qui m'a réconfortée.

Aujourd'hui, alors que je contemple cette maison achevée, je réalise qu'elle n'est pas seulement le fruit de mon travail, mais aussi de l'engagement et de la générosité de chacun de vous. Et pour cela, je vous en suis profondément reconnaissante.

Table des matières

Université de Strasbourg 1

Curriculum Vitae **3**

Liste des tableaux **21**

Liste des figures **22**

Avant-propos **23**

PARTIE 1 : Cadre théorique **25**

Chapitre 1 : La stigmatisation dans le champ de la santé mentale **26**

1.1. Introduction 27

1.2. La stigmatisation en santé mentale : un concept multi-facette 31

1.2.1. La stigmatisation publique 34

1.2.2. La théorie du label modifié 36

1.2.3. Le modèle socio-cognitif de la stigmatisation 38

1.2.4. La stigmatisation implicite 39

1.3. Les modèles intégratifs de la stigmatisation 42

1.3.1. Le modèle de la stigmatisation des maladies mentales 42

1.3.2. Le modèle de la stigmatisation et de la discrimination en santé 45

1.4. Résumé et conclusions du chapitre 1 47

Chapitre 2 : L'autostigmatisation dans le champ de la santé mentale **49**

2.1. Introduction 50

2.2. Prévalences et conséquences psycho-sociales de l'autostigmatisation en santé mentale 52

2.3. La résistance à la stigmatisation.....54

2.4. Modèles théoriques de l'autostigmatisation.....60

2.4.1. Le modèle progressif de l'autostigmatisation.....60

2.4.2. L'effet à quoi bon.....62

2.4.3. Notre adaptation du modèle de la menace de l'identité sociale pour expliquer l'autostigmatisation en santé mentale.....65

2.5. Résumé et conclusions du chapitre 2.....68

Chapitre 3 : La honte et l'anxiété sociale.....69

3.1. Introduction.....70

3.2. La honte, un phénomène émotionnel complexe.....70

3.3. Une conceptualisation évolutionniste de la honte (et de l'anxiété sociale).....72

3.3.1. La honte, une émotion à deux facettes.....73

3.3.2. L'anxiété sociale et la honte externe, une même émotion ?.....74

3.4. La place de la honte dans les difficultés de santé mentale.....76

3.5. La honte et la stigmatisation.....77

3.6. Résumé et conclusions du chapitre 3.....81

Chapitre 4 : La compassion, un remède à l'autostigmatisation ?.....83

4.1. Introduction.....84

4.2. Définir l'(auto)-compassion.....85

4.2.1. La compassion comme motivation.....85

4.2.3. L'autocompassion.....87

4.3. Les bienfaits de l'autocompassion.....90

4.3.1. L'autocompassion, un tremplin vers le bien-être.....90

4.3.2. L'autocompassion, un facteur de résilience face aux adversités 91

4.4. L'autocompassion, un remède à l'autostigmatisation ?.....94

4.5. Résumé et conclusions du chapitre 4 101

Chapitre 5 : Les interventions visant la réduction de l'autostigmatisation en santé mentale et l'intérêt de la Thérapie Fondée sur la Compassion.....102

5.1. Introduction 103

5.2. Les interventions existantes pour l'autostigmatisation en santé mentale 103

5.1.1. Les interventions de psychoéducation 104

5.1.2. Les interventions de Thérapies Cognitives et Comportementales 105

5.1.3. Les interventions d'auto-soin 106

5.3. La Thérapie Fondée sur la Compassion, une intervention innovante pour l'autostigmatisation ? 107

5.3.1. La Thérapie Fondée sur la Compassion pour l'autostigmatisation 107

5.3.2. Fondements théoriques et scientifiques de la TFc.....111

5.3. Résumé et conclusions du chapitre 5 125

Chapitre 6 : Problématique principale et objectifs du travail de thèse.....126

6.1. Présentation générale des contributions empiriques 127

6.2. Éthique de la recherche et sciences ouvertes.....130

PARTIE 2 : Comprendre l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie. *Contributions empiriques, recherches fondamentales* 133

Chapitre 7 : Article 1 – Unveiling a Shift: Students Exhibit More Positive Attitudes Towards Mental Illness Compared to Physical Illness 134

Chapitre 8 : Article 2 – Self-compassion as a buffer against mental health related self-stigma in students **168**

Chapitre 9 : Article 3 – Self-compassion as an antidote to self-stigma and shame in autism **207**

Étude complémentaire 253

Conclusions de la Partie 2 et liens avec la Partie 3 ..... **254**

PARTIE 3 : La Thérapie Fondée sur la Compassion pour réduire la honte et l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie, *recherches interventionnelles*. **255**

Chapitre 10 : Article 4 - Feasibility and Acceptability of Group Compassion-Focused Therapy to Treat the Consequences of Childhood Maltreatment in People With Psychiatric Disorders in France **256**

Résultats complémentaires à l'Article 4 : 267

Chapitre 11 : Article 5 - Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study **269**

Chapitre 12 : Article 6 - Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMpassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study **286**

Résultats préliminaires du PHRC Compass 308

Etat des inclusions 308

Résultats préliminaires quantitatifs des blocs 1 et 2 à Strasbourg 309

Analyses qualitatives préliminaires 314

PARTIE 4 : Discussion générale **331**

Chapitre 13 : Discussion générale **332**

Résumé des objectifs et du cadre théorique 332

13.1. L'(auto)stigmatisation) des personnes suivies en psychiatrie 334

13.1.1. La stigmatisation publique 334

13.1.2. L'autostigmatisation 337

13.1.3. L'évaluation du stress lié à la stigmatisation 340

13.1.4. Qu'en est-il des identités stigmatisées multiples ? 341

13.2. Les aspects émotionnels de l'autostigmatisation 343

13.2.1. La place centrale de la honte dans l'autostigmatisation 343

13.2.2. Quels sont les liens entre la régulation émotionnelle et l'autostigmatisation ? 345

13.3. L'intérêt de la Thérapie Fondée sur la Compassion pour l'autostigmatisation 350

13.3.2. Efficacité de la TFC pour l'autostigmatisation 356

13.2.3. Les perspectives pour le programme Compass 358

13.3. Conclusions et perspectives plus larges de lutte contre l'autostigmatisation 362

Résumé 407

Abstract 407

Liste des tableaux

Tableau 1 : *Termes clefs dans le champ de la stigmatisation* 33

Tableau 2 : *Résumé des trois modèles théoriques de stigmatisation publique* 41

Tableau 3 : *Expériences subjectives des participants à la TFC pour les PSP qui ont subi des maltraitances* 267

Tableau 4 : *Fréquence des diagnostics principaux par groupe des participants aux blocs 1 et 2 du PHRC Compass* 310

Tableau 5 : *Description des participants des blocs 1 et 2 à V0 du PHRC Compass* 311

Tableau 6 : *Nombre de participants par groupe ayant répondu aux questionnaires à chaque visite* 311

Tableau 7 : *Données sociodémographiques des participants aux entretiens qualitatifs préliminaires* 316

Tableau 8 : *Diagnostics des participants ayant participé à l'étude qualitative préliminaire* 316

Tableau 9 : *Thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse thématique* 327

Liste des figures

Figure 1 *: La théorie du label modifié (Link et al., 1989)* 37

Figure 2 : *Le modèle de la stigmatisation des maladies mentales (Fox et al., 2018)* 44

Figure 3 : *Le modèle de la stigmatisation et de la discrimination en santé* 46

Figure 4 : *L'évaluation cognitive du stress lié à la stigmatisation et ses prédicteurs (adapté à partir de Major et O'Brian, 2005 par Rüsch et al., 2009)*.....57

Figure 5 : *L'évaluation cognitive du stress lié à la stigmatisation et ses conséquences (adapté à partir de Major et O'Brian, 2005 par Rüsch et al., 2009)*.....58

Figure 6 : *Le modèle progressif de l'autostigmatisation (issue de Göpfert et al., 2019)*.....61

Figure 7 : *L'effet à quoi bon (Corrigan et al., 2009)*.....63

Figure 8 : *Notre modèle intégratif de l'autostigmatisation et ses conséquences* 67

Figure 9 : *Modèle conceptuel de médiation modérée de l'autocompassion et de la stigmatisation (Wong et al., 2019)*.....95

Figure 10 : *Notre modèle socio-cognitif intégratif de l'autostigmatisation et les effets protecteurs de l'autocompassion*.....99

Figure 11 : *Cadre théorique et contributions empiriques* 131

Figure 12 : *Évolution des scores des participants aux échelles cliniques* 312

Figure 13 : *Extrait de la Séance 4 centrée sur l'autostigmatisation (Compass)* 353

Figure 14 : *Playlist Youtube du groupe Compass*.....356

Avant-propos

Les objectifs de cette thèse sont de mieux comprendre l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie, identifier des leviers pour y faire face et proposer une intervention thérapeutique pour diminuer le poids de l'autostigmatisation en psychiatrie. Pour ce faire, ce travail est organisé en quatre grandes parties, divisées en plusieurs chapitres.

La **Première Partie** de la thèse présente les sous-bassements théoriques de nos travaux en identifiant les modèles théoriques qui nous ont permis d'élaborer nos réflexions et questions de recherche. Nous commencerons par questionner les modèles explicatifs de la stigmatisation publique envers les personnes suivies en psychiatrie à l'aide de travaux issus de la sociologie et de la psychologie sociale (**Chapitre 1**). Ensuite, nous examinerons la prévalence et les conséquences de l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie. Nous tenterons ensuite de comprendre pourquoi certaines personnes internalisent la stigmatisation alors que d'autres y résistent ou l'ignorent. Nous examinerons ici plusieurs modèles théoriques de l'autostigmatisation, qui nous conduiront à une proposition de cadre théorique intégratif de l'autostigmatisation et ses conséquences (**Chapitre 2).** Cela nous mènera à l'examen approfondi des aspects émotionnels de l'autostigmatisation, en nous concentrant notamment sur la honte et l'anxiété sociale. Nous les définirons à partir de la psychologie évolutionniste (**Chapitre 3**). Dans le chapitre suivant, nous présenterons notre raisonnement quant à la pertinence d'intégrer la compassion dans la lutte contre l'autostigmatisation. Nous conceptualiserons ainsi l'(auto)compassion et ferons une synthèse des recherches indiquant ses bénéfices (**Chapitre 4).** Ensuite, nous ferons le point sur les interventions existantes pour réduire l'autostigmatisation en psychiatrie, identifierons leurs limites et présenterons notre raisonnement quant à l'intérêt de la Thérapie Fondée sur la Compassion pour réduire l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie (**Chapitre 5**). Le dernier chapitre de la Partie 1 de la thèse présentera notre problématique générale, que nous mettrons en relation

avec les questions de recherche, notre cadre théorique intégratif et les publications scientifiques composées dans cette thèse (**Chapitre 6**).

Les contributions empiriques de la thèse seront ensuite organisées en deux axes. Le premier axe des recherches est présenté dans la **Deuxième Partie** de la thèse et comprend les trois études expérimentales ou transversales que nous avons menées. La première étude avait pour visée de mesurer de façon innovante les attitudes des étudiants envers les personnes suivies en psychiatrie (**Article 1, Chapitre 7**). La deuxième étude vise à tester la partie de notre modèle théorique concernant les fonctions de la honte et de l'autocompassion dans l'autostigmatisation auprès d'une population étudiante (**Article 2, Chapitre 8**)**.** La troisième étude avait pour objectif de répliquer cela auprès d'une population particulièrement stigmatisée, les adultes autistes (**Article 3, Chapitre 9**). Le deuxième axe des recherches, présenté dans la **Troisième Partie** de la thèse, applique les connaissances issues de la Partie 2 à travers plusieurs études interventionnelles. Ces études visent à évaluer la faisabilité et l'efficacité de la Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC) pour l'autostigmatisation et la honte en psychiatrie. La première étude en psychologie appliquée est une étude pilote de notre programme groupal de TFC (**Article 4, Chapitre 10**). Suite à cela, nous avons amélioré l'intervention puis évalué son acceptabilité et son intérêt clinique dans l'autisme dans le cadre d'une étude de cas unique pré-expérimental (**Article 5, Chapitre 11**). Enfin, dans le dernier chapitre de nos contributions empiriques, nous présenterons notre protocole d'étude contrôlée randomisée multicentrique ainsi que les résultats (quantitatifs et qualitatifs) préliminaires de cette étude en cours d'inclusion (**Article 6, Chapitre 12**)

Enfin la **Quatrième Partie** de la thèse présentera la discussion générale des travaux doctoraux et proposera des perspectives aussi bien au niveau de la recherche, que de la pratique clinique et des applications sociétales de nos résultats (**Chapitre 13**).

PARTIE 1 : Cadre théorique

Chapitre 1 : La stigmatisation dans le champ de la santé mentale

1.1. Introduction

La stigmatisation est un concept qui recouvre une pluralité de définitions, dépendant de la discipline qui l'aborde et l'analyse. Dans ce chapitre, nous allons explorer cette notion à travers deux principaux axes. Étant donné que le concept a été originellement abordé dans la littérature sociologique, nous commencerons par examiner la définition sociologique de la stigmatisation. Puis, nous nous focaliserons sur le concept sous l'angle de la psychologique sociale. Dans le cadre de ce travail de thèse, nous aborderons la stigmatisation prioritairement sous cet angle. Néanmoins, pour mieux appréhender le phénomène, nous proposerons une définition axée sur les deux disciplines – sociologie et psychologie sociale --, soulignant ainsi l'importance de la multidisciplinarité dans l'étude de la stigmatisation.

La stigmatisation, un concept sociologique

Le stigmate a été défini il y a plus d'un demi-siècle par le sociologue Erving Goffman comme un « attribut qui jette un discrédit profond sur celui qui le porte » (Goffman, 1963, p. 13). Historiquement, le stigmate désigne une caractéristique « de l'individu [qui le] disqualifie et [l'] empêche d'être pleinement accepté par la société » (Goffman, 1963, p. 7). Plus spécifiquement, le stigmate est considéré comme le résultat d'une construction sociale résultant d'une différenciation entre les individus qui possèdent des caractéristiques valorisées dans notre société et ceux, au contraire, qui sont marqués par des spécificités qui font d'eux des individus déviants (Crocker, Major & Steele, 1998). Considérées comme hors normes, les personnes porteuses de caractéristiques – discréditées ou discréditables – auront tendance à être mises à l'écart de la société et seront victimes de méfiance (Croizet & Leyens, 2003). En sociologie, le stigmate n'est pas un attribut intrinsèque, mais existe au travers du regard des autres. Il implique,

en effet, une dynamique relationnelle, englobant la catégorie stigmatisée, les réactions sociales qu'elle suscite et les efforts de l'individu pour y échapper. La personne stigmatisée est réduite à son stigmate et doit gérer la tension entre la norme sociale et la réalité personnelle (Rostaing, 2015).

La stigmatisation, un concept psychologique

Du point de vue de la psychologie sociale, la stigmatisation est étudiée en tant que processus cognitif et comportemental. Elle implique l'assignation de traits négatifs, dépréciatifs ou de stéréotypes à des individus ou à des groupes, entraînant ainsi une dépréciation de leur valeur par la majorité (Corrigan et al., 2003 ; Arboleda-Flórez & Stuart, 2012 ; Granjon et al., 2023). La stigmatisation est le résultat pernicieux de relations intergroupes et englobe les efforts visant à isoler et à restreindre les droits des membres de groupes minoritaires (Hinshaw & Stier, 2008). Le stigmate implique un second processus qui consiste en la prise de conscience des individus eux-mêmes de leur caractère « déviant » ou « anormal », ce qui sous-tendra le développement d'une identité sociale négative (Livingston & Boyd, 2010). Cette prise de conscience et cette identité négative vont s'accompagner de signes de mal-être (Pascoe & Richman, 2009 ; Schmitt, et al., 2014) : les individus se considéreront comme hors normes et inférieurs. Ce phénomène d'assimilation ou d'intériorisation de la stigmatisation est nommé autostigmatisation ou stigmatisation intériorisée (Corrigan & Watson, 2002).

La stigmatisation dans le champ de la santé mentale et des troubles du neurodéveloppement

La stigmatisation envers les personnes suivies en psychiatrie[2] a suscité beaucoup d'intérêt chez les sociologues dès Goffman, comme en témoigne son ouvrage *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux* où il relate son enquête par immersion dans une clinique psychiatrique (Goffman, 1961). Selon le sociologue, plus l'attribut est visible par autrui, plus néfaste sera la stigmatisation. Les troubles psychiatriques et du neurodéveloppement sont habituellement considérés comme un attribut dissimulable. Néanmoins certains symptômes (par exemple, répondre à voix haute à des hallucinations auditives) peuvent rendre l'identité stigmatisée visible aux yeux d'autrui (Sheehan et al., 2022). La particularité du stigmate invisible est donc la possibilité de sa dissimulation totale ou partielle afin d'éviter les comportements discriminatoires, tels que des remarques blessantes ou les regards méprisants. Pourtant, dans certains travaux, il existe une corrélation négative entre la visibilité du stigmate et la force de la stigmatisation, montrant qu'un stigmate invisible peut être plus préjudiciable qu'un stigmate visible, comme dans le cas du handicap invisible (Granjon et al., 2023) ou encore des chômeurs (Bourguignon & Herman, 2018). En effet, les études qui ont comparé les conséquences des stigmates visibles et invisibles démontrent que les stigmates invisibles ont

[2] Dans la présente thèse, le terme « personnes suivies en psychiatrie » (PSP) sera le terme privilégié. En effet, nos travaux s'intéressent à l'autostigmatisation associée aux troubles psychiatriques chroniques et aux troubles neurodéveloppementaux, en particulier, le trouble du spectre de l'autisme (TSA). Or, le TSA n'est pas un trouble psychiatrique et pour de nombreuses personnes autistes, il s'agit d'un fonctionnement atypique et non d'un trouble. Pour tenir compte de cette hétérogénéité, nous avons fait le choix d'employer un terme descriptif le plus respectueux possible de cette diversité.

plus de conséquences psychologiques négatives, avec une estime de soi plus faible accompagnée de symptômes anxio-dépressifs plus marqués que chez les personnes avec un stigmate visible (Frable et al., 1998 ; Chaudoir et al., 2013). Ceci peut être dû au fait que dissimuler son stigmate empêche la formation d'une identité de groupe avec des personnes partageant la même différence et prévient donc le recours aux stratégies d'adaptation basées sur son groupe d'appartenance (par exemple, le soutien social) (Chaudoir et al., 2013).

Bien que les connaissances concernant les troubles psychiatriques et les troubles du neurodéveloppement aient progressé au cours des dernières décennies, la stigmatisation envers les individus qui consultent en psychiatrie persiste (Hinshaw & Strier, 2008, Phelan et al., 2000) et demeure la norme plutôt que l'exception (Pescosolido, 2013 ; Parcesepe & Cabassa, 2013). En effet, les étiquettes, encore utilisées par le grand public, telles que « fou », « troubles mentaux » ou encore « maladies mentales », entraînent le rejet, la méfiance et la peur. Au fil des siècles, une perception négative de ces troubles s'est enracinée dans la culture occidentale, renforcée par de nombreux mythes hérités de la Grèce antique. A titre d'exemple, les récits d'Héraclès associent la « folie » à la perte de dignité, à l'humiliation et à la violence. De la même manière, dans Médée, Euripide lie la folie à la colère, à la jalousie, à la vengeance et à l'exclusion (Roelandt & al., 2010). Aujourd'hui encore, les croyances stigmatisantes sont renforcées et soutenues à différents niveaux de nos sociétés, par exemple, par la couverture médiatique des questions de santé mentale (Bilodeau, 2024), par des représentations cinématographiques inexactes d'une variété de troubles psychiques et neurodéveloppementaux (Cervello et al., 2017 ; Dachez et al., 2016) et par les institutions de soins (Corrigan et al., 2004).

Dans ce chapitre, les composantes principales de la stigmatisation envers les PSP seront abordées à travers différents modèles théoriques sélectionnés sur deux bases complémentaires : premièrement, il s'agit tout d'abord de modèles éprouvés dans le cadre des recherches.

Deuxièmement, ces modèles présentent un caractère particulièrement applicatif dans le champ de la pratique clinique. Dans un premier temps, les termes fondamentaux du champ de la stigmatisation seront définis brièvement. Puis, les construits clefs seront approfondis. Nous discuterons ainsi de la stigmatisation publique afin de comprendre les processus la sous-tendant et distinguerons le modèle du label modifié (*Modified Labelling Theory* ; Link et al., 1989) du modèle socio-cognitif de la stigmatisation (Sheehan et al., 2017), en déclinant également le modèle de la stigmatisation implicite (Reeder & Prior, 2008). Deux modèles intégratifs de la stigmatisation seront ensuite présentés. Le premier, le modèle à multi-niveaux de la stigmatisation (*Multi Levels Frameworks*, MISF ; Fox et al., 2018) permettra de différencier la stigmatisation perçue de la stigmatisation expérimentée et de la stigmatisation anticipée. Le second propose un cadre théorique de la stigmatisation et de la discrimination dans le domaine de la santé (*Health Stigma & Discrimination Framework*, HSDF ; Stangl & al., 2019). Nous verrons alors comment une application de ce modèle intégratif récent semble particulièrement prometteuse dans le cadre de la santé mentale, tant du point du vue de la recherche que de celui de la pratique clinique.

1.2. La stigmatisation en santé mentale : un concept multi-facette

Si l'on reprend la conception de Goffman associant le stigmate à la dévalorisation sociétale de la personne stigmatisée, la question est directement abordée sous l'angle de la *stigmatisation publique,* conceptualisée en psychologie sociale comme le rejet d'un groupe dominant à l'encontre de membres d'un groupe minoritaires porteurs de différences. On retrouve ici les conduites discriminatoires vis-à-vis des PSP (Fox et al., 2018). La discrimination peut être manifeste – par exemple, refuser un emploi à une personne ayant un diagnostic de schizophrénie – ou plus subtile – par exemple, l'utilisation d'un ton condescendant ou infantilisant. Ces deux

formes de discrimination ont reçu beaucoup de soutien empirique dans des champs autres que celui des PSP, à savoir, celui du sexisme hostile et bienveillant (Glick et Fiske, 1996) et plus récemment sur la question du validisme (Bastart et al., 2021).

Quand les personnes suivies en psychiatrie prennent conscience de leur appartenance au groupe stigmatisé, elles peuvent anticiper la stigmatisation dont elles pourraient faire l'expérience si leur statut devenait connu. On fait référence ici à la *stigmatisation perçue* ou *stigmatisation anticipée* (Angermeyer et al., 2004). Les personnes suivies en psychiatrie qui redoutent la stigmatisation peuvent adopter une stratégie d'*évitement de l'étiquette (*en anglais, *label avoidance*), c'est-à-dire se tenir délibérément à l'écart des environnements ou des situations dans lesquels elles pourraient être identifiées comme une PSP (Corrigan & Wassel, 2008).

Certaines PSP internalisent les attitudes négatives envers les difficultés en santé mentale. Il s'agit ici de la *stigmatisation internalisée* ou *autostigmatisation* (Drapalski et al., 2013). Le processus d'internalisation de la stigmatisation survient lorsque la personne avec une identité marginalisée a conscience de l'opinion publique à l'égard de la minorité dont elle fait partie et l'applique à soi, avec de nombreuses conséquences négatives pour son épanouissement personnel (Corrigan & Watson, 2002). La problématique de l'autostigmatisation étant au cœur de la présente thèse, le deuxième chapitre est consacré aux modèles théoriques de l'autostigmatisation, à ses implications et aux interventions qui visent sa réduction.

La stigmatisation publique n'entraîne pas uniquement des conséquences néfastes à l'égard des personnes envers qui elle est dirigée. En effet, le stigmate peut s'étendre à l'entourage et les professionnels de la santé mentale peuvent ainsi être eux-mêmes concernés par le stigmate.

Il s'agit de la *stigmatisation associative (*Sheehan et al., 2017), qui peut engendrer une dévalorisation ou un discrédit de l'entourage de la personne. Tout comme les personnes concernées peuvent internaliser la stigmatisation, la famille peut internaliser la stigmatisation et se sentir honteuse de côtoyer des PSP (Corrigan & Miller, 2004).

Enfin, la *stigmatisation structurelle* renforce et institutionnalise les phénomènes décrits ci-dessus. Elle reflète la façon dont les institutions contribuent à la perpétuation de traitements injustes envers les personnes stigmatisées de manière systématisée (Corrigan et al., 2004). Cette forme de stigmatisation peut être intentionnelle ou non ; elle peut être perpétuée à travers des législations diverses ou des pratiques culturelles (Sheehan et al., 2022). Des exemples de stigmatisation structurelle peuvent être la carence dans le remboursement des soins en santé mentale ou le refus de prêt bancaire lorsqu'une personne déclare avoir un suivi psychiatrique ou un trouble du neurodéveloppement.

L'encadré ci-dessous propose un tableau synthétique de termes clefs dans le champ de la stigmatisation en psychologie sociale.

Tableau 1 : *Termes clefs dans le champ de la stigmatisation*

Mot clef	Définition	Exemple
Stigmatisation publique	Les stéréotypes, les préjudices et la discrimination envers les personnes porteuses de troubles	Un employeur n'examine pas le CV d'un candidat sur la base de ses compétences pour le poste mais en se référant à son diagnostic
La stigmatisation anticipée	Les personnes porteuses de troubles anticipent la stigmatisation dont elles feraient l'objet si leur statut était connu. Aussi appelé, « stigmatisation perçue »	Une personne craint qu'un employeur de la recrute pas s'il / elle savait qu'elle est diagnostiquée avec un trouble mental.
Évitement de l'étiquette	Une personne avec un trouble évite des activités et situations (par	Une personne ne révèle pas son trouble et préfère se

	exemple, rechercher des soins en santé mentale) qui lui donneraient une étiquette comme personne ayant un trouble diagnostiqué.	priver des aménagements dont elle a droit, plutôt que prendre le risque d'être considéré comme « incompétente ».
Autostigmatisation	Une personne applique à soi-même les stéréotypes négatifs concernant les difficultés en santé mentale. Aussi appelé stigmatisation internalisée.	Une personne concernée se sent incompétente et dangereuse pour la société.
Stigmatisation associative	Les stéréotypes, préjudices ou la discrimination envers les proches d'une personne ayant un diagnostic de trouble psychiatrique ou neurodéveloppemental.	Le père d'une personne porteuse d'un trouble est mis à l'écart par le voisinage.
Stigmatisation structurelle	Injustice dans les traitements des personnes concernées perpétuée par les institutions et organisations.	Les structures hospitalières spécialisées dans la santé mentale bénéficient de moins de ressources que les autres services hospitaliers.

(Adapté et traduit à partir de Sheehan et al., dans Vogel & Wade, 2022)

1.2.1. La stigmatisation publique

En 1963, Goffman catégorise trois formes de stigmate : (i) les dévalorisations « tribales » telle que l'ethnicité, (ii) corporelles (« monstruosités du corps ») et (iii) morales (« tares de caractère »). Selon le sociologue, plus l'attribut est visible par autrui, plus graves seront les conséquences négatives sur l'individu. En général, les troubles psychiatriques et neurodéveloppementaux sont considérés comme un attribut dissimulable, bien que certains symptômes et traits (par exemple, répondre à voix haute à des hallucinations auditives) peuvent rendre l'identité stigmatisée visible aux yeux d'autrui (Sheehan et al., 2022). Contrairement aux postulats de Goffman (1963) et aux premières recherches qui ont émis l'hypothèse que plus le handicap est visible, plus il suscite de réactions négatives, les recherches plus récentes suggèrent l'inverse (Chaudoir et al., 2013). Par exemple, en 2004, Cacciapaglia et collaborateurs ont examiné la volonté des passants à interagir avec une personne atteinte d'un handicap visible

(jambe amputée au-dessus du genou) ou invisible (non spécifié aux participants). Contrairement aux travaux antérieurs sur la stigmatisation, les résultats ont montré que les participants étaient plus disposés à interagir avec une personne atteinte d'un handicap visible qu'avec une personne atteinte d'un handicap invisible (67 % contre 47 %). Dans le champ de la santé mentale en particulier, une étude menée auprès d'adultes porteurs d'un handicap physique ou psychique a démontré que les personnes porteuses d'un handicap psychique font l'expérience de plus de stigmatisation publique que les individus porteurs d'un handicap physique et il en est de même pour l'autostigmatisation. Les résultats démontrent aussi que les personnes sont plus réfractaires à divulguer leur handicap lorsqu'il est psychique (Kowalski & Peipert, 2018). Des travaux dans le domaine scolaire indiquent que les enseignants sont plus favorables à l'inclusion d'élèves porteurs de handicap physique que psychiques (Jury et al., 2021). Néanmoins, une récente revue systématique parapluie souligne le manque de revue systématique comparant la stigmatisation des troubles psychiatriques à celle du handicap physique (Jackson-Best & Edwards, 2018) montrant la nécessité de clarifier ces questions.

Selon les sociologues Link et Phelan (2001), la stigmatisation publique se déploie quand cinq composantes interdépendantes sont réunies :

1. L'étiquetage : Les individus distinguent et étiquettent les différences entre les personnes.
2. La présence de stéréotypes : Des croyances socialement partagées entraînent l'association des individus étiquetés à des caractéristiques indésirables.
3. La séparation entre « nous » et « eux » : Cette distinction crée alors une mentalité de « nous » versus « eux », menant à une distanciation affective et place les individus dans des positions sociétales moins enviables.

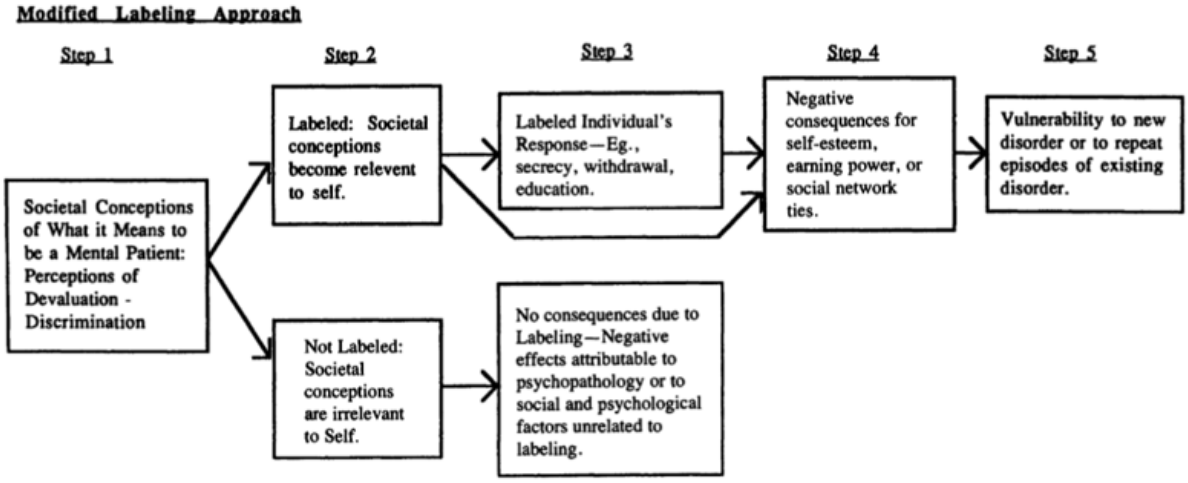
4. La perte de statut et la discrimination : Cette séparation compromet leurs chances d'acquérir des ressources et du pouvoir.
5. L'existence d'injustices de pouvoirs politique et socio-économique entre le groupe majoritaire et le groupe des stigmatisés.

C'est sur cette définition que les trois théories de la stigmatisation publique que nous allons maintenant aborder sont construites : la théorie du label modifié s'intéresse plus précisément à l'étiquetage, le modèle socio-cognitif se focalise davantage sur la formation des stéréotypes et celui de la stigmatisation implicite vise à expliquer les préjudices et la discrimination. Ces trois modèles sont résumés dans le tableau 2.

1.2.2. La théorie du label modifié

La théorie du label modifié (Link et al., 1989) revisite la théorie du label proposée par Scheff (1966) et indique que le label entraîne des conséquences négatives pour les individus. Selon cette théorie, les personnes distinguent et labellisent les différences entre elles, ce qui conduit les personnes appartenant au groupe majoritaire à percevoir et étiqueter celles appartenant au groupe minoritaire comme déviantes de la norme. La perception d'avoir reçu cette étiquette stigmatisée impacte la manière dont les individus du groupe minoritaire se perçoivent et comment ils se comportent dans les situations sociales.

Figure 1 *: La théorie du label modifié (Link et al., 1989)*



Appliquée au champ de la santé mentale, pour Link et ses collaborateurs (1989), la théorie du label modifiée décrit comment les individus sont socialisés d'une manière à développer des opinions défavorables envers ceux qui souffrent d'un trouble. Pendant leur socialisation dans une culture particulière, les individus acquièrent une compréhension des distinctions sociales entre eux et le groupe stigmatisé. Lorsqu'une personne présente un trouble psychiatrique et/ou neurodéveloppemental, ces attitudes revêtissent une dimension personnelle. Parce que la perception du label posé sur elle créé l'attente que les autres vont la rejeter et la dévaluer, la personne stigmatisée a recours à trois types de comportements pour faire face à ce label, à savoir : (i) garder ses symptômes et son diagnostic secrets pour éviter le rejet, (ii) le retrait et l'évitement des situations sociales ou (iii) informer les autres au sujet du trouble avec l'espoir de les instruire afin d'éloigner les attitudes stigmatisantes (Link et al., 2004). Les deux premières stratégies comportementales entraînent du mal-être, une diminution de l'estime de soi et la perte de liens sociaux, créant alors un risque de comorbidités ou d'aggravation des symptômes psychiatriques. La stratégie consistant en la révélation de son trouble s'avère être la plus protectrice pour les individus (Corrigan et al., 2010).

La méta-analyse réalisée par Livingston & Boyd (2010) apporte un soutien à cette théorie en démontrant qu'en cas de trouble psychiatrique, une stigmatisation perçue élevée est associée à

une réduction du recours au soutien social, suggérant alors que les personnes se retirent des situations sociales pour éviter l'étiquette d'un trouble psychiatrique. Soutenant également cette théorie du label modifié, les travaux concernant le camouflage autistique suggèrent que la personne stigmatisée dissimule ses difficultés afin de « passer pour une personne non autiste » (Hull et al., 2019a) et ainsi éviter le rejet. Cette théorie propose une compréhension des fondements du processus d'étiquetage sous-tendant la stigmatisation à un niveau individuel. Néanmoins, elle ne permet pas de rendre compte de toutes les facettes de la stigmatisation (par exemple, la stigmatisation structurelle).

1.2.3. Le modèle socio-cognitif de la stigmatisation

A partir de la théorie du label modifiée (Link et al., 1989), le modèle socio-cognitif de la stigmatisation explique comment les interactions entre les pensées, émotions et comportements contribuent à la perpétration de la stigmatisation (Sheehan et al., 2017). Ce modèle définit la stigmatisation en tant que phénomène complexe comprenant trois construits de psychologie sociale : les stéréotypes, le préjudice et la discrimination (Rüsch et al., 2005). La stigmatisation publique se déploie alors à travers des processus cognitivo-comportementaux où les cognitions entraînent des émotions et comportements.

Les stéréotypes sont définis comme des croyances sur les caractéristiques d'un groupe. Comme évoqué précédemment, ces croyances sont socialement acquises et partagées (Hilton, 1996). L'acquisition précoce de cette forme de connaissances au cours du développement et son utilisation fréquente à travers les médias, par exemple, les rendent particulièrement accessibles et mobilisables pour juger autrui, nécessitant des motivations particulières pour résister à leur recours (Granjon et al. 2023; Rohmer & Louvet, 2012). Les stéréotypes les plus fréquents au regard des personnes ayant un trouble psychiatrique ou neurodéveloppemental sont la dangerosité, la responsabilité et l'incompétence (Sheehan et al., 2017). Par exemple, le

stéréotype « les personnes souffrant de schizophrénie sont dangereuses » entraîne une réaction émotionnelle, le préjudice (« Oui, ils sont dangereux et je ne suis pas à l'aise près d'eux »), qui engendre un comportement discriminatoire (« Je ne vais quand même pas embaucher quelqu'un comme ça ! »). Un individu peut être identifié comme un membre d'un groupe stigmatisé à partir d'indicateurs sociaux tels que la présence de comportements inhabituels ou d'un label (« je le connais, c'est un fou »), les stéréotypes associés à ce groupe sont alors activés et enclenchent le processus cognitivo-comportemental. Comme dans le modèle théorique précédent, les personnes appartenant au groupe minoritaire peuvent avoir recours à des comportements d'évitement du label, sacrifiant, par exemple, les soins pour ne pas risquer d'être vues se rendant dans un service de psychiatrie.

Le modèle socio-cognitif est limité dans le fait qu'il décrit uniquement les interactions au niveau social et individuel mais n'explique pas la stigmatisation structurelle ou associative. Il constitue néanmoins le fondement théorique du modèle socio-cognitif de la stigmatisation internalisée, présenté en détail dans le deuxième chapitre de la présente thèse.

1.2.4. La stigmatisation implicite

La majorité des études concernant la stigmatisation en santé mentale se sont construites sur le postulat que la stigmatisation repose sur un processus conscient et délibéré. Pourtant, la stigmatisation ne trouve pas uniquement ses origines à travers des processus délibérés, mais des processus automatiques du traitement de l'information auraient aussi un rôle important (Gawronski & Bodenhausen, 2006 ; Pryor et al., 2004). Alors que le traitement délibéré requiert un effort cognitif contrôlé, il existe également des traitements plus automatiques de l'information qui ont recours à des heuristiques mentales, tels que les stéréotypes, pour guider les réactions. Des indicateurs sociaux, tels que l'apparence de la personne, peuvent activer automatiquement des stéréotypes. Un traitement délibéré de l'information, coûteux

cognitivement, est alors nécessaire pour dépasser la réaction automatique initiale. Les traitements délibérés et les traitements plus automatiques de l'information peuvent conduire à des réponses contradictoires dans l'expression des stéréotypes et des attitudes (Rohmer at al., 2022).

Le décalage fréquent entre des réponses contrôlées (traitement délibéré) et des réponses plus automatiques peut reposer sur deux explications : le fait que nous ne sommes pas conscients de nos biais de jugements et/ou un besoin de ne pas se montrer discriminants (Rohmer et al., 2022). Il est donc difficile d'apprécier le degré de stigmatisation d'un groupe en utilisant des questionnaires auto-rapportés même si ceux-ci restent très utilisés dans le champ d'étude des relations intergroupes (Rohmer & Louvet, 2012). Pour dépasser les limites des questionnaires, différentes tâches ont été développée, dont la plus connue est le test des associations implicites (IAT ; Greenwald et al., 1998 ; Rohmer et al., 2024 pour une application récente au champ de l'inclusion des élèves avec handicap). Initialement conçue pour mesurer les formes, dites implicites, de stigmatisation raciale, cette tâche réalisée sur ordinateur mesure la force des associations automatiques entre des catégories cibles (par exemple, des visages) et des évaluations positives (par exemple, des adjectifs tels que bon ou mauvais) à l'aide des temps de réaction pour classer les différents stimuli.

Il a été démontré, à l'aide de l'IAT, que la population générale présente des attitudes implicites plus stigmatisantes envers les personnes ayant des troubles psychiatriques comparativement aux personnes porteuses de maladies somatiques (Teachman et al., 2006). De manière intéressante, les mêmes résultats ont été retrouvé chez les personnes porteuses elles-mêmes de troubles psychiques – c'est-à-dire, les PSP ont des attitudes implicites plus stigmatisantes envers les individus ayant des troubles psychiatriques plutôt que ceux ayant une maladie somatique. Les résultats suggèrent que faire partie du groupe stigmatisé ne diminue par les biais implicites et explicites envers ce groupe (Teachman et al., 2006). Néanmoins, les

résultats d'une étude plus récente indiquent que les individus ayant personnellement ou par un membre de la famille fait l'expérience de difficultés en santé mentale, ont des attitudes stigmatisantes implicites moins importantes que des personnes n'ayant pas ce lien personnel (Sandhu et al., 2019). Il a été démontré l'existence d'une incongruence entre les résultats des mesures implicites et explicites de la stigmatisation (Greenwald et al., 1998 ; Sandhu et al., 2019), ce qui suggère une indépendance des attitudes explicites et implicites en matière de stigmatisation. Les résultats suggèrent notamment que les mesures explicites pourraient mieux prédire les comportements délibérés (par exemple, ce qu'un individu dit à un autre individu avec une identité stigmatisée) et que les mesures implicites prédisent mieux les réactions plus subtiles ou plus difficilement contrôlables (par exemple, est-ce qu'un individu s'assoit à côté d'une personne avec une identité stigmatisée visible dans le bus ?) (Fazio et Olson, 2003 ; Bessenoff et Sherman, 2000). Cela souligne l'intérêt pour les chercheurs mais aussi les cliniciens de se questionner sur les biais implicites impliqués dans la stigmatisation en santé mentale.

Ces tâches sont présentées comme mesurant des attitudes plus proches des comportements. Néanmoins, elles ont été critiquées pour leur manque de validité écologique et des effets parfois inconsistants. Pour pallier cette difficulté, nous utiliserons dans le cadre de cette thèse la *Visual Approach/Avoidance by the Self Task* (VAAST ; Rougier et al., 2018). Notre adaptation de cette tâche récemment développée sera présentée dans la deuxième partie de la thèse (chapitre 7), comprenant les apports empiriques du travail doctoral.

Tableau 2 : *Résumé des trois modèles théoriques de stigmatisation publique*

Modèle théorique	**Description**
Théorie du label modifié	Les personnes ayant un trouble s'attendent à être rejetées en raison de la stigmatisation. Elles peuvent alors avoir recours à trois

	stratégies : (i) garder leur trouble secret, (ii) se retirer des relations sociales ou (iii) changer l'étiquette et éduquer les autres au sujet de leur expérience.
Modèle socio-cognitif	Les stéréotypes, les préjudices et la discrimination constituent les trois composantes de la stigmatisation.
Stigmatisation implicite	Des biais non-conscients constituent une forme subtile de stigmatisation qui entraîne des préjudices et de la discrimination.

1.3. Les modèles intégratifs de la stigmatisation

Les modèles théoriques de la stigmatisation publique présentés jusqu'ici partagent tous la limite de ne pas prendre en compte les interactions entre tous les niveaux de stigmatisation. Deux modèles visant à répondre à cette limitation seront maintenant présentés afin de proposer une compréhension plus écologique de la stigmatisation en ciblant la stigmatisation dans le champ de la santé.

1.3.1. Le modèle de la stigmatisation des maladies mentales

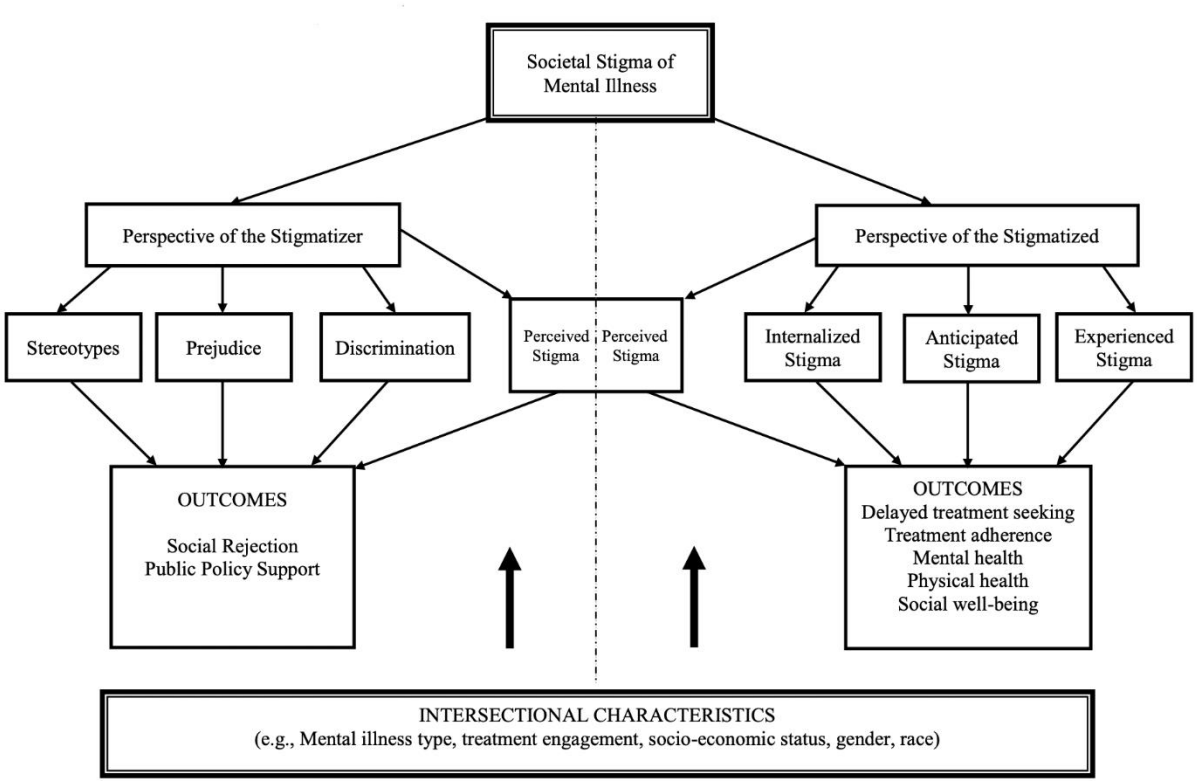
Le modèle de la stigmatisation des maladies mentales (MISF ; *Mental Illness Stigmatisation Framework* ; Fox et al., 2018) permet de différencier la *stigmatisation perçue* de la *stigmatisation personnelle* tout en intégrant la notion d'intersectionnalité à son modèle de stigmatisation. Ce modèle prend en compte simultanément différentes appartenances catégorielles qui s'ajoutent à celle liée au diagnostic, postulant ainsi que les répercussions d'un trouble, en termes de stigmatisation, ne sont pas identiques selon des caractéristiques telles que le milieu social d'origine ou le genre. Le modèle schématisé issu de l'article de Fox et al. (2018) est présenté en Figure 2.

Dans ce modèle, la *stigmatisation perçue* fait référence à ce que la personne perçoit de la façon dont la société voit les membres du groupe stigmatisé. C'est le seul type de stigmatisation partagée par les personnes avec et sans trouble. A l'inverse, *la stigmatisation personnelle* fait référence aux croyances stigmatisantes individuelles, c'est-à-dire, ses propres croyances et ressentis envers les personnes ayant un trouble identifié. La nouveauté de ce modèle théorique est d'inclure deux perspectives complémentaires, celle de la personne stigmatisante et celle de la personne stigmatisée. En perpétuant les croyances stéréotypées, la personne stigmatisante contribue aux conséquences négatives de la stigmatisation, telles que le faible financement en matière de santé mentale ou des opportunités d'emploi restreintes. Le modèle met en avant que la personne stigmatisée fait l'expérience de stigmatisation, l'anticipe et l'internalise. Pour ces auteurs, la *stigmatisation internalisée* implique l'application à soi-même des stéréotypes négatifs au sujet des troubles et le mal-être émotionnel qui en résulte. L'*expérience de stigmatisation* représente les situations où l'individu stigmatisé fait la rencontre d'individus ou institutions qui restreignent ses droits et ses opportunités. *L'anticipation de la stigmatisation* est le fait que la personne redoute de subir de telles expériences préjudiciables. Ces trois types de stigmatisation engendrent, ensemble, des conséquences individuelles néfastes telles qu'un délai allongé d'accès aux soins et une inclusion sociale difficile.

Un point fort de ce modèle est la reconnaissance de l'influence des caractéristiques intersectionnelles à la fois de la personne stigmatisante et de la personne stigmatisée. L'intersectionnalité se rapporte aux multiples identités stigmatisées qui peuvent se combiner et ainsi aggraver les conséquences de la stigmatisation. Comme souligné précédemment et illustré dans la Figure 3, ces caractéristiques peuvent inclure par exemple l'identité de genre, l'ethnicité, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique ou les maladies. Malgré cet apport très important, ce modèle théorique peut être critiqué car il n'inclut ni la stigmatisation associative

ni structurelle. Il semble en effet important de développer un cadre théorique incluant ces stigmatisations car, d'une part, la stigmatisation associative est affectée par les perceptions sociétales et, d'autre part, elle entraîne des conséquences directes sur les personnes associées aux personnes ayant un trouble, en les dévalorisant (par exemple, des salaires bas chez les soignants ou peu de financements alloués aux recherches en psychiatrie). Ces conséquences peuvent alors impacter négativement les usagers des services de soins (par exemple, manque de moyens humains).

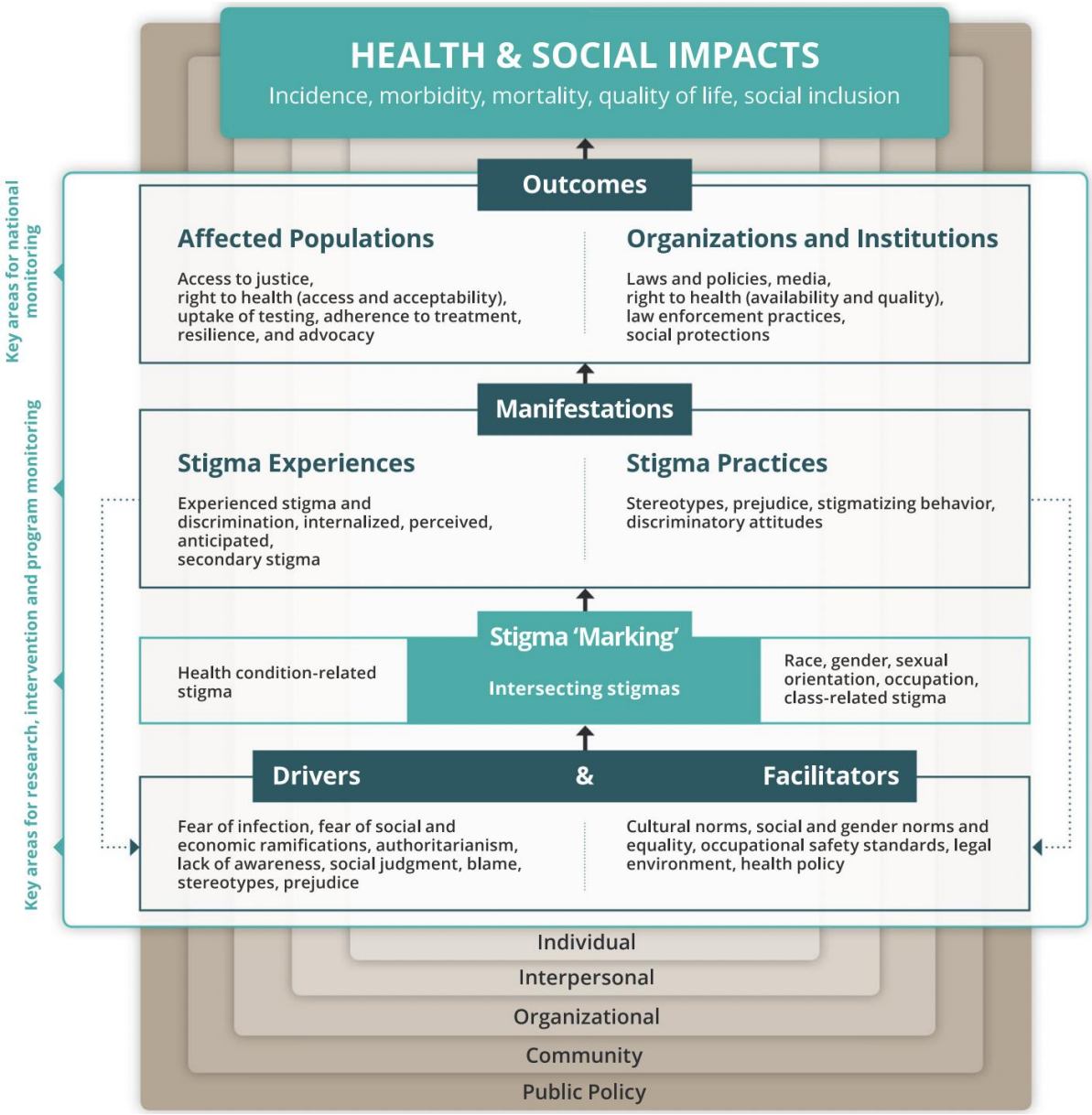
Figure 2 : *Le modèle de la stigmatisation des maladies mentales (Fox et al., 2018)*



1.3.2. Le modèle de la stigmatisation et de la discrimination en santé

Le modèle de la stigmatisation et de la discrimination en santé (*Health stigma and discrimination framework* ; HSDF, Stangl et al., 2019) n'a pas été conçu spécifiquement pour le champ de la santé mentale bien qu'il semble tout à fait applicable à ce domaine spécifique. A l'inverse du modèle décrit précédemment, les auteurs ont choisi de ne pas renforcer la dichotomie entre « nous » versus « eux » en différenciant le stigmatisant du stigmatisé. Il a plutôt été choisi de mettre en avant les facteurs socio-culturels influençant la stigmatisation. Le schéma synthétisant ce modèle, issu de l'article original, est présenté en Figure 3.

Figure 3 : *Le modèle de la stigmatisation et de la discrimination en santé*



Pour ces auteurs, proposer un cadre théorique sur la perpétuation de la stigmatisation par les individus uniquement réduit la prise en compte de l'impact plus large de facteurs environnementaux qui pourraient contribuer à la lutte contre la stigmatisation en santé. Ce modèle identifie des éléments moteurs (*drivers)* et facilitateurs de la stigmatisation qui entrent en interaction avec des caractéristiques individuelles pour entrainer des expériences stigmatisantes ainsi que leurs conséquences. Les éléments moteurs de la stigmatisation

identifiés ici incluent les stéréotypes à propos de la maladie, les menaces sociales et économiques et la peur de la contamination. Il est admis que ces moteurs peuvent changer en fonction de la culture mais aussi du trouble. Les facilitateurs, quant à eux, peuvent influencer la stigmatisation de manière positive ou négative (par exemple, les politiques de santé et les normes culturelles). Ensemble, les moteurs et facilitateurs impliqueront que la personne soit ou ne soit pas identifiée / labelisée, entraînant les manifestations du stigmate. Un point commun entre le modèle précédent et celui-ci est la reconnaissance que la stigmatisation peut résulter du trouble en lui-même mais aussi des identités intersectionnelles. Ce modèle classifie *les expériences* de stigmatisation différemment *des pratiques* de stigmatisation. Dans les *expériences de stigmatisation*, on retrouve notamment l'autostigmatisation, la stigmatisation perçue, anticipée et associative. Les *pratiques stigmatisantes* caractérisent comment la stigmatisation est perpétuée dans la société à travers les croyances stéréotypées et les préjugés. Les conséquences identifiées ici peuvent concerner les individus, comme dans tous les modèles présentés jusqu'ici, mais aussi les conséquences plus larges au niveau des organisations et des institutions. Globalement, ces conséquences concernent toute la société avec des éléments tels que la mortalité et la qualité de vie de la population. Pour conclure, ce modèle intègre divers modèles théoriques de la stigmatisation en un tout cohérent, afin d'identifier des cibles pertinentes pour les recherches et les interventions à chacun de ces niveaux (Stangl et al., 2019).

1.4. Résumé et conclusions du chapitre 1

Dans ce premier chapitre, nous avions pour objectif de définir les termes importants pour comprendre ce travail de thèse concernant la stigmatisation des PSP. En ce sens, différents modèles théoriques tels que la *théorie du label modifié*, le *modèle socio-cognitif* et la

stigmatisation implicite ont été expliqués pour cibler les facteurs individuels impliqués dans la stigmatisation. Afin d'approfondir la compréhension des facteurs sous-tendant la stigmatisation dans nos sociétés, deux modèles intégratifs ont ensuite été détaillés, *le modèle de la stigmatisation des maladies mentales* et le *modèle de la stigmatisation et de la discrimination en santé,* en soulignant leurs forces et limitations. Le modèle le plus large destiné à la stigmatisation en santé a été proposé en fin de chapitre comme un modèle complet construit sur les modèles précédents et qui reconnait l'importance des facteurs environnementaux. Contrairement à d'autres, ce modèle ne souligne pas la distinction « nous » versus « eux » qui renforce les expériences de stigmatisation. A l'inverse, ce dernier met l'emphase sur une compréhension sociétale de la stigmatisation et identifie des cibles pour la recherche et le développement d'interventions pour pouvoir au mieux la combattre. La difficulté réside dans le fait que ces changements sociétaux, bien qu'indispensables, sont longs à mettre en place. En parallèle des actions sociétales pour combattre la stigmatisation, il est donc essentiel de comprendre le processus d'autostigmatisation afin de pouvoir, d'une part, apporter des moyens efficaces pour résister à l'internalisation de la stigmatisation et, d'autre part, aider les personnes concernées par une forte autostigmatisation à se percevoir au-delà du trouble. C'est pourquoi le prochain chapitre est dédié à une meilleure compréhension de l'autostigmatisation et de ses conséquences.

Chapitre 2 : L'autostigmatisation dans le champ de la santé mentale

2.1. Introduction

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 1, nous avons fait le choix dans la présente thèse d'utiliser le terme personnes suivies en psychiatrie (PSP) pour englober les troubles psychiques sévères et persistants (TPSP ; en anglais, *severe mental illness*, SMI) et le trouble du spectre de l'autisme sans déficience intellectuelle (TSADI).

Les TPSP sont définis comme un trouble psychiatrique, comportemental ou émotionnel ayant une évolution chronique et engendrant un dysfonctionnement grave qui interfère ou limite considérablement une ou plusieurs des activités majeures de la vie. La définition proposée par l'Institut National de la Santé Mentale Américaine inclut trois dimensions à prendre en compte : le diagnostic, la chronicité et le handicap associé (Ruggeri, et al., 2000). Les psychopathologies concernées incluent, par exemple, les troubles psychotiques, le trouble bipolaire et les troubles de la personnalité. Il est estimé dans les sondages de la santé mentale mondiale (*Word Mental Health Surveys*) que la prévalence annuelle des TPSP se situe entre 4 à 6,8% des adultes (Kessler et al., 2009). A titre d'exemple, la schizophrénie touche 1% des personnes (soit 600 000 personnes en France) et le trouble bipolaire 2,5% (soit 1,6 millions de personnes en France) (HAS, 2013).

Le trouble du spectre autistique (TSA ou 'autisme') est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des difficultés de communication et d'interaction sociales, des comportements répétitifs et des intérêts intenses (American Psychiatric Association, 2022). Des estimations mondiales récentes suggèrent qu'environ 1 % de la population est touchée par l'autisme (Zeidan et al., 2022). L'autisme sans déficience intellectuelle semble concerner, selon de récentes estimations, approximativement 60% des

personnes autistes (Shenouda et al., 2023). Il est important de noter que les adultes autistes[3] présentent une prévalence élevée de troubles anxieux et dépressifs au cours de leur vie, allant de 23 % à 42 % (Hollocks et al., 2019). Les problèmes de santé mentale chez les personnes autistes augmentent le risque de répercussions défavorables à long terme, telles qu'un fonctionnement social plus faible (Lai et al., 2019), des difficultés d'emploi (Taylor et al., 2015) et une suicidalité accrue (Cassidy et al., 2018). Afin d'améliorer la qualité de vie et le fonctionnement social des personnes autistes, il est essentiel de comprendre pourquoi elles présentent un risque élevé de problèmes de santé mentale.

Malgré l'existence de traitements pharmacologiques et psychologiques dont l'efficacité sur la réduction des symptômes en santé mentale est avérée, l'insertion sociale des PSP reste réduite. En effet, il s'agit du premier motif de reconnaissance d'invalidité professionnelle ainsi que l'une des premières causes d'absentéisme au travail en Europe (Icick et al., 2014 ; Villotti et al., 2018). L'une des raisons évoquées pour cette insertion sociale réduite est l'internalisation de la stigmatisation (e.g., Corrigan et Deepa Rao, 2012 ; Quinn et al., 2015 ; Wong et al., 2019).

Dans ce chapitre, nous présenterons, dans un premier temps, la prévalence de l'autostigmatisation des PSP ainsi que ses conséquences délétères. Deuxièmement, nous examinerons un modèle explicatif de la résistance à la stigmatisation qui nous permettra d'appréhender les différentes réponses possibles face à la stigmatisation. Troisièmement, nous détaillerons les modèles théoriques principaux de l'autostigmatisation, à savoir le modèle progressif de l'autostigmatisation et l'effet *à quoi bon*. Cela nous conduira, dans un quatrième

[3] Plusieurs travaux indiquent que la majorité des adultes autistes préfèrent la nomenclature « adultes autistes » plutôt que « adulte avec autisme / TSA » (Monk et al., 2022).

temps, à notre proposition de modèle socio-cognitif intégratif de l'autostigmatisation, adapté à partir du modèle de la menace de l'identité sociale de Major et Schmader (2018).

2.2. Prévalences et conséquences psycho-sociales de l'autostigmatisation en santé mentale

L'autostigmatisation des PSP a gagné un grand intérêt dans le monde de la recherche dans la dernière décennie. En effet, avant 2010, seules 28 études sur ce sujet étaient répertoriées alors que, depuis 2010, il existe plus de 250 études s'intéressant à ce phénomène (Dubreucq et al., 2021).

Une récente revue systématique incluant 272 articles et plus de 25 000 participants indique un niveau élevé d'autostigmatisation chez 31,3% des personnes présentant un trouble psychiatrique sévère et persistant (Dubreucq et al., 2021). Cette étude démontre que la prévalence de l'autostigmatisation varie entre les troubles. En effet, l'autostigmatisation est la plus présente dans la schizophrénie, suivie du trouble bipolaire et de la dépression caractérisée.

Bien qu'il existe de très nombreuses études examinant l'autostigmatisation des personnes avec un TPSP, seules cinq études, à notre connaissance, ont investigué l'autostigmatisation des personnes autistes (Bachmann et al., 2019 ; Botha et al., 2022 ; Dubreucq et al., 2020 ; McDonald, 2020 ; Shtayermman, 2009). Dans le cadre d'une enquête en ligne menée auprès de 1139 adultes s'identifiant comme autistes aux États-Unis, McDonald (2020) a obtenu des scores plus élevés pour la stigmatisation et la discrimination globales que les scores précédemment rapportés pour les participants atteints de TPSP (King et al., 2007). Une étude multicentrique allemande a utilisé l'échelle ISMI-10 (*Internalized Stigma of Mental Illness scale-10*) pour évaluer l'autostigmatisation dans un échantillon de 149 adultes autistes et a rapporté que 15,5 % des participants présentaient une stigmatisation intériorisée modérée à sévère (Bachmann et al., 2019). Dans la population française, Dubreucq et collaborateurs

(2020) ont trouvé une prévalence d'autostigmatisation élevée dans 22,2% de leur échantillon composé de 45 adultes autistes consultant dans des centres de réhabilitation psychosociale. La prévalence de l'autostigmatisation modérée à élevée chez les personnes autistes varie donc selon les études entre 15.5% à 22.5%, avec des résultats contradictoires indiquant plus de stigmatisation dans cette population que chez les personnes avec TPSP (McDonald et al., 2020). Cette brève synthèse souligne le manque d'études réalisées dans cette population et les tailles d'échantillons modestes des études présentées limitent la généralisation des résultats. Nous avons tenté de répondre à ces lacunes dans l'Etude 3 (présentée dans le chapitre 10 de ce manuscrit de thèse).

Concernant les TPST, des méta-analyses et revues systématiques récentes indiquent des conséquences négatives de l'autostigmatisation sur de multiples aspects associés à la qualité de vie et à une variété de ressentis subjectifs. Par exemple, sur le versant cognitif, l'autostigmatisation des PSP est associée à une plus faible estime de soi et à un sentiment d'efficacité personnelle réduit (Boyd et al., 2014). D'un point de vue affectif, l'autostigmatisation est associée à des niveaux plus bas de qualité et satisfaction de vie, davantage de symptômes dépressifs et d'anxiété et plus de désespoir (Mak et al., 2007). Sur le versant social, l'autostigmatisation est liée à un fonctionnement social affaibli, des niveaux d'isolement et des taux de chômage très élevés (Doyle & Molix, 2015 ; Livingston & Boyd, 2010, Logie & Gadalia, 2009 ; Dubreucq et al., 2021). De plus, l'autostigmatisation est associée à une motivation faible à avoir des comportements « pro-santé », c'est-à-dire qui aboutissent à une meilleure santé physique et à une adhésion aux traitements (Dubreucq et al., 2021). Les quelques études concernant les taux de prévalence de l'autostigmatisation chez les personnes autistes mentionnées précédemment n'ont pas examiné les corrélats de l'autostigmatisation

dans cette population. On peut néanmoins supposer retrouver des conséquences négatives similaires que celles retrouvées dans les TPST.

Compte tenu de ces données, il est évident que la stigmatisation constitue un facteur de stress majeur pour les personnes suivies en psychiatrie (Corrigan, 2004 ; Stier & Hinshaw, 2007 ; Link & Phelan, 2001). Néanmoins, certaines personnes sont peu affectées par la stigmatisation publique alors que, pour d'autres, celle-ci entraîne de nombreuses conséquences psycho-sociales telles que la baisse de l'estime de soi et l'isolement social. Ces répercussions différentes peuvent être expliquées par la manière dont les individus réagissent à la stigmatisation publique. En effet, certains peuvent réagir par la juste colère et l'*empowerment* (Chan et al., 2018), alors que d'autres s'y montrent indifférents (Corrigan & Watson, 2002). Un troisième groupe de personnes internalise la stigmatisation, c'est-à-dire, ces personnes s'auto-stigmatisent (Krajewski et al., 2013).

2.3. La résistance à la stigmatisation

En s'appuyant sur des recherches en psychologie sociale, Rüsch et al. (2009) ont cherché à clarifier pourquoi certains individus ne sont pas affectés par la stigmatisation publique. A cet effet, ils ont testé empiriquement le modèle de stress-vulnérabilité-compétences proposé par Major et O'Brian en 2005 (stress-coping model ; Major & O'Brian, 2005) appliqué à la stigmatisation en santé mentale. Ce modèle est basé sur la théorie transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman (1984) qui stipule que le stress résulte d'un déséquilibre entre l'évaluation personnelle d'une situation et l'évaluation de sa capacité à y faire face, mettant l'accent sur le caractère subjectif et dynamique du stress. Dans leur adaptation, Major et O'Brian (2005) proposent que le stress lié à la stigmatisation apparaît lorsque son préjudice excède les ressources de la personne confrontée à la stigmatisation pour y faire face. On retrouve ainsi deux types d'évaluation cognitive (Lazarus & Folkman, 1984) : le préjudice estimé de la

stigmatisation et l'évaluation des ressources personnelles pour faire face à la stigmatisation. Ainsi, le stress lié à la stigmatisation résulte de la différence entre ces deux évaluations et se produit lorsque le préjudice perçu supplante les ressources perçues pour faire face à la stigmatisation. En particulier, des caractéristiques personnelles et la stigmatisation publique affectent l'évaluation cognitive du stress lié à la stigmatisation. Plus précisément, on retrouve dans ce modèle des facteurs sociétaux et personnels permettant d'expliquer pourquoi certaines personnes perçoivent la stigmatisation comme préjudiciable alors que d'autres non (Figure 5). Ces facteurs incluent :

i) La stigmatisation perçue dans la société : plus une personne perçoit des comportements discriminatoires et d'attitudes stigmatisantes, plus elle risque de percevoir la stigmatisation comme préjudiciable (Crocker et al., 1998). Cette perception peut être influencée par différents facteurs individuels, tels que le niveau d'*insight* vis-à-vis de son trouble, c'est-à-dire, la conscience de son trouble et de ses symptômes (Fowler et al., 2015) ou encore les fonctions neurocognitives telles que l'attention ou la mémoire de travail (Chan et al., 2017).

(ii) La sensibilité au rejet : Une personne plus sensible au rejet dans ses relations interpersonnelles percevra la stigmatisation comme plus stressante (Jussim et al., 2000).

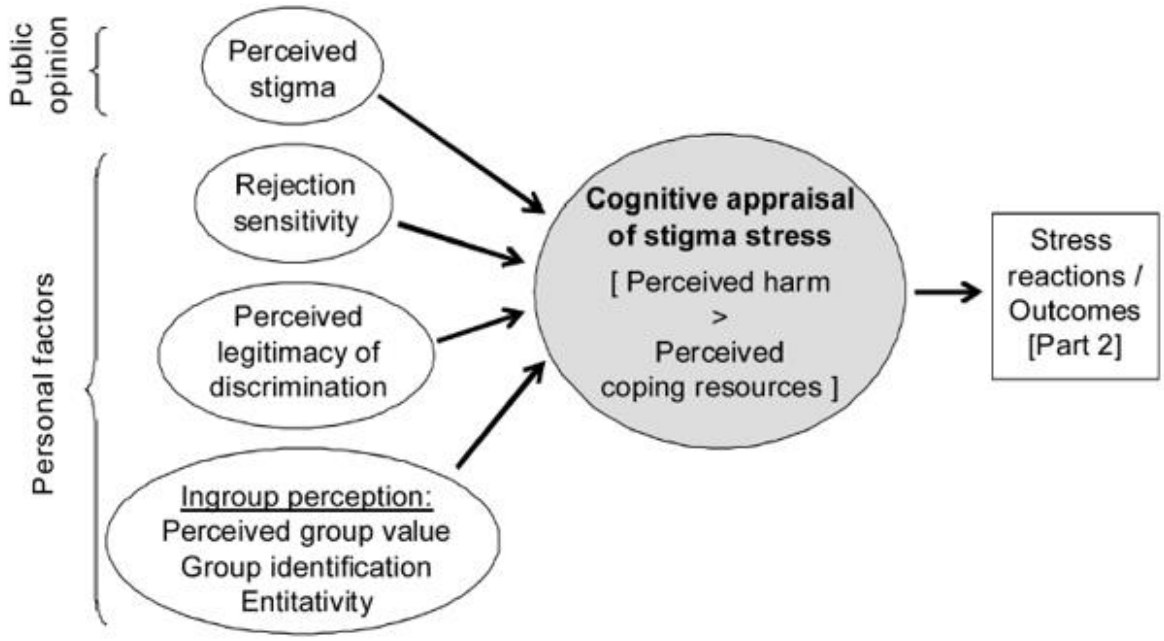
(iii) La légitimité perçue de la discrimination : La croyance en un monde juste peut entraîner une personne stigmatisée à appréhender cette stigmatisation comme légitime bien qu'elle détériore son statut dans la société, et cela peut ainsi réduire le stress perçu de la stigmatisation (Jost et al., 2003 ; Major et al., 2002a).

(iv) La perception de son groupe d'appartenance (i.e., les personnes suivies en psychiatrie) : Correl et Park (2005) ont identifié dans leur revue systématique trois facteurs influençant l'impact du groupe d'appartenance sur ses membres. D'abord, (i) la valeur perçue

(positive ou négative) du groupe, (ii) à quel point l'individu s'identifie au groupe (Watson et al., 2007) et enfin (iii) l'entitativité, c'est-à-dire, la perception de son groupe d'appartenance comme un tout cohérent (Lickel al., 2000). Les individus qui donnent une valeur positive à leur groupe sont plus résistants à la stigmatisation tout comme ceux s'identifiant peu au groupe ou qui considèrent le groupe comme peu cohérent. En effet, ces individus percevront la stigmatisation comme moins stressante car ils se sentiront moins concernés par la stigmatisation publique envers leur groupe (Corrigan & Watson, 2002 ; Correll & Park, 2005).

Enfin, la composante la plus importante de ce modèle est l'**évaluation cognitive du stress lié à la stigmatisation.** Cette évaluation est influencée par les quatre facteurs précédemment cités (Figure 4). Dans l'article de 2009, Rüsch et collaborateurs illustrent le modèle avec l'exemple suivant : « Les personnes atteintes de schizophrénie subissent un stress lié à la stigmatisation lorsqu'elles s'inquiètent de perdre leur emploi ou leur appartement à cause des préjugés et pensent qu'elles n'ont pas les ressources / compétences nécessaires pour surmonter cette menace. » Les travaux empiriques de Rüsch et collaborateurs (2009) avec des personnes ayant un trouble schizophrénique ou un trouble de l'humeur apportent un soutien important à ce modèle, indépendamment du type de diagnostic ou de la sévérité des symptômes.

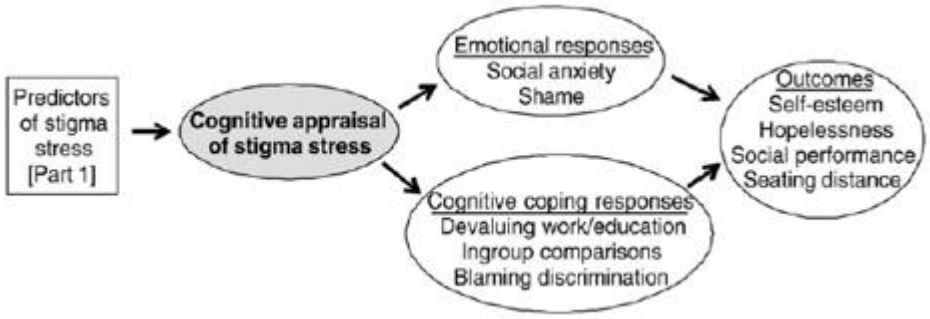
Figure 4 : *L'évaluation cognitive du stress lié à la stigmatisation et ses prédicteurs (adapté à partir de Major et O'Brian, 2005 par Rüsch et al., 2009)*



La deuxième partie du modèle (Figure 5 ; Rüsch et al, 2009b) suggère que l'évaluation du stress de la stigmatisation peut engendrer deux réponses :

1. **des réponses émotionnelles involontaires** telles que la honte et l'anxiété sociale (Rüsch et al., 2007b) et
2. **des stratégies cognitives d'adaptation** (*coping responses*) qui sont des efforts de régulation conscients et volontaires en réponse à des facteurs de stress (Miller, 2006).

Figure 5 : *L'évaluation cognitive du stress lié à la stigmatisation et ses conséquences (adapté à partir de Major et O'Brian, 2005 par Rüsch et al., 2009)*



Dans les réponses émotionnelles involontaires, on retrouve deux émotions prédominantes dans les situations de stigmatisation, à savoir, l'anxiété sociale et la honte (Lazarus, 1993). L'anxiété sociale, définie comme une peur intense du jugement négatif par autrui dans les situations sociales, constitue une réponse à la stigmatisation en tant que menace présente dans les interactions sociales (Spencer et al., 1999). Par exemple, chez les personnes avec une schizophrénie, l'autostigmatisation est associée à l'anxiété sociale et les expériences de discrimination prédisent l'anxiété sociale prospectivement même quand le degré d'anxiété sociale initial est contrôlé (Lysaker et al., 2010). Chez les personnes avec un trouble bipolaire, l'autostigmatisation entraîne fréquemment de l'anxiété sociale qui, à son tour, mène à des conséquences cliniques et fonctionnelles négatives telles que la diminution de l'estime de soi (Aydemir & Akkaya, 2011 ; Levy et al., 2015).

La honte, quant à elle, constitue une réaction émotionnelle au fait de se sentir exposé aux yeux des autres et humilié en tant que personne dévalorisée (Lewis, 1998). Puisque la honte est inhérente au concept d'autostigmatisation, le chapitre suivant y sera consacré. La honte et l'anxiété sociale semblent être des conséquences de la stigmatisation publique et notamment de la dévalorisation des individus en raison d'une identité stigmatisée (Gilbert & Miles, 2000). Dans le champ de la santé mentale, la plupart des études se sont attachées à comprendre

l'anxiété sociale et la honte ressenties par les personnes ayant une schizophrénie (Birchwood et al., 2007 ; Michail et Birchwood, 2013). Le Chapitre 3 reprendra les concepts d'anxiété sociale et de honte en de plus amples détails et examinera leur lien étroit.

Alors que les réponses émotionnelles sont involontaires, les stratégies d'adaptation sont pour Miller (2006) des efforts conscients et délibérés en réponse à un stress. Pour sélectionner les stratégies d'adaptation testées empiriquement dans leur étude, Rüsch et collaborateurs (2009b) se sont appuyés sur l'article princeps de Crocker et Major (1989) qui explore trois mécanismes d'adaptation pouvant contribuer à préserver l'estime de soi des personnes stigmatisées : (i) la dévalorisation des domaines pour lesquels des stéréotypes de mauvaise performance sont présents (tels que le travail ou l'éducation), (ii) la comparaison vis-à-vis des membres de son groupe (les PSP) au détriment de la population générale et enfin (iii) des attributions causales internes (par exemple, un manque de compétence personnelle) en réponse à la discrimination.

Les résultats de l'étude de Rüsch et al. (2009) soutiennent partiellement le modèle adapté de Major et O'Brian (2005). En effet, selon leur étude, le stress lié à la stigmatisation élevée est corrélé à des niveaux élevés d'anxiété sociale et de honte – des réponses émotionnelles involontaires --, mais n'est pas associé à des réponses cognitives d'adaptation. Les réponses émotionnelles involontaires prédisent quant à elles plus de désespoir et une estime de soi réduite mais ne prédisent pas les performances sociales (évaluées dans leurs travaux par un jeu de rôle). Bien que les réponses cognitives ne soient pas corrélées au stress lié à la stigmatisation, certaines réponses cognitives d'adaptation prédisent le désespoir. En particulier, les réponses cognitives incluent la dévalorisation du travail et des études ainsi que le fait d'attribuer ses échecs à la discrimination plutôt qu'à des caractéristiques personnelles.

Pour conclure, le modèle de stress-vulnérabilité-compétences proposé par Major et O'Brian en 2005 (*stress-coping model* ; Major & O'Brian, 2005) a été éprouvé empiriquement en grande partie par les travaux de Rüsch et collabrateurs (2009) dans son application en santé mentale. L'évaluation cognitive du stress lié à la stigmatisation peut varier en fonction de facteurs sociétaux et personnels, expliquant ainsi pourquoi la stigmatisation affecte les PSP différemment. De façon générale, leurs résultats suggèrent également que la honte et l'anxiété sociale jouent un rôle important en reliant le stress perçu de la stigmatisation aux conséquences de cette stigmatisation. Étant donné ces relations, il pourrait être indiqué de cibler les réponses émotionnelles en clinique afin d'agir sur les conséquences de l'autostigmatisation.

2.4. Modèles théoriques de l'autostigmatisation

2.4.1. Le modèle progressif de l'autostigmatisation

Corrigan & Watson (2002) ont proposé un modèle progressif de l'autostigmatisation constitué de quatre étapes successives entraînant la réduction de l'estime de soi et la perte d'espoir (Figure 6).

On retrouve comme première étape de ce modèle *la conscience de la stigmatisation*, autrement dit, la perception de la stigmatisation publique. Elle est une étape requise mais insuffisante pour entraîner l'autostigmatisation. Celle-ci est suivie par *l'accord personnel avec les stéréotypes*, qui se produit lorsque l'individu approuve les stéréotypes (« *C'est vrai que les personnes suivies en psychiatries sont faibles »).* L'autostigmatisation survient à l'étape suivante avec *la concomitance,* c'est-à-dire l'internalisation des stéréotypes et leur application à soi (« *Je suis suivi en psychiatrie donc je suis faible* »). La dernière étape est le préjudice envers soi, par exemple la perte d'estime de soi et la réduction du sentiment d'efficacité personnelle.

Figure 6 : *Le modèle progressif de l'autostigmatisation (issue de Göpfert et al., 2019)*

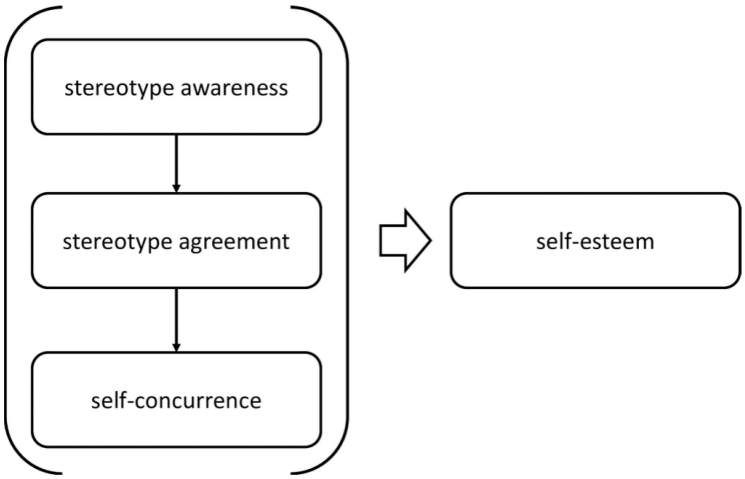


Fig 1. Process-oriented model of self-stigma with self-esteem as an outcome factor adapted from Watson et al. [19].
https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224418.g001

Ce modèle a été étudié auprès de différentes populations cliniques. A ce jour, les données empiriques le soutiennent partiellement. Les premières études ont produit des résultats indiquant des corrélations entre l'accord personnel, la concomitance et le préjudice, mais la première étape du modèle (la conscience des stéréotypes) n'était pas associée aux trois étapes suivantes (Corrigan et al.,2006). Dans une étude ultérieure de Corrigan et collaborateurs visant à tester ce même modèle, les résultats suggèrent de découper le modèle différemment avec une première étape regroupant la conscience et l'accord personnel et une deuxième étape regroupant l'application à soi et le préjudice (Corrigan et al., 2011). Pourtant, l'étude menée par la même équipe en 2016 suggère que la conscience des stéréotypes n'est pas associée à l'accord avec les stéréotypes. En effet, bien que 68.8% de leurs participants rapportent avoir conscience des stéréotypes, seuls 3.1% sont en accord avec ces stéréotypes (Corrigan et al., 2016). Ce résultat contradictoire interroge donc sur l'intérêt de mesurer la stigmatisation perçue dans les études qui investiguent l'autostigmatisation. Néanmoins, dans une étude plus récente portant sur des individus ayant une dépression, les résultats soutiennent pour la plus grande partie l'aspect progressif et hiérarchique de l'autostigmatisation proposé dans ce modèle (Göpfert et al., 2019).

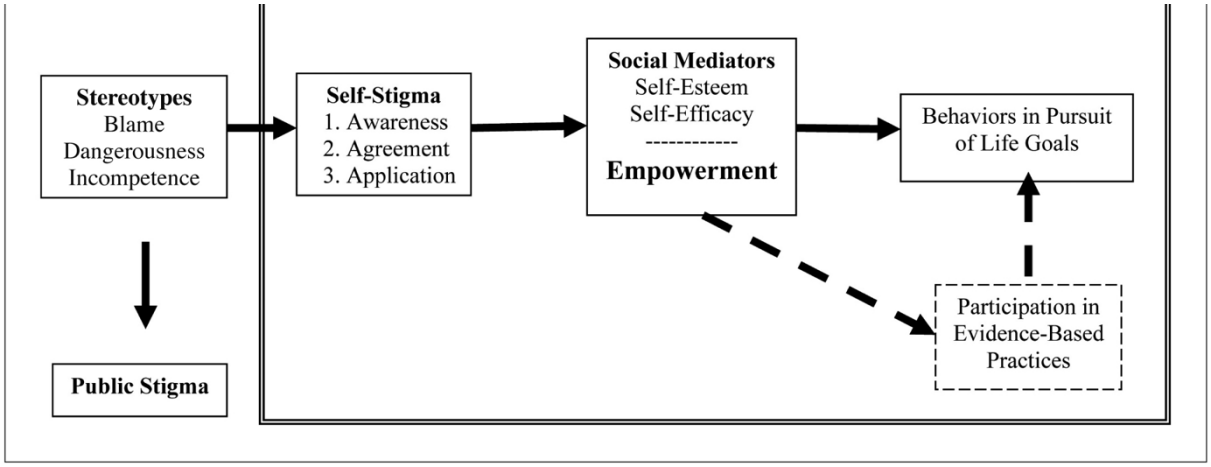
Pour résumer, il existe des preuves contradictoires concernant la pertinence des quatre étapes de l'autostigmatisation telles que proposées par Corrigan et Watson en 2002. Ce modèle suggère l'importance de cibler les étapes de l'accord avec les stéréotypes et la concomitance dans les interventions pour réduire l'autostigmatisation. Cela indique que des interventions telles que la thérapie cognitive ou la psychoéducation sur les stéréotypes pourraient être pertinentes pour intervenir sur ce phénomène.

2.4.2. L'effet à quoi bon

Incluant les étapes de son modèle progressif de l'autostigmatisation et la théorie du label modifié, que nous avons présenté dans le précédent chapitre, Corrigan est allé plus loin dans l'explication des conséquences négatives du phénomène de l'autostigmatisation en présentant en 2009 un modèle ciblant l'effet « à quoi bon » (*Why try effect*, Corrigan et al., 2009).

Dans ce modèle, on trouve quatre processus reliés : les stéréotypes, l'autostigmatisation, l'estime de soi, l'efficacité personnelle et la poursuite des objectifs personnels. Le premier processus correspond à la présence de stéréotypes tels que l'incompétence et la dangerosité. Celui-ci conduit à l'autostigmatisation, par un processus de dévaluation personnelle commençant par la conscience du stéréotype, l'accord puis l'application à soi du stéréotype. Le troisième processus est lié à la baisse de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle liée à l'autostigmatisation. Enfin, la baisse de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle influencent les comportements orientés vers les objectifs de vie personnels.

Figure 7 : *L'effet à quoi bon (Corrigan et al., 2009)*



Ce modèle s'appuie sur la théorie du label modifié qui décrit les conséquences comportementales de la dévalorisation. Selon ce modèle, la personne aura tendance à éviter les situations où elle risque de se sentir dévaluée en raison de l'autostigmatisation et de la faible estime qu'elle a d'elle-même. Les conséquences comportementales du modèle "A quoi bon" vont donc au-delà de notions telles que l'évitement social. En effet, les personnes qui sont en accord avec la stigmatisation et se l'appliquent à elles-mêmes peuvent se sentir indignes ou incapables de faire face aux exigences d'objectifs de vie personnels. Par exemple, un individu pourrait penser *"A quoi bon essayer de trouver un travail ? Un incompétent comme moi ne réussira jamais à le décrocher. »*. L'éloignement des objectifs personnels associé à l'effet « à quoi bon » conduit inévitablement à une diminution de l'estime de soi. Ainsi l'intériorisation du stéréotype « *une personne suivie en psychiatrie est un fardeau pour la société* » et l'effet « à quoi bon » associé influencent négativement l'image que la personne a d'elle-même.

A l'étape de la perte d'estime de soi et d'efficacité personnelle, Corrigan et al. (2009) proposent l'existence d'une voie parallèle : celle de l'*empowerment*. En effet, certaines personnes n'internalisent pas les stéréotypes et se trouvent, à l'inverse, énergisées face à la stigmatisation publique. Cela peut se manifester par un investissement personnel dans le militantisme pour défendre les droits des personnes de son groupe, l'expérience de la juste colère et de l'espoir envers l'avenir (Nelson et al., 2001). La possibilité de ressentir de l'*empowerment* est congruente avec le modèle-identification-rejet de Branscombe et al. (1999), indiquant que les conséquences négatives habituelles de la stigmatisation peuvent être en partie apaisées par une identification avec son groupe minoritaire. L'adaptation du modèle de stress-vulnérabilité-compétences de Rüsch et al. (2009) présenté en première partie de ce chapitre contribue à expliquer, par la double évaluation du stress lié à la stigmatisation et sa capacité à y faire face, pourquoi l'une ou l'autre voie (baisse de l'efficacité personnelle ou *empowerment*) est empruntée. Comme indiqué sur la Figure 7, l'impact négatif de l'effet « à quoi bon » sur l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnelle peut aussi affecter la participation dans les soins (*« Pourquoi je participerais à cette thérapie ? De toute façon, je n'y arriverai pas. »).*

Pour résumer, ce modèle de l'autostigmatisation est le premier à inclure la notion des objectifs de vie et s'inscrit ainsi dans la perspective du rétablissement. En effet, du point de vue clinique, le rétablissement peut être défini comme la rémission clinique et fonctionnelle, alors que du point de vue des personnes concernées, il représente un processus de redéfinition de soi afin de cultiver une identité positive au-delà de la maladie, et ainsi vivre une vie empreinte de sens et d'épanouissement (Roe et al., 2011). Le modèle de Corrigan et collaborateurs (2009) souligne que la voie de l'*empowerment* est une possibilité et qu'elle est susceptible d'avoir des conséquences positives sur la participation dans les soins et la poursuite d'objectifs personnels.

Focus sur le processus de rétablissement

1. **Trouver et garder espoir**

Avoir confiance en soi, avoir le sentiment personnel de pouvoir agir (sentiment d'efficacité personnelle) et pouvoir voir l'avenir avec optimisme

2. **Retrouver une identité positive**

Trouver une nouvelle identité qui intègre la maladie tout en conservant une image centrale de soi positive

3. **Bâtir une vie pleine de sens**

Comprendre la maladie, trouver un sens à sa vie, en dépit de la maladie, vivre des moments agréables

4. **Se prendre en main et être maître de sa vie**

Avoir le sentiment d'être en contrôle de sa maladie et de sa vie.

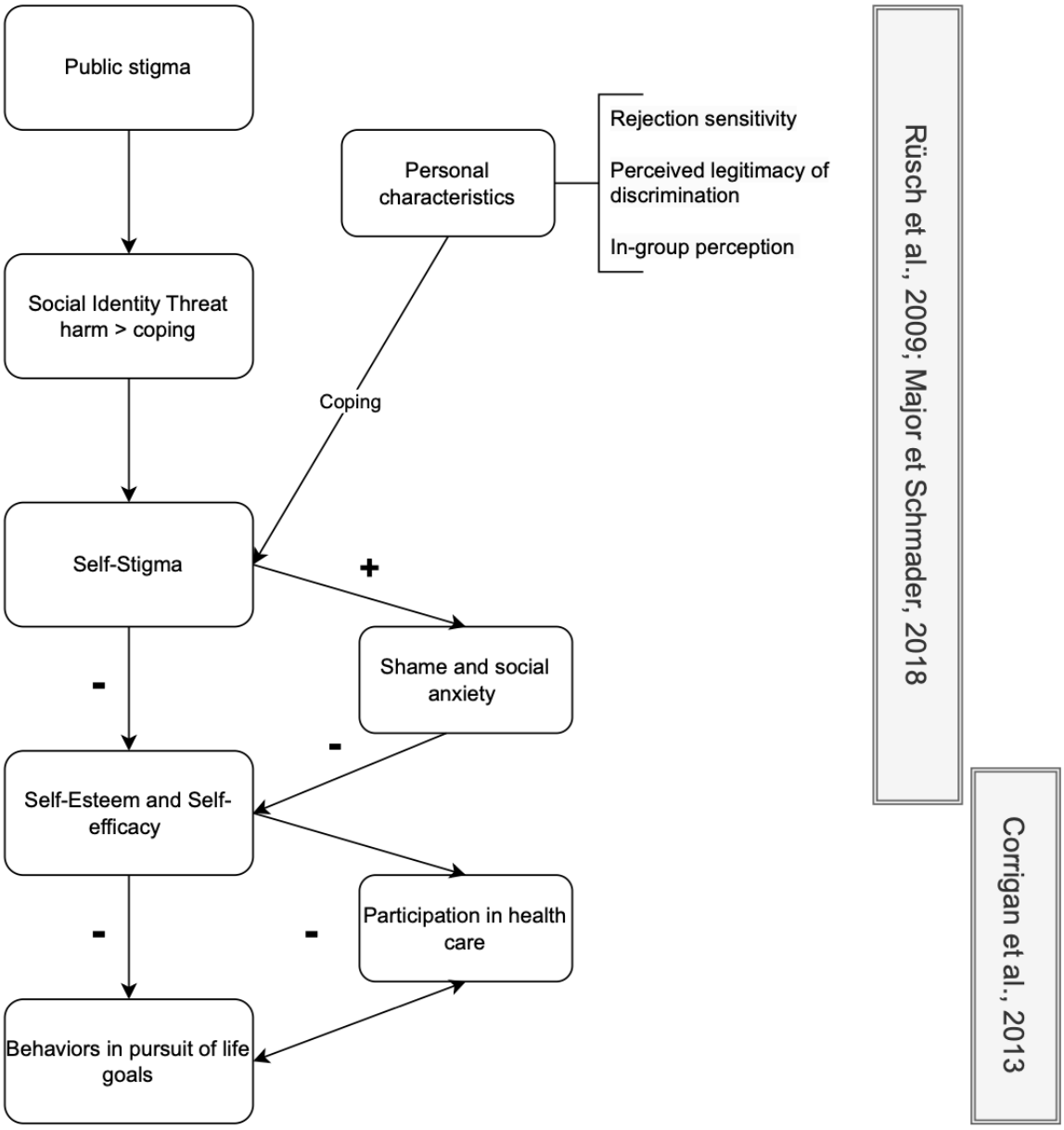
2.4.3. Notre adaptation du modèle de la menace de l'identité sociale pour expliquer l'autostigmatisation en santé mentale

A partir des modèles théoriques et empiriquement soutenus présentés dans ce chapitre, nous proposons un modèle intégratif de l'autostigmatisation, mettant en avant ses mécanismes ainsi que ses conséquences négatives sur la santé et la qualité de vie. La Figure 8 présente notre modèle. On y retrouve d'abord les éléments clefs du modèle de stress-vulnérabilité-compétences de Major et O'Brian (2005) appliqué à la santé mentale par Rüsch et al. (2009). En effet, l'interaction entre les ressources personnelles et le préjudice perçu, influencé par des caractéristiques personnelles, permet d'appréhender le développement de l'autostigmatisation

en réponse à la stigmatisation publique. Les caractéristiques personnelles incluent la sensibilité au rejet, la légitimité perçue de la discrimination et la perception de son groupe d'appartenance (Rüsch et al., 2009). On retrouve ensuite les réponses émotionnelles involontaires -- la honte et l'anxiété sociale -- qui apparaissent comme émotions principales associées à l'autostigmatisation (voir Chapitre 3) : elles agiraient comme médiatrices entre l'autostigmatisation et ses effets psychologiques néfastes sur le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi. Ici, au modèle de la menace de l'identité sociale, se superpose également l'effet « à quoi bon » proposé par Corrigan et al. (2009). La réduction de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle entraîne une moindre implication dans les services de soin qui s'auto-alimente avec une réduction des comportements vers les objectifs personnels.

L'apport de notre modèle intégratif comparativement aux modèles déjà existants est qu'il réunit en un seul modèle une explication du développement (ou de la résistance) à l'autostigmatisation ainsi que les mécanismes entraînant ses conséquences négatives. Ce faisant, le modèle soulève plusieurs leviers susceptibles de (i) prévenir l'autostigmatisation, en augmentant les ressources personnelles, et de (ii) la traiter via plusieurs cibles thérapeutiques (les capacités de *coping* et les réponses émotionnelles involontaires).

Figure 8 : *Notre modèle intégratif de l'autostigmatisation et ses conséquences*



2.5. Résumé et conclusions du chapitre 2

Dans ce chapitre, premièrement les résultats des études concernant la prévalence de l'autostigmatisation nous ont indiqué que ce phénomène semble toucher 31% des personnes avec TPST et semblerait concerner approximativement 20% des personnes autistes, bien que les études soient limitées dans cette population. La littérature témoigne également des nombreuses conséquences négatives de l'autostigmatisation. Nous nous sommes ensuite demandé pourquoi certaines personnes résistent à l'autostigmatisation et pourquoi d'autres internalisent la stigmatisation publique. Pour cela, nous avons en examiné le modèle de stress-vulnérabilité-compétences appliqué à la santé mentale (Rüsch et al., 2009), mettant ainsi en évidence différentes caractéristiques personnelles influant l'évaluation cognitive du stress lié la stigmatisation. Si le préjudice lié à la stigmatisation est plus grand que les ressources personnelles pour y faire face, elle entraîne des conséquences négatives via des réponses émotionnelles involontaires (la honte et l'anxiété sociale). Troisièmement, certains modèles explicatifs de l'autostigmatisation ont été présentés, notamment le modèle progressif et l'effet à quoi bon. Cela nous a conduit, quatrièmement, à une proposition de modèle intégratif de l'autostigmatisation, réunissant la menace de l'identité sociale, comme explication de l'autostigmatisation, avec l'effet à quoi, comme explication de ses conséquences. Le prochain chapitre permettra de mettre en avant l'aspect émotionnel de l'autostigmatisation en abordant de manière approfondie les réponses émotionnelles involontaires présentées dans notre modèle intégratif, à savoir, l'anxiété sociale et la honte.

Chapitre 3 : La honte et l'anxiété sociale

3.1. Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons identifié la place importante occupée par les réponses émotionnelles involontaires dans le processus d'autostigmatisation. Dans le modèle intégratif de l'autostigmatisation que nous proposons, la honte et l'anxiété sociale agissent comme médiatrices de l'impact de l'autostigmatisation sur ses conséquences négatives. Dans ce chapitre, nous verrons comment, selon une conceptualisation évolutionniste, l'anxiété sociale peut être liée à la honte et considérée comme partie intégrante de ce concept.

Concept complexe et relevant d'une expérience intime que l'on voudrait dissimuler, la honte est difficile à définir. La honte est universellement reconnue comme une émotion humaine fondamentale, jouant un rôle crucial dans le développement psychosocial, notamment dans la construction du sentiment de soi et de l'identité en tant qu'agent social, ainsi que dans les interactions interpersonnelles et le comportement moral (Dearing & Tangney, 2011 ; Gilbert, 2007 ; Gilbert et Andrews, 1998 ; Tracy et Robins, 2004). Dans ce chapitre, nous définirons cette émotion, en mettant l'accent sur une conceptualisation évolutionniste du concept et sur les similitudes considérables entre certains aspects de la honte et l'anxiété sociale. Nous verrons ensuite la place de la honte dans le champ de la santé mentale et examinerons le rôle de cette émotion dans l'autostigmatisation.

3.2. La honte, un phénomène émotionnel complexe

Il y a encore 20 ans, la honte était très peu étudiée. Tracy et Robbins en 2004 ont proposé la première théorisation des émotions liées à la conscience de soi, issue d'un certain nombre d'études empiriques réalisées auparavant. Ces études suggèrent que la honte est l'une des émotions liées à la conscience de soi, comme la fierté et la culpabilité (Lewis, 1992 ; Tracy & Robins, 2004, 2007). Selon ce modèle, les émotions de la conscience de soi nécessitent « la

capacité de former des représentations de soi stables et de concentrer son attention sur ces représentations (c'est-à-dire avoir recours à l'introspection) et de rassembler le tout pour générer une évaluation de soi » (Tracy & Robins, 2004). Pour ces auteurs, pour pouvoir éprouver de la honte, une personne doit avoir la capacité de former des représentations de soi stables, d'internaliser des points du vue extérieurs (e.g. sociétaux, parentaux) sur cette représentation de soi et de se questionner sur l'écart entre son comportement, les évaluations externes de ce comportement et les diverses représentations de soi. Autrement dit, la personne doit prendre en considération des objectifs liés à l'identité et à des représentations idéales de soi. De plus, les émotions de la conscience de soi requièrent également des attributions causales complexes et sont élicitées uniquement lorsque l'évènement déclencheur est attribué à des causes internes, c'est-à-dire, à soi. La honte survient lorsque les individus font des attributions internes, stables et globales (« je suis bête ») concernant un événement négatif (Tracy & Robins, 2004, 2007). Il s'agit d'une émotion handicapante accompagnée d'un sentiment d'infériorité (Allan et al., 1994) : l'individu dans son ensemble se dévalue et se perçoit comme inadéquat, incompétent et sans valeur (Niedenthal et al., 1994 ; Tangney & Dearing, 2002). Ce phénomène est désigné sous le nom de honte internalisée. La honte peut également se manifester de manière externe, impliquant alors le sentiment d'être exposé, condamné et ridiculisé par autrui (Tangney et al., 2007 ; Vikan et al., 2010). Nous reviendrons sur la distinction entre honte internalisée et externalisée dans la partie suivante.

La honte est généralement considérée comme une émotion extrêmement dérangeante et souvent paralysante, impliquant des sentiments d'infériorité, de défaillance, d'impuissance et de conscience exacerbée de ses propres défauts. Au niveau comportemental, cette émotion implique un désir de se soustraire, de dissimuler ou de camoufler ses imperfections ou défaillances (Gilbert, 1998 ; Tangney & Dearing, 2002 ; Tangney et al., 1996). Il est important

par ailleurs de distinguer la honte comme un état émotionnel transitoire (i.e., *Honte-état*) de la propension à ressentir de la honte (i.e., *Honte-trait*) (Tangney, 1996). En effet, lorsque la propension à la honte est excessive, ce trait peut être impliqué dans la majoration des symptomatologies dépressives et anxieuses et devenir un obstacle important au traitement (Gilbert, 2000 ; Gilbert & Procter, 2006).

Bien que la honte soit identifiée comme l'une des émotions de conscience de soi les plus vives (Gilbert, 1998 ; Kaufman, 1989 ; Tangney & Dearing, 2002 ; Tracy et al., 2007), elle est également considérée comme une émotion profondément axée sur la société, c'est-à-dire, les autres. Elle est en effet souvent déclenchée par des menaces pesant sur l'individu et son statut social (Gilbert, 1998, 2007). Selon Gilbert, l'expérience de la honte émerge lorsque l'on est rabaissé ou dévalorisé dans la sphère sociale, entraînant une perte de son statut (Gilbert, 1998, 2007). L'expérience de la honte est, par conséquent, fortement influencée par les normes sociales et les valeurs culturelles individuelles (Fessler, 2007 ; Leeming & Boyle, 2004).

3.3. Une conceptualisation évolutionniste de la honte (et de l'anxiété sociale)

A la lumière du modèle biopsychosocial évolutionniste (Gilbert, 1998, 2007), la honte se manifeste comme une réaction défensive involontaire lorsqu'on réalise que son statut social est menacé ou compromis, signalant ainsi les perturbations potentielles dans notre position sociale et nos relations interpersonnelles. Les théories évolutionnistes suggèrent que la honte a évolué comme une stratégie pour atténuer les dommages causés par le risque de rejet, d'exclusion, d'attaque ou de désengagement social, contribuant ainsi à la survie et au bien-être social de l'individu (Gilbert, 2007).

De même, l'anxiété sociale semble avoir évolué pour minimiser les menaces sociales par le sacrifice de son statut (Gilboa-Schechtman et al., 2014). En effet, l'anxiété sociale se caractérise par une crainte intense du jugement négatif des autres lors des interactions sociales et constitue une réponse émotionnelle à la stigmatisation en tant que menace présente dans les interactions sociales. Ainsi, quand il est confronté à une menace sociale réelle, la honte et l'anxiété sociale peuvent inciter l'individu à éviter les conflits, ce qui serait adaptatif du point de vue évolutionniste car cela préserve la cohésion du groupe et augmente les chances de survie des individus.

3.3.1. La honte, une émotion à deux facettes

Selon ce cadre, la honte peut être conceptualisée en deux dimensions distinctes : la honte externe, centrée sur la perception et le jugement des autres à notre égard, et la honte interne, centrée sur notre propre perception et auto-évaluation, chacune impliquant des processus d'attention et de traitement de l'information distincts (Gilbert, 1998, 2007).

La honte externe est l'expérience d'une existence négative dans l'esprit des autres, avec ses déficiences, ses échecs ou ses défauts exposés au regard d'autrui (Gilbert 1998, 2002). La personne croit que les autres la considèrent comme inférieure, inadéquate, sans valeur ou mauvaise, la méprisent et pourraient la critiquer, la rejeter ou même l'exclure. L'attention et le traitement cognitif de l'information sont donc tournés vers l'extérieur, vers ce qu'on imagine qu'il se passe dans l'esprit de l'autre à propos de soi. Le comportement est quant à lui orienté vers la tentative de restaurer une image positive de soi dans l'esprit de l'autre, par exemple, en se soumettant ou en affichant des qualités souhaitables (Gilbert 1998, 2002, 2007).

La honte interne est liée à la façon dont nous percevons notre propre identité. Elle est caractérisée par des auto-évaluations globales et des sentiments d'insuffisance, d'infériorité, de

rejet, de vide ou de solitude (Gilbert, 2003). Cette forme de honte se concentre sur nos émotions, nos traits personnels et nos actions, nous poussant à nous focaliser sur nos propres faiblesses et lacunes (Gilbert, 2002 ; Lewis, 2000). Selon Gilbert (2002, 2007), la honte interne peut être comprise comme une réponse défensive internalisée à la honte externe, où l'individu adopte progressivement le point de vue d'autrui et se juge sévèrement. Il se perçoit alors comme défaillant, inférieur, indésirable et fondamentalement discréditable. Cette réaction défensive aurait pour objectif de se protéger contre le rejet ou les attaques des autres (Gilbert, 1998, 2003 ; Gilbert et Irons, 2009).

Bien que la honte externe et la honte interne soient souvent considérées comme deux facettes distinctes d'une même émotion, elles sont étroitement liées et partagent les mêmes conséquences fondamentales telles que les ressentis d'infériorité et l'exclusion (Gilbert, 2002). En réalité, les expériences de honte impliquent souvent à la fois la honte externe et la honte interne, qui se renforcent mutuellement. Autrement dit, la douleur résultant de la perception d'une dégradation de son statut social (honte externe) peut intensifier les auto-critiques sévères (honte interne). Simultanément, la dépréciation de soi douloureuse survient souvent lorsqu'on réalise que d'autres partagent la même vision négative. Cependant, la composante de la honte prédominant dans une situation spécifique peut varier, tout comme la sensibilité d'une personne à l'une ou l'autre dimension (Kim et al., 2011 ; Gilbert, 2002, 2007).

3.3.2. L'anxiété sociale et la honte externe, une même émotion ?

L'anxiété sociale est définie comme la peur d'une évaluation négative par autrui accompagnée d'un évitement des situations sociales ou de performance entraînant par conséquent de la détresse psychologique marquée (Fehm et al., 2008). De nombreux points communs entre l'anxiété sociale et la honte existent. En effet, la honte est associée aux caractéristiques clefs de l'anxiété sociale telles que les cognitions auto-critiques, l'évitement

social, l'anxiété dans les interactions sociales et la détresse (pour une revue systématique voir Swee et al., 2021). En effet, au niveau cognitif, on remarque une similitude considérable entre ces deux émotions : La honte externe implique des pensées tournées vers la perception négative de la part d'autrui envers soi, l'impression d'être défaillant ou inférieur (Lewis, 1971). Cette même perception d'une évaluation négative par autrui est centrale à l'anxiété sociale. Il en est de même au niveau comportemental. En effet, l'anxiété sociale et la honte partagent des réponses comportementales telles que le retrait et l'évitement social ainsi que des comportements de soumission (Gilbert, 2000). De plus, il existe également une similitude importante au niveau du traitement de l'information dans la honte et l'anxiété sociale. En effet, les personnes anxieuses socialement font preuve de vigilance accrue quant aux potentiels signes de menaces sociales (par exemple, un regard désapprobateur sur le visage de son interlocuteur) tout en surveillant ses propres comportements afin de ne pas agir d'une manière qui engendrerait du jugement ou du rejet. Le même fonctionnement est présent dans la honte (Gilbert, 2000). De même, la honte et l'anxiété sociale entraînent toutes deux une focalisation sur les cognitions d'autrui (par exemple, « comment suis-je perçu par autrui ? Que va-t-on penser de moi ? ») (Gilbert, 2000). Enfin, la compréhension évolutionniste des émotions nous indique que ces deux émotions impliquent les mêmes stratégies de soumission dans des contextes sociaux où l'individu se sent exposé au jugement social ou au rejet. Effectivement, les manifestations de soumission, telles que l'évitement du regard, ont pour objectif d'indiquer l'absence de défiance et donc de réduire les potentielles attaques sociales (par exemple, la perte d'approbation ou d'acceptation). L'anxiété sociale et la honte permettent donc des réponses défensives adaptatives liées au souhait de rester attractif aux yeux de l'autre (Gilbert, 2000).

Les résultats de la revue systématique de Swee et al. (2021) apportent un soutien significatif à l'idée que la honte et l'anxiété sociale serait un même construit. En effet, 95% des études

empiriques concernant ces deux émotions indiquent qu'elles sont très positivement corrélées et cette association demeure significative à travers les cultures. Les auteurs concluent que la honte influence les processus attentionnels, la perception de soi et les processus cognitifs liés à l'anxiété sociale, perpétuant ainsi le cycle de l'anxiété. En somme, la honte semble être étroitement liée à l'anxiété sociale et joue un rôle important dans son développement et son maintien. L'anxiété sociale est associée aux deux facettes de la honte mais il existe des preuves préliminaires indiquant une plus forte association entre l'anxiété sociale et la honte externe par rapport à la honte interne (Cândea & Szentágotai-Tătar, 2018). En conclusion, il semble pertinent de considérer l'anxiété sociale comme une facette de la honte. En d'autres termes, l'anxiété sociale et la honte externe peuvent être considérées comme un même construit.

Ainsi, dans la suite de ce travail de thèse, nous resterons centrés sur le concept de honte, en considérant ses deux facettes : honte interne et honte externe.

3.4. La place de la honte dans les difficultés de santé mentale

La honte est souvent confondue avec la culpabilité. Lewis (1971) est le premier à avoir proposé une distinction claire entre ces deux émotions. La honte implique une dévalorisation globale de soi (par exemple, "je suis une mauvaise personne") alors que la culpabilité est circonscrite à un comportement évalué de manière négative, tout en préservant sa valeur personnelle (par exemple, "j'ai mal agi"). Les deux émotions diffèrent également dans les comportements qu'elles engendrent. La honte est associée à un souhait de se dissimuler, voire disparaitre, alors que la culpabilité entraîne plutôt le souhait de réparer le mal causé ou de s'en excuser (Tangney et al., 2007). Jusqu'à récemment, la littérature en psychologie clinique portait un intérêt presque exclusif à la culpabilité au détriment de la honte (par exemple, la culpabilité fait partie des critères du DSM-5 pour la dépression, American Psychiatric Association, 2013). Pourtant les études convergent pour souligner que la honte est associée aux troubles psychiques

dans la même mesure, voire dans une plus grande mesure, que la culpabilité (Candea & Szentagotai, 2013 ; Kim et al., 2011).

Effectivement, de nombreuses recherches ont documenté l'association entre la honte et les problèmes de santé mentale. Cette émotion est associée à des troubles de la personnalité (par exemple, Pincus et al., 2009 ; Schoenleber & Berenbaum, 2012), à la dépression (pour une revue, voir Kim et al., 2011), aux troubles anxieux (Pinto-Gouveia & Matos, 2011 ; Matos et al., 2013), aux troubles des conduites alimentaires (Murray & Waller, 2002 ; Troop et al., 2008) et à une faible estime de soi (Tangney & Dearing, 2002). Globalement, la honte a été systématiquement reconnue comme une émotion transdiagnostique (Kim et al., 2011 ; Harman et Lee 2010 ; Pinto-Gouveia et Matos 2011 ; Troop et al., 2008).

L'association entre la honte et différentes difficultés en santé mentale semble claire mais son rôle dans l'apparition et le maintien des psychopathologies n'a été que peu étudié. Cândéa et Szentagotai (2013) proposent une piste de réflexion sur les différentes contributions de la honte dans les difficultés de santé mentale : (i) la honte en tant que prédicteur des psychopathologies, (ii) la honte en tant que composante diagnostique, (iii) la honte-état et la régulation de la honte en tant que mécanismes de changement et (iv) la honte en tant que conséquence des troubles psychiques.

Spécifiquement, la honte pourrait participer à l'exacerbation des conséquences des psychopathologies, notamment en raison de son lien avec la stigmatisation.

3.5. La honte et la stigmatisation

La théorie des mentalités sociales apporte un écueil pertinent pour comprendre les liens étroits entre l'expérience de honte et la stigmatisation. En effet, la théorie de Gilbert (1989, 2000) propose que la relation des individus à eux-mêmes se construit à travers des systèmes qui

ont évolué initialement pour le rapport aux autres. Les mentalités sociales sont définies par Gilbert comme des systèmes internes qui « génèrent des schémas de pensées, d'affect et de comportements […] qui permettent d'assumer des rôles sociaux » (Gilbert, 2000, p. 120) pour résoudre les difficultés sociales essentielles à la survie telles que la reproduction, la coopération, la compétition et le soin. Les mentalités sociales orientent l'individu vers certains rôles sociaux (par exemple, chercher l'affiliation avec un ami plutôt que de chercher la dominance d'un rival) et guident l'interprétation des rôles sociaux des personnes autour de lui (par exemple, percevoir quelqu'un agissant de manière amicale ou compétitive à son égard) (Hermanto & Zuroff, 2016). Pour Gilbert (2000), les mentalités sociales peuvent être activées non seulement dans les relations à autrui mais aussi dans la relation à soi. Selon cette théorie, la stigmatisation s'inscrit dans la mentalité sociale de la compétition et peut être considérée comme une menace sociale qui remet en question le rang social de la personne stigmatisée, l'amenant à se sentir inférieure aux autres (Gilbert, 2000).

La compréhension de la stigmatisation comme une menace sociale permanente est soutenue par la littérature sur la stigmatisation dans le domaine des TPSP (par exemple, Quinn et al., 2015 ; Wood et al., 2017). De plus, dans les populations marginalisées, l'extension du modèle de stress minoritaire[4] à la population autiste est également congruente avec cette théorie (Botha & Frost, 2020). Selon Gilbert (2010), la perception d'appartenir à un rang social inférieur

[4] Le modèle de stress minoritaire de Meyer (2003) explique les inégalités en matière de santé entre le groupe majoritaire et les groupes stigmatisés. Il postule notamment que le déclassement de statut social conduit à ce que les membres des groupes stigmatisés soient exposés à des situations de vie plus stressantes avec en même temps moins de ressources pour y faire face.

– tel qu'un groupe stigmatisé -- peut conduire à des sentiments de honte interne, comme illustré dans la Figure 8 du chapitre précédent.

L'autostigmatisation est fortement associée à des sentiments de honte (Hasson-Ohayon et al., 2012a), à des pensées autocritiques et à une crainte importante de la stigmatisation publique, qui empêchent les individus de réaliser et de poursuivre leurs objectifs de vie (Luoma & Platt, 2015). La honte a été associée à la stigmatisation perçue chez des adultes chinois issus de minorités sexuelles (Liu et al., 2022) et constitue une variable médiatrice de l'impact de la discrimination sur l'anxiété et la dépression chez des personnes LGBTQ+ européennes (Cabral & Pinto, 2023). De même, chez les personnes souffrant de TPSP, la honte a été associée à la stigmatisation perçue chez les jeunes à risque de psychose (Rüsch et al., 2014), à l'autostigmatisation chez les femmes diagnostiquées avec un trouble de la personnalité borderline (Rüsch et al., 2006) et chez les médecins souffrant de maladies physiques et mentales qui reprennent le travail (Henderson et al., 2012). En outre, différents auteurs ont reconnu la forte association entre la honte et l'autostigmatisation (Barney et al., 2010 ; Ritsher & Phelan, 2004). Chez les personnes ayant une schizophrénie, il a été démontré que la honte intériorisée jouait un rôle médiateur dans la relation entre la stigmatisation et la dépression (Wood, Byrne, Burke, et al., 2017). De plus, il a été constaté que la honte interférait avec la volonté de chercher de l'aide pour des problèmes de santé mentale (Schulze et al., 2020).

Dans notre modèle intégratif de l'autostigmatisation proposé dans le Chapitre 2, nous avons fait le choix d'inclure la honte interne et externe (incluant donc l'anxiété sociale) en tant que réponse émotionnelle involontaire à l'autostigmatisation. Cette émotion jouerait un rôle médiateur entre l'autostigmatisation et ses conséquences négatives. En effet, il nous semble important de souligner que la honte joue un rôle important dans l'autostigmatisation en

intensifiant les perceptions négatives de soi-même qui découlent de l'internalisation de la stigmatisation publique.

Pour résumer, la honte serait liée à l'autostigmatisation de plusieurs façons :

(i) La honte naît souvent de l'**internalisation des stéréotypes négatifs** et des jugements sociétaux à propos de son stigmate (Schmader & Lickel, 2005). En effet, la conséquence émotionnelle de l'internalisation des stéréotypes négatifs est la honte interne. Les individus ressentent qu'ils sont intrinsèquement défaillants ou indignes en raison de l'internalisation des stéréotypes.

(ii) L'intériorisation des stéréotypes prend la forme **d'auto-critique et d'auto-blâme** (Luoma & Platt, 2015)**.** Les individus peuvent se reprocher leur stigmate, contribuant au sentiment d'inadéquation ou d'infériorité par rapport aux normes sociétales.

(iii) La honte externe (ou l'anxiété sociale) est fortement liée à **une peur du jugement négatif et du rejet** de la part des autres (Gilbert, 2000). Les individus peuvent ainsi anticiper des réactions négatives de la part des autres si leur identité ou leur condition stigmatisée est révélée, ce qui les conduit à cacher ou à dissimuler certains aspects d'eux-mêmes. Cette peur du rejet renforce encore l'autostigmatisation en perpétuant la croyance que leur identité est intrinsèquement honteuse. La honte externe renforce ainsi la honte interne (Gilbert, 2019).

(iv) Les personnes qui intériorisent les croyances stigmatisantes à leur encontre peuvent se sentir fondamentalement imparfaites ou défectueuses, ce qui entraîne une **diminution de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle** (Corrigan et al., 2013). Tel un cercle vicieux, des conséquences psychosociales renforcent à leur tour l'autostigmatisation et perpétuent le ressenti honteux (Hasson-Ohayon et al., 2012a. ; Luoma & Platt, 2015).

(v) La honte peut créer des **obstacles à la recherche d'aide et de soutien** (Schulze et al., 2020). Même si l'accès aux soins est nécessaire au bien-être, la honte peut prévenir la demande d'aide ou le dévoilement de ses problèmes de santé mentale. Cette réticence à demander de l'aide isole davantage les individus et exacerbe les effets délétères de l'autostigmatisation (Corrigan et al., 2014).

3.6. Résumé et conclusions du chapitre 3

Dans ce chapitre, nous avons vu que les recherches indiquent que la honte est une émotion liée à la conscience de soi, caractérisée par un sentiment d'infériorité et de dévaluation de soi. Elle peut se manifester sous forme de honte interne ou externe, cette dernière impliquant le sentiment d'être exposé et jugé par autrui. Nous avons également noté que l'anxiété sociale se rapproche fortement du concept de honte externe et semble constituer une facette de la honte. La honte est une émotion profondément incapacitante, entraînant des sentiments d'insuffisance, de défaillance et d'impuissance, ainsi qu'un désir de se cacher ou de fuir. Elle est également étroitement liée aux normes sociales et culturelles, souvent déclenchée par des menaces pesant sur l'individu et son statut social. Nous avons déterminé que la honte est étroitement liée à l'autostigmatisation et qu'elle est impliquée dans de nombreuses psychopathologies. En somme, la honte implique une déconnexion avec les autres et une remise en question de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle, en fonction des normes sociales et des valeurs culturelles dominantes. Globalement, la honte semble occuper une place centrale dans l'autostigmatisation en intensifiant les perceptions négatives de soi, en renforçant les croyances stigmatisantes et en créant des obstacles à la recherche de soin et de soutien social. Étant donné son vécu extrêmement intense et déstabilisant, l'urgence à l'action qu'elle suscite (se dissimuler ou fuir) et ses associations avec la stigmatisation et les difficultés de santé mentale, la honte

apparait comme une cible thérapeutique centrale dans le traitement de l'autostigmatisation. Il semble alors essentiel de cibler cette émotion pour combattre l'autostigmatisation et promouvoir l'acceptation de soi et la résilience. Dans le prochain chapitre, nous examinerons comment l'autocompassion pourrait constituer une proposition pertinente pour répondre aux difficultés liées à l'autostigmatisation et la honte.

Chapitre 4 : La compassion, un remède à l'autostigmatisation ?

"*La compassion est le courage de nous pencher dans la réalité de l'expérience humaine.*"

Paul Gilbert (2013)

4.1. Introduction

En latin, *compati* signifie souffrir avec. Le dictionnaire Larousse définit la compassion comme le "sentiment de pitié qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui". La littérature scientifique nous indique, quant à elle, que la compassion implique non seulement de ressentir de l'empathie envers une personne en souffrance mais aussi d'être motivé à agir pour l'aider (Goetz et al., 2010). Dans son ouvrage princeps sur les émotions, Lazarus (1991) définit la compassion comme "être touché par la souffrance d'autrui et vouloir agir pour l'aider" (p. 289). Cette vision est également partagée dans la philosophie bouddhiste, où la compassion est considérée non seulement comme une réponse émotionnelle, mais aussi comme une réponse raisonnée qui s'intègre à un cadre éthique visant à libérer les individus de la souffrance. Le Dalaï Lama en 1995 la décrit comme "une ouverture à la souffrance d'autrui avec l'engagement de la soulager". En résumé, la compassion dépasse la simple empathie pour inclure un désir sincère d'aider et s'inscrit dans un contexte plus large de bienveillance et de compréhension.

Dans ce chapitre, nous allons définir la compassion du point de vue de la psychologie, puis nous nous intéresserons plus spécifiquement aux recherches concernant la compassion tournée vers soi, autrement dit, l'autocompassion. Nous présenterons le modèle le plus communément utilisé de l'autocompassion et examinerons les différents résultats qui indiquent ses bénéfices pour la santé mentale et plus généralement l'épanouissement personnel. Ensuite nous discuterons des preuves indiquant l'intérêt de l'autocompassion dans le contexte de l'autostigmatisation.

4.2. Définir l'(auto)-compassion

Afin de définir l'autocompassion, il est utile de préalablement s'interroger sur la compassion. Que signifie avoir de la compassion pour autrui ? Quels sont les ressentis qui accompagnent cette expérience ? En fonction des approches théoriques et des disciplines académiques, les réponses à ces questions varient grandement. Ce manque de consensus scientifique pose problème, notamment quand survient la question de la mesure de la compassion ou de l'autocompassion. Strauss et al. (2016) ont conduit une revue systématique portant sur les définitions de la compassion et des diverses manières de la mesurer. A partir des définitions d'origines bouddhistes et issues de la psychologie occidentale, les auteurs considèrent que la compassion (incluant la compassion pour autrui et l'autocompassion) est un processus cognitif, affectif et comportemental composé des cinq éléments suivants : (i) reconnaitre la souffrance, (ii) comprendre le caractère universel de la souffrance, (iii) ressentir de l'empathie pour la personne qui souffre et être en contact avec cette souffrance (résonnance émotionnelle), (iv) tolérer les émotions inconfortables associées au fait d'être au contact de la souffrance (par exemple : la colère, la détresse, la peur) et rester ouvert et prêt à accueillir l'expérience de la personne et (v) être motivé à agir pour réduire ou soulager cette souffrance.

4.2.1. La compassion comme motivation

A partir de la psychologie évolutionniste, Paul Gilbert, professeur de psychologie clinique britannique et fondateur de la Thérapie Fondée sur la Compassion (*Compassion Focused Therapy*, CFT; Gilbert, 2009, voir Chapitre 5), aborde la compassion en tant que système motivationnel découlant des motivations de soin des mammifères (Gilbert, 2014 ; Mayseless, 2016). La compassion est ainsi définie comme une motivation prosociale, impliquant un processus dynamique d'échange entre les individus, permettant la régulation de la souffrance à

travers des systèmes neurophysiologiques, fruits de millions d'années d'évolution, qui rendent possible des comportements tels que la connexion à l'autre et le réconfort. Gilbert définit la compassion comme "la sensibilité à la souffrance chez soi et chez les autres, avec l'engagement d'essayer de la soulager et de la prévenir" (Gilbert, 2014, p. 19). La compassion joue alors un rôle fondamental dans la régulation des affects et le comportement social, en raison des mécanismes neurophysiologiques, façonnés par l'évolution (par exemple, le nerf vague myélinisé et l'ocytocine), qui sous-tendent les motivations et les comportements du soin des mammifères (Carter, 2014 ; Porges, 2007 ; Seppälä et al., 2017). Issue du système affiliatif, la compassion permet alors de prendre soin des plus vulnérables (par exemple, les nourrissons), de répondre à leurs besoins vitaux et soutenir leur bon développement (Heard & Lake, 2009). Chez les êtres humains, la compassion englobe également un ensemble de compétences cognitives telles que la conscience de soi, la capacité à comprendre les pensées ou les émotions d'autrui (la mentalisation), ainsi que la capacité à se souvenir des événements passés ou à anticiper ceux à venir (Gilbert, 2019).

Gilbert souligne également six attributs à la compassion qui servent de fondements à l'approche thérapeutique qu'il a développée (Gilbert, 2009, 2010b). Il s'agit de la sensibilité, la sympathie, l'empathie, la motivation de soin, la tolérance à la détresse et l'absence de jugement. Pour Gilbert, la sensibilité implique d'être attentif aux émotions des autres et de reconnaître quand ils ont besoin d'aide. La sympathie se manifeste par la préoccupation envers la souffrance d'autrui, tandis que l'empathie se caractérise par la capacité à se mettre à la place des autres. La tolérance à la détresse consiste à pouvoir rester en contact avec ses propres émotions douloureuses ou celles des autres sans être submergé. Enfin, le dernier aspect du modèle de Gilbert, le non-jugement, désigne la capacité d'accepter et de tolérer une autre personne même si son état ou sa réaction suscite des sentiments difficiles tels que la frustration, la colère, la

peur ou le dégoût. Ces éléments rejoignent en partie les conclusions de la revue systématique de Strauss et al. (2016) mentionnée précédemment.

De plus, pour Gilbert, la compassion implique trois construits interdépendants qu'il a nommés les "flows" de la compassion, se référant aux différentes directions de la compassion. La compassion s'inscrit alors dans un processus social et interactionnel (Gilbert, 2014). En plus de la compassion pour autrui et de la compassion pour soi, Gilbert suggère qu'il est important de considérer également, et surtout dans le contexte de la psychologie clinique, la capacité à recevoir de la compassion. Recevoir la compassion consiste à accepter l'attention, la gentillesse et l'aide venant des autres quand nous rencontrons une difficulté (Gilbert, 2019). Bien que ces trois *flows* puissent s'influencer, ils peuvent aussi être indépendants. Par exemple, on peut facilement donner de la compassion à autrui, rencontrer quelques difficultés à recevoir la compassion et être dans l'impossibilité de se donner à soi-même de la compassion. Ce cas de figure est le plus commun dans les populations cliniques. En effet, la méta-analyse réalisée par Kirby et al. (2017) indique des corrélations positives entre les peurs à l'autocompassion et la dépression, la honte et l'auto-critique, avec des associations plus fortes dans les populations cliniques par rapport aux populations toutes venantes.

4.2.3. L'autocompassion

La compassion implique la sensibilité à la souffrance associée à un désir de libérer l'individu de cette souffrance (Goertz et al., 2010). L'autocompassion signifie, par conséquent, de tourner vers soi cette sensibilité à la souffrance et la motivation à agir pour l'apaiser, qu'elle soit causée par des circonstances externes, nos échecs ou nos propres imperfections (Neff, 2003b). L'autocompassion implique ainsi de pouvoir être touché et ouvert à sa propre souffrance plutôt que de chercher à s'en distraire, l'éviter ou la minimiser. La connexion à son expérience

douloureuse permet la naissance du désir d'apaiser et prévenir cette souffrance. Avec l'autocompassion, il devient possible de comprendre sans jugement ses difficultés et de les percevoir comme faisant partie intégrante de l'expérience humaine. Kristin Neff (2003b) est la première chercheuse en psychologie à avoir opérationnalisé le concept d'autocompassion, ce qui l'a conduite à développer la *Self-Compassion Scale* (SCS ; Neff, 2003a) ; la SCS est encore aujourd'hui l'échelle d'autocompassion la plus utilisée dans la littérature scientifique. Dans la SCS, Neff (2003a) propose trois éléments interagissant ensemble pour expliquer l'expérience de l'autocompassion : la bienveillance tournée vers soi, le sentiment d'humanité commune et la pleine conscience.

La bienveillance envers soi (*self-kindness*) correspond à la tendance à être compréhensif et soutenant vis-à-vis de soi lorsque l'on remarque ses propres défauts, des erreurs commises ou que l'on traverse des difficultés. Son contraire consiste au jugement et à l'auto-critique. De manière concrète, l'autocompassion consiste en un dialogue interne empreint de compréhension et de tolérance plutôt que de critiques et jugements négatifs. A l'inverse de l'auto-blâme et de l'auto-critique, l'autocompassion implique de s'accepter tel que l'on est, de se donner de la chaleur et de s'encourager. Cela peut prendre par exemple la forme d'une pause d'introspection pour observer ses propres ressentis où l'on se donne à soi-même du réconfort, plutôt que d'ignorer son expérience émotionnelle (Neff & Germer, 2017). Le sentiment d'humanité commune (*common humanity*) se réfère à la possibilité de prendre la perspective d'autrui pour regarder ses propres difficultés, ce qui permet une vision plus globale de son expérience s'inscrivant plus largement dans l'expérience de la vie humaine. Plutôt que de se sentir isolé, déconnecté des autres dans sa souffrance, l'autocompassion permet de se rappeler que nos imperfections, nos problèmes et nos douleurs font simplement partie de la vie. Cette notion apporte l'idée de "nous sommes tous sur le même bateau" qui nous aide à nous sentir moins seuls face aux expériences douloureuses inhérentes à la vie (Neff & Germer, 2017). La pleine

conscience est définie comme le fait d'être conscient de l'expérience du moment présent sans la juger (Brown & Ryan, 2003). Dans le contexte de l'autocompassion, la pleine conscience permet premièrement de reconnaitre sa propre souffrance. Deuxièmement, elle permet de ne pas fusionner avec sa souffrance, c'est-à-dire de ne pas s'identifier aux pensées négatives ou émotions désagréables. Par exemple, plutôt que s'identifier à la pensée "Je suis un incapable" on peut noter la pensée "Cette fois-là, j'ai échoué" (Neff & Germer, 2017). Le développement de la SCS s'inscrit dans cette opérationnalisation de l'autocompassion en tant que construit composé des six facettes décrites ci-dessus (auto-bienveillance et auto-jugement, humanité commune et isolement, pleine conscience et fusion cognitive). Il existe cependant des débats entre différents spécialistes du domaine de l'autocompassion concernant l'utilisation de l'échelle. Pour certains auteurs, la SCS comprend deux facteurs (relation à soi compassionnée vs non compassionnée) (e.g. López et al., 2015 ; Costa et al., 2016 ; Brenner et al., 2017) tandis que pour d'autres, l'autocompassion comprend un seul facteur global composé de six sous-facteurs (Neff & Toth-Kiraly, 2022). L'approche des deux facteurs (relation à soi compassionnée vs non compassionnée) semble justifiée d'un point de vue théorique (Lopez et al., 2015 ; Costa et al., 2016) à l'égard de la théorie des mentalités sociales de Gilbert (2005). En effet, les aspects apaisants et chaleureux de l'autocompassion semblent correspondre au système d'apaisement des mammifères (le système parasympathique) tandis que la réponse auto-critique et froide semble correspondre au système de menace (le système nerveux sympathique). Néanmoins, Neff (2016a) exprime son désaccord avec cette compréhension de l'échelle qu'elle a développée en indiquant que ces deux systèmes physiologiques interagissent continuellement ensemble (Porges, 2001). En effet, pour cette autrice, l'autocompassion est le reflet de l'équilibre entre une réponse à soi plus compassionnée et la diminution d'une réponse à soi non compassionnée, c'est pourquoi la SCS mesure ces deux aspects. De nombreux

chercheurs se sont intéressés à la structure factorielle de cette échelle. Les conclusions de la revue de Neff et Toth-Kiraly (2022a) indiquent que les données empiriques soutiennent que la SCS est composée d'un facteur général englobant six construits distincts qui s'auto-influencent et qui fonctionnent ensemble comme un système.

Cette opérationnalisation de l'autocompassion suggère que les individus ayant des niveaux élevés d'autocompassion pourront faire face aux évènements douloureux de la vie plus sereinement. De nombreuses études transversales, expérimentales et longitudinales étayent ce constat (pour une revue, voir Neff, 2009).

4.3. Les bienfaits de l'autocompassion

4.3.1. L'autocompassion, un tremplin vers le bien-être

Depuis la publication de l'échelle d'autocompassion (SCS ; Neff, 2003), les études investiguant les bienfaits de l'autocompassion se sont multipliées. Plusieurs méta-analyses ont par conséquent pu voir le jour ces 10 dernières années. Par exemple, la méta-analyse de Zessin et collaborateurs (2015) a montré que l'autocompassion est corrélée positivement à la satisfaction de vie et au bien-être psychologique. D'autres méta-analyses ont montré que l'autocompassion est associée positivement à l'optimisme, à la gratitude et, plus globalement, aux affects positifs (Breen et al., 2010 ; Neff et al., 2007). De plus, l'autocompassion est liée à différents facteurs pouvant contribuer à l'épanouissement personnel tels que l'intelligence émotionnelle, la curiosité, la souplesse intellectuelle et la connexion interpersonnelle (Heffernan et al., 2010; Martin et al., 2011; Neff, 2003a; Neff et al., 2007).

Globalement, il semblerait que l'autocompassion aide à répondre aux besoins psychologiques fondamentaux que Ryan et Deci (2001) considèrent comme essentiels au bien-

être eudémonique. En effet, l'autocompassion est associée au sentiment d'autonomie et de compétence ainsi qu'à l'auto-détermination (Magnus et al., 2010; Neff, 2003a).

4.3.2. L'autocompassion, un facteur de résilience face aux adversités

Bien que les résultats concernant les liens entre l'autocompassion et différents facteurs de bien-être et d'épanouissement personnel soient nombreux, les résultats les plus convaincants concernent les difficultés psychologiques. En effet, la méta-analyse réalisée par MacBeth & Gumley (2012) indique une corrélation négative, avec une grande taille d'effet, entre les niveaux d'autocompassion et la sévérité des symptômes psychopathologiques. Plus précisément, les bénéfices de l'autocompassion ont été soutenus par les recherches pour les symptomatologies dépressive, anxieuse et traumatique dans la méta-analyse de Winders et al. (2020). En somme, ces résultats suggèrent que l'autocompassion est un facteur de résilience majeur face aux problématiques de santé mentale (Trompetter et al., 2017).

En s'appuyant sur la psychologie évolutionniste, la neurobiologie et la théorie de l'attachement (Bowlby, 2018), Gilbert (2005) explique les effets positifs de l'autocompassion sur le bien-être de la manière suivante. L'autocompassion permet aux individus de se sentir connectés aux autres et apaisés car elle impliquerait l'activation du système psychophysiologique centré sur l'apaisement (*soothing system*) -- associé au ressenti de sécurité interne et à l'ocytocine -- ce qui réduirait l'activation du système centré sur les menaces (*threat system*), associé au système limbique et au sentiment d'insécurité. Cette explication théorique est sous-tendue par plusieurs recherches utilisant des mesures physiologiques indiquant par exemple que la compassion envers soi-même tend à diminuer le cortisol et à augmenter la

variabilité du rythme cardiaque[5] (Rockliff et al., 2008). En outre, des recherches qualitatives (e.g. Pauley & McPherson, 2010), expérimentales transversales (e.g. Leary et al., 2007), et longitudinales (e.g. Zeller et al., 2015) indiquent que l'autocompassion participe à des perceptions et des évaluations positives de soi, des autres et du monde, ce qui permet de restaurer ou de maintenir un sentiment de sécurité interne, même lorsque l'on traverse des événements de vie bouleversants. Cela a, par exemple, été illustré à travers cinq expérimentations proposées par Leary et al. (2007) utilisant différentes méthodologies tels que des questionnaires auto-rapportés standardisés, des questionnaires envoyés par email tous les 5 jours ou encore des évaluations de scénettes présentées en vidéo. Globalement, leurs résultats indiquent que les personnes qui ont un niveau d'autocompassion élevé ont des réactions moins extrêmes, moins d'émotions négatives et une plus grande tendance à mettre leurs problèmes en perspective, tout en reconnaissant leur propre responsabilité, que les personnes dont le niveau d'autocompassion est plus faible.

Bien que la littérature scientifique soit abondante sur la question, il est nécessaire de souligner deux limites importantes de la majorité des études sur l'autocompassion. D'abord, malgré la mention dans ce chapitre de diverses méthodologies de recherche, la majorité des études réalisées sont transversales et ne permettent pas d'établir une relation de causalité. En outre, la majorité des recherches utilise un seul outil de mesure (auto-rapporté), *la Self-*

[5] Selon la théorie polygale de Porges (2007), l'activation du système nerveux parasympathique contribue à la régulation du système nerveux sympathique (responsable de la réponse de fuite, combat ou paralysie face au danger) ce qui permet le retour au calme et à l'apaisement. Cela se reflète dans l'équilibre dynamique entre les systèmes nerveux sympathique et parasympathique qui donne alors lieu à la variabilité du rythme cardiaque (Pour une revue des liens étroits entre la variabilité du rythme cardiaque et la compassion, voir Kirby et al., 2017).

Compassion Scale (SCS ; Neff, 2003). Or, cette échelle a récemment fait l'objet de quelques controverses entre les spécialistes de ce champ de recherche (par exemple, Murris & Otgaar, 2020), notamment en ce qui concerne sa structure factorielle (voir page 89 de ce chapitre) complexe. Pour ces raisons, il semble essentiel de souligner que d'autres méthodes ont été utilisées et soutiennent ces effets bénéfiques sur la santé psychologique. Par exemple, certains chercheurs ont conduit des expérimentations avec l'induction d'un état d'autocompassion en demandant aux participants d'écrire un texte en suivant des indications qui encourageaient les trois composantes de l'autocompassion (la bienveillance tournée vers soi, l'humanité commune et la pleine conscience). Les études utilisant ce type d'expérimentations corroborent les nombreux résultats issus des études transversales, à savoir : l'augmentation de l'affect positif et la réduction des émotions douloureuses telles que la honte et l'anxiété suite à l'induction de l'autocompassion (e.g. Breines & Chen, 2012 ; Diedrich et al, 2014 ; Johnson & O'Brien, 2013 ; Odou & Brinker, 2014). De plus, de nombreuses études ont démontré qu'il est possible d'entraîner l'autocompassion chez les populations cliniques (pour une revue dans le cadre de la schizophrénie, voir Mavituna et al., 2022) et non cliniques ; ces interventions permettent des améliorations des symptômes psychopathologiques et du bien-être (pour des revues, voir Kirby et al., 2017 ; Ferrari et al., 2019 ; Wilson et al., 2019). Néanmoins, à notre connaissance, les mécanismes impliqués dans le changement associés à ces interventions sont peu connus. Une explication possible est que l'autocompassion participe à une diminution de l'autostigmatisation et, par ce biais, favorise des améliorations des symptômes psychopathologiques et de la qualité de vie (Wong et al., 2019).

4.4. L'autocompassion, un remède à l'autostigmatisation ?

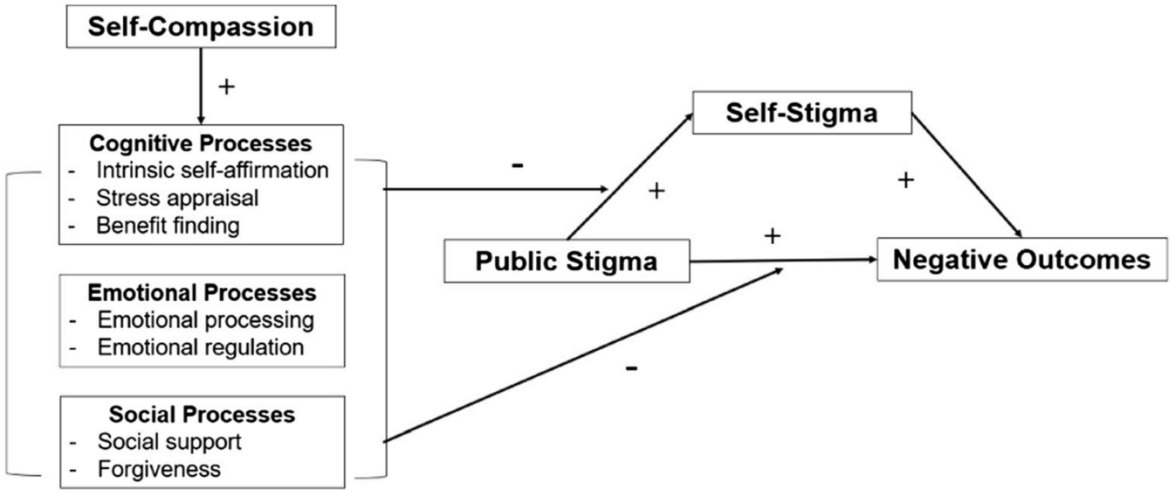
Peu d'études se sont focalisées sur la relation entre l'autostigmatisation et l'autocompassion. Dans un papier récent, Wong et collaborateurs (2019) ont fourni un cadre théorique soulignant les avantages potentiels de l'autocompassion pour la prévention de l'autostigmatisation. Les auteurs ont construit leur proposition sur la base du modèle conceptuel de Hatzenbuehler (2009) qui offre une explication sur comment la stigmatisation publique peut nuire à la santé mentale des minorités sexuelles.

Hatzenbuehler (2009) postule que la stigmatisation publique est liée à des processus cognitifs, émotionnels et sociaux inadaptés qui exposent les minorités sexuelles à des risques psychopathologiques. Sur le plan cognitif, l'exposition chronique à la stigmatisation publique peut engendrer un schéma de soi négatif (Beck et al. 1979) et du désespoir (Abramson et al. 1989). Sur le plan émotionnel, la stigmatisation publique peut générer des états affectifs aversifs tels que la honte, la dépression, l'anxiété et la peur (Skinta et al. 2014). Les minorités sexuelles, confrontées quotidiennement à des rejets et à la nécessité de dissimuler leur identité stigmatisée, peuvent être plus vulnérables aux ruminations, ce qui peut entraîner une détérioration de leur santé mentale (Hatzenbuelher, 2009). Sur le plan social, la stigmatisation publique peut conduire à l'isolement et les expériences passées d'exclusion sociale peuvent influencer la façon dont les individus traitent les informations sociales, favorisant la rétention des aspects négatifs (Gardner et al., 2000). Ces éléments les poussent à éviter les interactions sociales futures (Higgins et al., 1982). De plus, la crainte du rejet et de l'évaluation négative peut entraver le développement de relations intimes et, par conséquent, entrainer moins de possibilité de recours au soutien social (Pachankis, 2007).

Dans leur adaptation de ce modèle (Figure 9), Wong et collaborateurs (2019) proposent deux grands postulats : (i) l'autocompassion est liée à des processus cognitifs, sociaux et émotionnels

adaptatifs et (2) ces processus peuvent, à leur tour, prémunir les personnes ayant une identité stigmatisée de développer de l'autostigmatisation (et son lot d'effets psychosociaux délétères).

Figure 9 : *Modèle conceptuel de médiation modérée de l'autocompassion et de la stigmatisation (Wong et al., 2019)*



Dans l'ensemble, la proposition de ce modèle souligne que l'autocompassion pourrait amortir les effets négatifs de la stigmatisation en (i) favorisant une affirmation intrinsèque de soi qui mettrait l'accent sur des aspects valorisés de l'identité personnelle, en (ii) aidant à maintenir une perspective équilibrée en rappelant aux personnes stigmatisées leurs autres identités positives ; ceci atténuerait l'impact de la stigmatisation sur l'estime de soi ; (iii) sur le versant émotionnel, l'autocompassion encouragerait une acceptation bienveillante de la souffrance et encouragerait la recherche de bénéfices dans les expériences négatives ; (iv) enfin, l'autocompassion pourrait faciliter le pardon en réduisant la tendance à ruminer, tout en favorisant une perspective empathique envers soi-même et les autres. En combinant ces mécanismes cognitifs, émotionnels et sociaux, l'autocompassion semble offrir un moyen puissant de faire face à la stigmatisation et de préserver le bien-être des individus ayant une

identité stigmatisée. En outre, le modèle de Wong et collaborateurs (2019) indique les nombreux bénéfices potentiels de l'autocompassion pour prévenir l'internalisation de l'autostigmatisation. Cela suggère par conséquent qu'il serait pertinent de renforcer l'autocompassion des personnes ayant une identité stigmatisée, telles que les personnes suivies en psychiatrie. Des programmes d'intervention centrés sur l'autocompassion pourraient prévenir le développement de l'autostigmatisation chez les personnes appartenant à des minorités stigmatisées.

Outre les effets protecteurs de l'autocompassion soulignés dans le modèle de Wong et collaborateurs (2019), l'autocompassion pourrait avoir un effet thérapeutique chez des personnes présentant une autostigmatisation élevée. En effet, l'étude longitudinale menée par Chan, Tsui et Tang (2023) soulignent l'intérêt, pour les personnes suivies en psychiatrie, de cultiver l'autocompassion. Dans cette étude, 202 personnes suivies en psychiatrie (PSP) ont répondu à des questionnaires auto-rapportés à trois occasions au cours de deux années. Des analyses de relations structurelles (*path analysis)* ont ensuite permis d'établir des relations causales entre les variables d'intérêt. Leurs résultats indiquent que l'autocompassion réduit l'autostigmatisation et le désengagement des services de soin, ce qui permet de faciliter la rémission des symptômes des personnes suivies en psychiatrie, c'est-à-dire, les aide à mener une vie emplie d'espoir et de sens. Néanmoins, cette étude n'a pas investigué les aspects émotionnels de l'autostigmatisation. A partir de notre proposition de modèle intégratif de l'autostigmatisation présenté dans le Chapitre 2, il est possible que les résultats de ces auteurs soient dus à la potentielle diminution de la honte par le biais de l'autocompassion. En effet, comme nous l'avons souligné dans notre modèle intégratif de l'autostigmatisation (voir Chapitres 2 et 3), la honte semble constituer un facteur explicatif central des conséquences néfastes de l'autostigmatisation. Parce que de nombreuses études soulignent l'effet bénéfique de l'autocompassion sur la réduction de la honte (pour une revue des interventions ciblant la

honte voir Goffnet et al., 2020), la pertinence de l'autocompassion pour réduire l'autostigmatisation quand elle est déjà installée chez les PSP, semble découler naturellement des nombreux résultats indiquant que l'autocompassion serait un antidote à la honte (par exemples, Johnson et O'Brian, 2013 ; Callow et al., 2021. ; Sedighimornani et al., 2019).

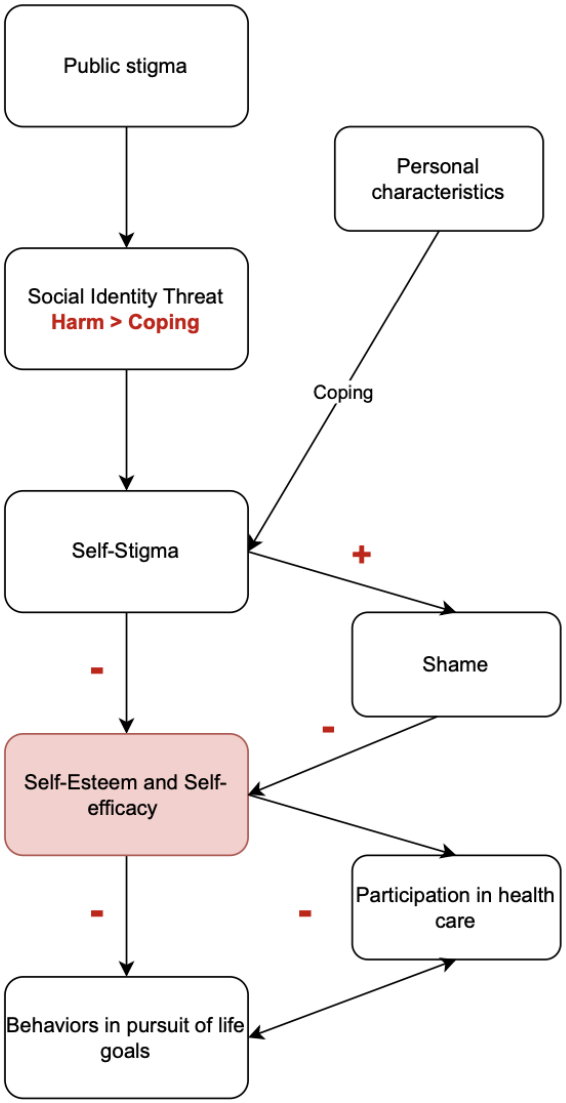
Par conséquent, grâce à l'entraînement de l'autocompassion -- et, par conséquent, grâce au renforcement du système d'apaisement (*soothing system*) --, les personnes fortement auto-stigmatisées pourraient développer des perspectives d'elles-mêmes plus équilibrées, accepter les aspects positifs et négatifs de leur personne et apprendre à observer et à abandonner les pensées, les émotions et les comportements auto-stigmatisants. En outre, l'autocompassion pourrait contribuer au développement d'une motivation intrinsèque à autoréguler les comportements de manière à promouvoir la santé et le bien-être (Terry & Leary, 2011).

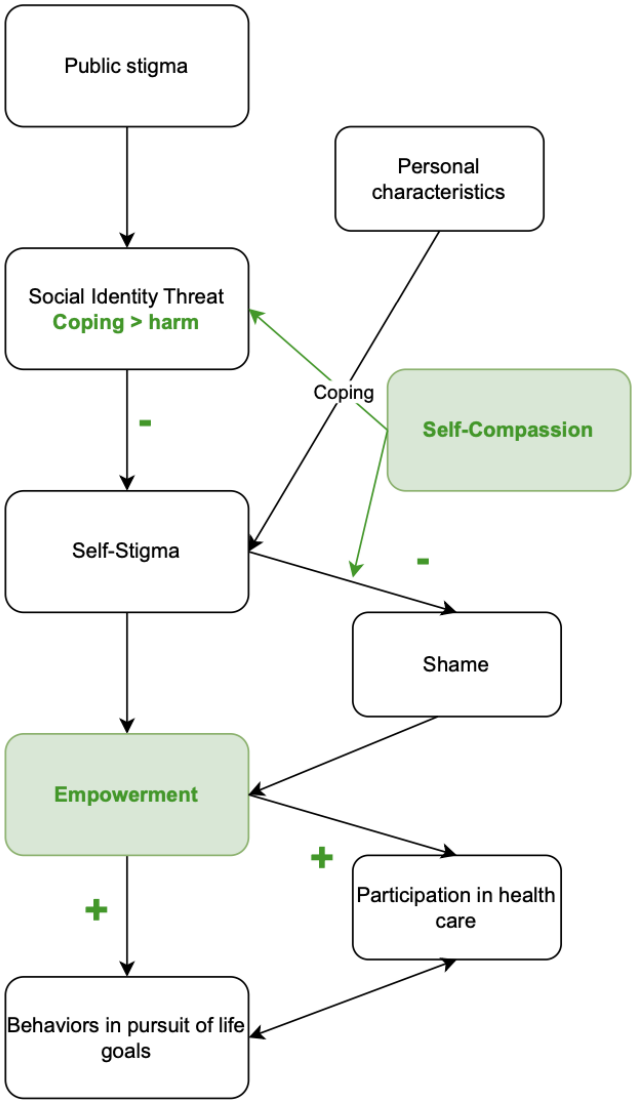
A notre connaissance, peu d'études ont investigué directement l'autostigmatisation, la honte et l'autocompassion des personnes suivies en psychiatrie, qu'il s'agisse de recherches interventionnelles ou transversales. Néanmoins, certaines de ces études se sont intéressées, à l'intérêt de l'autocompassion pour diminuer la honte, comme nous venons de l'aborder, et (ii) de l'autre côté, certaines études non interventionnelles, ont investigué la pertinence de l'autocompassion pour réduire l'autostigmatisation vis-à-vis d'autres identités stigmatisées. Par exemple, une étude transversale conduite auprès de personnes séropositives, a mis en évidence que l'autocompassion modère les effets négatifs de l'autostigmatisation sur la qualité de vie (Yank & Mak, 2017). Ce résultat soutient la conception selon laquelle être en mesure de ressentir de la compréhension et de la chaleur envers soi-même constitue une solution efficace pour réduire la souffrance associée aux pensées auto-évaluatives négatives de l'autostigmatisation. Une étude longitudinale auprès de personnes atteintes de cancer des poumons indique que le niveau d'autocompassion des individus, lorsqu'ils débutent leur

traitement contre le cancer, modère significativement la relation entre l'autostigmatisation et les symptômes dépressifs au cours de 12 semaines (Williamson, et al 2022). Des résultats similaires ont également été identifiés dans des études transversales dans le cas de la maladie de Parkinson (Eccles et al., 2023) et chez les personnes obèses ou en surpoids (Hilbert et al., 2015). Une récente méta-analyse concernant les minorités sexuelles et de genre indiquent que l'autocompassion est associée négativement au stress des minorités, à la détresse psychologique, et positivement associée au bien-être, mettant ainsi en lumière le rôle de l'autocompassion en tant que ressource pour faire face aux difficultés liées à la stigmatisation de son identité (Helminen et al., 2023).

Les différents résultats présentés ici soutiennent que l'autocompassion pourrait aider les personnes ayant une forte autostigmatisation à se décentrer face à leurs cognitions auto-stigmatisantes, à apprendre à être bienveillantes envers ces pensées, à reconnaitre que les difficultés font partie de l'expérience humaine universelle. En résumé, l'autocompassion pourrait être efficace pour apprendre aux individus à se percevoir au-delà de leur identité stigmatisée, en accueillant les différents aspects forgeant leur identité personnelle, des plus valorisées au moins valorisées dans la société. La Figure 10 intègre à notre modèle intégratif les bénéfices de l'autocompassion et illustre comment l'autocompassion pourrait agir sur l'autostigmatisation aux deux niveaux présentés dans ce chapitre, c'est-à-dire, en guise de prévention de l'autostigmatisation mais également comme mécanisme de changement lorsque l'autostigmatisation est installée. Les Etudes 2 et 3 de la thèse, présentées dans l'axe 1 de nos contributions empiriques, visent à explorer l'étape de notre modèle intégratif concernant la honte comme variable médiatrice des conséquences de l'autostigmatisation et l'autocompassion en tant que modératrice de ces relations.

Figure 10 : *Notre modèle intégratif de l'autostigmatisation et les effets protecteurs de l'autocompassion*


Public stigma
Personal characteristics
Social Identity Threat
Harm > Coping
Coping
Self-Stigma
+
Shame
-
-
Self-Esteem and Self-efficacy
-
-
Participation in health care
Behaviors in pursuit of life goals


Public stigma
Personal characteristics
Social Identity Threat
Coping > harm
Coping
Self-Compassion
-
Self-Stigma
-
Shame
Empowerment
+
+
Participation in health care
Behaviors in pursuit of life goals

4.5. Résumé et conclusions du chapitre 4

Dans ce quatrième chapitre, nous avons exploré les origines évolutionnistes de la compassion et défini la compassion comme la sensibilité à la souffrance chez soi et chez les autres, avec la motivation de la soulager et de la prévenir. Les nombreux bénéfices de l'autocompassion ont été examinés tant sur le plan de la diminution des symptômes cliniques que sur celui de l'épanouissement et du bien-être. Nous avons ensuite détaillé le modèle de Wong et collaborateurs (2019) qui propose un cadre théorique qui nous parait convaincant pour expliquer comment l'autocompassion pourrait prévenir l'internalisation de la stigmatisation. Nous nous sommes ensuite interrogés sur l'intérêt de l'autocompassion au-delà de cet aspect préventif. En effet, différentes études ont exploré ses bénéfices dans différents contextes de stigmatisation. En particulier, les bénéfices de l'autocompassion pour réduire l'autostigmatisation par son influence sur la réduction de la honte ont été mis en évidence. En outre, les éléments présentés dans ce chapitre posent l'autocompassion comme un facteur pertinent pour prévenir l'autostigmatisation mais aussi pour la traiter et cibler ses conséquences délétères. Cela suggère que des interventions centrées sur le développement de l'autocompassion pourraient être bénéfiques pour réduire l'autostigmatisation chez les personnes suivies en psychiatrie. C'est pourquoi nous explorerons dans le chapitre suivant les interventions existantes pour lutter contre l'autostigmatisation des PSP en mettant l'emphase sur l'intérêt prometteur de la Thérapie Fondée sur la Compassion.

Chapitre 5 : Les interventions visant la réduction de l'autostigmatisation en santé mentale et l'intérêt de la Thérapie Fondée sur la Compassion

5.1. Introduction

Les différents modèles présentés dans les chapitres précédents suggèrent différentes cibles thérapeutiques pour réduire l'autostigmatisation. Par exemple, le modèle progressif de l'autostigmatisation de Corrigan et Watson (2002) indique la pertinence de cibler les processus cognitifs de l'autostigmatisation, notamment l'étape du modèle « *accord avec le stéréotype* ». Dans ce chapitre, nous verrons que l'approche cognitive est effectivement l'approche privilégiée des interventions existantes pour réduire l'autostigmatisation des PSP. Néanmoins, nous examinerons en quoi le fait de cibler uniquement les aspects cognitifs de l'autostigmatisation dans les thérapies présente plusieurs limites. Notre modèle intégratif de l'autostigmatisation met en avant les réponses émotionnelles involontaires à l'autostigmatisation impliquées dans la genèse de ses conséquences psycho-sociales négatives. C'est pourquoi dans la présente thèse nous nous intéressons au traitement l'autostigmatisation en nous centrant sur ses aspects émotionnels et motivationnels.

5.2. Les interventions existantes pour l'autostigmatisation en santé mentale

Les recherches récentes autour du rétablissement des PSP portent un intérêt croissant aux traitements visant la réduction de l'autostigmatisation. A titre d'exemple, les récentes revues systématiques et / ou méta-analyses de ce type d'intervention (e.g. Alonso et al., 2019 ; Büchter & Messer, 2017 ; Tsang et al., 2016 ; Yanos et al., 2015) soulignent qu'en moyenne les interventions sont composées de 10 séances et sont le plus souvent réalisées en groupes. On remarque néanmoins des conclusions divergentes en fonction des auteurs. Par exemple, Alonso et Collaborateurs (2019) concluent que « *la plupart des interventions sont efficaces bien que les tailles d'effets soient petites à modérées* » alors que, pour Büchter et collaborateurs (2017),

les « *preuves sont insuffisantes* ». Ces disparités peuvent être expliquées par une évaluation plus ou moins stricte de la qualité méthodologique des études et de l'inclusion d'études non randomisées ou contrôlées dans les revues.

Sur la base de ces revues, il est toutefois possible de classer les interventions visant à réduire l'autostigmatisation en cinq catégories (i) psychoéducation, (ii) thérapies cognitives et comportementales de 2ème *v*ague (visant prioritairement des changements cognitifs), (iii) interventions ciblant le dévoilement de son trouble, (iv) interventions à composantes multiples intégrant les catégories (i), (ii), (iii), et (v) interventions d'auto-soin (*self-help*). Nous nous focaliserons ici sur les interventions psychoéducatives, les thérapies cognitives et comportementales ainsi que les interventions d'auto-soin avant de présenter (en deuxième partie de ce chapitre) la proposition centrale de la thèse qui consiste à cibler l'autostigmatisation par une intervention centrée sur l'(auto-)compassion.

5.1.1. Les interventions de psychoéducation

Globalement, les interventions de psychoéducation ont des effets positifs sur l'autostigmatisation mais ces résultats doivent être remis en question car la moitié des études ont une qualité méthodologique basse et des tailles d'effets modestes (Alonso et al., 2019 ; Tsang et al., 2016). Malgré cela, ces interventions sont celles qui présentent aujourd'hui le plus haut niveau de preuve pour réduire l'autostigmatisation.

Parmi ces interventions, on retrouve notamment le programme *Ending Self Stigma* (ESS) (Lucksted et al., 2017 ; Drapalski et al., 2021). Cette intervention groupale en 9 séances manualisées propose d'enseigner aux participants des outils et stratégies à utiliser pour réduire l'autostigmatisation dans leur quotidien. Les séances se composent d'apprentissage de stratégies (par exemple, des techniques de restructuration cognitive), de partages d'expériences personnelles entre les participants et de résolution de problèmes. Dans l'ensemble, ces éléments

se centrent prioritairement sur des changements s'opérant sur le plan cognitif et comportemental. En 2017, Lucksted et collaborateurs ont comparé cette intervention à *un treatment as usual* (TAU) ; leurs résultats indiquent une amélioration de l'autostigmatisation après l'intervention, mais celle-ci n'est cependant pas maintenue à 6 mois de *follow-up*. On remarque aussi un taux d'abandon de thérapie très élevé et une assiduité aux séances faible (seuls 43% des participants ont assisté à au moins 7/9 séances). En 2021, un essai contrôlé randomisé compare ce programme à une intervention visant une amélioration du bien-être en général. Les résultats ne permettent pas d'indiquer de différence entre les deux groupes sur les changements de l'autostigmatisation avant et après la thérapie. De plus, seuls 48% des participants ont assisté à 5/9 séances ou plus du programme *Ending Self Stigma* (Drapalski et al., 2021). Par ailleurs, dans la revue de Alonso et collaborateurs (2019), seules six des 14 études mentionnées sont identifiées comme présentant une bonne qualité méthodologique. Les auteurs soulignent l'absence d'information sur le taux d'attrition au *follow-up* de l'étude de Lucksted et collaborateurs (2017). Il existe donc plusieurs limites au programme de psychoéducation *Ending Self Stigma,* notamment en termes de taux d'attrition et de pérennité des résultats sur l'autostigmatisation.

5.1.2. Les interventions de Thérapies Cognitives et Comportementales

Au-delà des programmes de psychoéducation, il existe d'autres approches centrées sur les thérapies cognitives et comportementales de 2ème vague, visant des changements cognitifs et des interventions ciblant le fait de révéler sa maladie mentale.

Globalement, les résultats d'études portant sur ce type d'approche ne sont pas concluants (e.g. Morisson et al., 2016). Il existe également plusieurs programmes à composantes multiples tels qu'une intervention de photo-thérapie (Russinova et al., 2014), le Programme de Renforcement Narratif et Thérapie Cognitive de l'Autostigmatisation (*Narrative Enhancement and Cognitive Therapy,* NECT ; Yanos et al., 2012) et le programme anti-stigma

multi-facettes (Fung et al., 2011). Le programme NECT a fait l'objet de plusieurs études contrôlées randomisées (Hansson et al., 2017 ; Roe et al., 2014 ; Yanos et al., 2012). La plus récente a comparé ce programme à une liste d'attente auprès de 106 participants, dont la majorité a un diagnostic de schizophrénie (Hansson et al., 2017). Les résultats indiquent que l'intervention de 20 séances d'1h semble efficace pour réduire l'autostigmatisation. Bien qu'encourageants, les revues systématiques indiquent cependant globalement peu d'amélioration significative de l'autostigmatisation (Alonso et al., 2019), l'existence de plusieurs risques de biais méthodologiques dans les études de ces différentes interventions, et des taux d'abandon aux programmes élevés (Büchter et al., 2017), limitant encore une fois la validité des résultats.

5.1.3. Les interventions d'auto-soin

Concernant les interventions d'auto-soin, une revue systématique (Mills et al., 2020) indique qu'il existe encore trop peu d'études évaluant l'adhérence et l'efficacité de ces interventions. En effet, seules huit études ont été identifiées sur une période de 12 ans. Sept sont des interventions en ligne et une concerne une intervention sous la forme d'un livre d'auto-soin. Parmi ces interventions, seule une étude concerne directement l'autostigmatisation, trois autres ciblent l'augmentation de la flexibilité mentale par une approche de thérapie d'acceptation et d'engagement, et les quatre autres études sont basées sur de la psychoéducation ciblant la stigmatisation personnelle. Deux des interventions en ligne sont basées sur la thérapie d'Acceptation et d'Engagement (Kelson et al., 2017 ; Levin et al., 2017) et les autres sont des interventions de psychoéducation, certaines intégrant des techniques de TCC (Kiropoulos et al., 2011 ; Farrer et al., 2012 ; Taylor-Rodgers & Batterham, 2014 ; Gulliver et al., 2012 ; Nickerson et al., 2019). La revue systématique indique que les interventions d'auto-soin qui incorporent des éléments de psychoéducation avec des techniques issues de la troisième vague

des TCC (Kelson et al., 2017) pourraient être bénéfiques pour l'autostigmatisation mais que le développement de recherches les ciblant reste nécessaire.

Conclusions concernant les interventions existantes pour l'autostigmatisation

Malgré les limites de l'ESS mentionnées ci-dessus, il reste recommandé d'utiliser les programmes basés sur la psychoéducation car ils représentent actuellement les interventions ayant le plus haut niveau de preuves pour réduire l'autostigmatisation associée aux TPSP. Les chercheurs soulignent l'importance d'explorer des approches innovantes car les effets des approches existantes présentent de nombreuses limites (e.g., manque de pérennisation des effets, taux d'assiduité faible ; Tsang et al., 2016). C'est dans cet objectif que s'inscrit ce programme de thèse (voir Partie 3, recherches interventionnelles).

5.3. La Thérapie Fondée sur la Compassion, une intervention innovante pour l'autostigmatisation ?

5.3.1. La Thérapie Fondée sur la Compassion pour l'autostigmatisation

Dans l'ensemble, les programmes de psychoéducation tels que *Ending Self-Stigma* (ESS ; Lucksted et al., 2017) sont recommandés car ils ont rassemblé le plus haut niveau de preuve pour réduire l'autostigmatisation des PSP. Cependant, compte tenu des limites importantes associées à l'ESS (par exemple, le manque de durabilité des effets et les faibles taux de participation ; Tsang et al., 2016), il reste crucial de chercher à mieux les comprendre pour développer des interventions permettant de mieux cibler l'autostigmatisation.

Dans le chapitre 3, nous avons souligné que la honte était centrale dans la problématique de l'autostigmatisation. Pourtant, les interventions mentionnées dans ce chapitre ne ciblent pas directement les aspects émotionnels de l'autostigmatisation. En effet, les programmes d'intervention s'articulent majoritairement autour des aspects cognitifs de l'autostigmatisation

et n'interviennent pas ou très peu sur sa composante émotionnelle. Les limites des programmes existants, notamment les taux élevés de *drop-out*, pourraient être expliqués par la non prise en compte directe de la honte. En plus d'augmenter le risque de psychopathologie, la honte peut nuire à l'efficacité des traitements. En effet, cette émotion peut impacter l'expression des symptômes, la capacité du patient à révéler des informations douloureuses et à demander de l'aide. La honte est également connue pour favoriser plusieurs types d'évitement, tels que le déni, la dissociation et l'abandon de la thérapie (Gilbert et Procter, 2006). L'intervention Coming Out Proud, en trois séances, développée par Corrigan et al. (2015) propose aux participants d'évaluer les coûts et bénéfices de dévoiler son trouble et un accompagnement sur des stratégies efficaces pour le faire. Bien que cela n'ait été mesuré dans les études visant l'évaluation de ce programme, on peut supposer que cette intervention pourrait diminuer la honte en accompagnant les PSP vers une tendance à l'action opposée à cette émotion : plutôt que de se cacher ou dissimuler son trouble, on apprend à le dévoiler de manière efficace. Bien que l'étude pilote évaluant l'efficacité de ce programme avec l'échelle ISMI n'ait pas montré son efficacité sur l'autostigmatisation (Rüsch et al., 2014), une étude ultérieure a démontré un intérêt clinique de cette intervention, soulignant la pertinence d'agir sur la honte lorsque les PSP présentent une forte autostigmatisation (Corrigan et al., 2015). Au-delà des programmes développés pour l'autostigmatisation, il existe un nombre limité d'approches psychothérapeutiques ciblant la honte (Goffnett et al., 2020). La Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC), en particulier, a recueilli un grand nombre de preuves dans le traitement de la honte et de l'auto-critique dans un large éventail de contextes cliniques (par exemple, Gilbert & Procter, 2006 ; Lucre & Corten, 2013, Cuppage et al., 2018 ; Judge et al., 2012, Kirby et al., 2017).

Pour renforcer l'autocompassion, les thérapeutes en TFC aident les patients à développer des sentiments de chaleur, de sécurité et d'apaisement grâce à l'entraînement à l'esprit de

compassion (Gilbert et al., 2009). Pour ce faire, une partie intégrante de la TFC consiste à comprendre le fonctionnement du cerveau, en particulier le rôle de trois systèmes de régulation des émotions : (i) le système de détection des menaces et de protection, (ii) le système centré sur les conduites, et (iii) le système d'apaisement et de sécurité sociale (Gilbert, 2009). Dans l'ensemble, l'entraînement à la compassion (et à l'autocompassion) pourrait amortir les effets négatifs de la stigmatisation (entraînés par le système de menace) en facilitant davantage de ressources sociales et en augmentant la recherche d'aide (système d'apaisement et de sécurité sociale) (Wong et al., 2019). Par conséquent, grâce à l'entraînement à l'esprit de compassion et au renforcement du système d'apaisement, les personnes fortement auto-stigmatisées pourraient développer des perspectives de soi plus équilibrées, accepter les aspects positifs et négatifs de leur personne et apprendre à observer et à abandonner les pensées, les émotions et les comportements auto-stigmatisants (Wong et al., 2019). Globalement, la TFC vise à aider les patients à passer de la motivation centrée sur la compétition à la motivation compassionnée. Puisque l'autostigmatisation est liée à une hyper focalisation sur son rang social, perçu comme inférieur, lié à un fort sentiment de honte, il semble tout à fait cohérent, d'un point de vue théorique, que la TFC puisse s'avérer efficace dans le traitement de l'autostigmatisation.

En raison de l'accent mis sur les processus psychologiques et les aspects affectifs et motivationnels de l'autostigmatisation, la TFC pourrait en effet être plus efficace que les interventions existantes pour réduire l'autostigmatisation et la honte. Cependant, à notre connaissance, l'efficacité de la TFC pour réduire la honte et l'autostigmatisation n'a jamais été évalué. Pourtant, en ciblant directement les émotions et les systèmes motivationnels, la TFC pourrait combler les lacunes des interventions existantes, qui se concentrent principalement sur les changements cognitifs (croyances et stéréotypes). De plus, de nombreuses études de psychologie sociale suggèrent qu'il est nécessaire de cibler les dimensions affectives des

attitudes stigmatisantes afin d'obtenir un changement de comportement durable (Talaska et al., 2008 ; Smith, 1993 ; Aubé et al., 2020).

Le deuxième axe de la thèse consiste en l'évaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité de la TFC transdiagnostique pour l'autostigmatisation. En effet, la TFC s'est avérée faisable et a permis de réduire la honte chez des PSP, y compris dans le cadre des troubles de la personnalité (Lucre & Corten, 2013), des patients atteints de psychose (Braehler et al., 2013 ; Heriot-Maitland et al., 2019), et dans un format de groupe transdiagnostique avec des patients en phase aiguë (Heriot-Maitland et al., 2014). Soulignant l'intérêt grandissant des chercheurs et cliniciens pour la TFC, six revues systématiques et/ou méta-analyses de l'efficacité de cette thérapie ont été publiées depuis 10 ans (Leaviss & Uttley, 2015; Kirby et al., 2017 ; Craig et al., 2020 : Vidal & Soldevilla, 2023 ; Millard et al., 2023 ; Petrocchi et al., 2023). La première a été proposée par Leaviss et Uttley en 2015 et n'incluait que trois essais randomisés. Les résultats de cette première revue systématique étaient déjà prometteurs et indiquaient que cette thérapie était particulièrement efficace pour les personnes ayant des niveaux élevés d'auto-critique. La dernière méta-analyse publiée sur le sujet (Petrocchi et al., 2023) est la plus complète. En effet, elle est la seule à inclure les études contrôlées randomisées réalisées en populations cliniques et non cliniques. Au total, l'étude de Petrocchi et collaborateurs (2023) rassemble les résultats de 47 études conduites au cours d'une période de 14 ans à travers 17 pays et inclue ainsi 7 875 participants. Les résultats indiquent que la TFC est supérieure aux conditions contrôles pour réduire la symptomatologie, notamment associée à la dépression. La taille d'effet est la plus grande pour les comparaisons à des groupes contrôles passifs mais elle demeure modérée à large quand la thérapie est comparée à un groupe contrôle actif (tel que les TCC ou la pleine conscience). Ce résultat global rejoint celui des méta-analyses de Craig (2020) et Kirby et collaborateurs (2017). Néanmoins, à ce jour, les données *follow-up* sont trop peu nombreuses et n'ont pas été évaluées dans cette méta-analyse. Il est donc essentiel de conduire

d'autres études contrôlées randomisées permettant d'évaluer la durabilité des effets immédiats de la TFC. La méta-analyse indique également que cette forme de thérapie est hautement acceptable par les patients et le public général avec des taux de rétention moyens de 83,66%. Cela soutient l'hypothèse proposée dans la thèse, selon laquelle, la TFC pourrait permettre de meilleurs taux d'adhésion à la thérapie (par le fait de cibler directement la honte) que les autres interventions pour l'autostigmatisation des PSP. Le deuxième axe de la thèse vise par conséquent à évaluer l'acceptabilité et l'efficacité de la TFC transdiagnostique pour traiter l'autostigmatisation et la honte des PSP.

5.3.2. Fondements théoriques et scientifiques de la TFc

Cette sous-partie est extraite d'un chapitre co-rédigé avec la Maîtresse de Conférences Marine Paucsik paru dans l'ouvrage Gérer les Émotions en Rééducation (Kuppelin et al., 2023).

La Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC) :

Fondements Théoriques et Scientifiques

La Thérapie Fondée sur la Compassion est une approche psychothérapeutique relativement nouvelle. Développée par Paul Gilbert dans les années 2000, elle est maintenant enseignée en France. Cette approche s'inscrit dans les Thérapie Cognitive et Comportementale en visant à développer un autre rapport à ses émotions, ses pensées et ses comportements. Plus spécifiquement, elle vise à développer mode de relation à soi et aux autres qui soit compréhensif, aidant, soutenant et chaleureux. Autrement dit, de développer la compassion pour soi, pour autrui et d'accepter de recevoir de la compassion. Pour cela, elle prend racine dans plusieurs origines et théories sous-jacentes qui seront présentées dans ce chapitre. Elle va aussi s'appuyer sur de nombreux outils tel que la méditation de pleine conscience, l'imagerie, les jeux de rôles ou encore le travail avec les chaises, une intégration créative laissant l'espace au clinicien de s'ajuster à la sensibilité de la personne qu'il accompagne. Enfin, la TFC a été développée en première intention pour traiter les personnes présentant des troubles psychologiques sévères et dominées par la honte et l'auto-critique. Néanmoins, son application et ses fondements font de cette approche, une psychothérapie transnosographique et déstigmatisante, qui vise à promouvoir un sentiment de sécurité et d'apaisement chez tout un chacun. Ce dernier aspect sera illustré à la fin de ce chapitre par les résultats de plusieurs études portant sur son évaluation

Introduction

La Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC) a été créée par Paul Gilbert, professeur de psychologie et psychologue clinicien pour répondre aux besoins des usager·eres/patient·es qu'il accompagnait. Lors de ses prises en charge, il remarquait que de nombreux patients souffraient d'autocritiques et ressentaient beaucoup de honte vis-à-vis de leurs difficultés. Nombreux·ses avaient du mal à se montrer bienveillant·e, compréhensif·ve et soutenant·e envers eux ou elles-mêmes au cours de leur thérapie. Cette attitude autocritique était non seulement source de souffrance pour la personne elle-même, mais impactait également l'efficacité du travail réalisé en thérapie. En ce sens, plusieurs études ont montré que si de nombreux individus arrivent à s'engager dans la thérapie et dans des exercices cognitifs ou comportementaux, ils présentent néanmoins peu d'amélioration sur le plan clinique (pour une méta-analyse, voir Loew et al., 2020 [27]). L'étude de Rector et ses collaborateurs [38] a notamment évalué l'impact de l'autocritique de patients dépressifs sur les effets de 20 séances de thérapie cognitive. Les résultats ont montré que les patients ayant des niveaux élevés d'autocritique répondaient moins à la thérapie. En contrepartie, leur étude a montré que la baisse du niveau d'autocritique est l'un des meilleurs prédicteurs de la réponse à la thérapie. Malheureusement, de nombreuses études montrent que l'autocritique est associée à de multiples troubles psychopathologiques (par exemple : [7,9,11,24]). D'autres études montrent aussi son importance dans la prise en charge d'autres problématiques comme la gestion des douleurs chroniques [20], l'accompagnement des personnes atteintes de cancer [6] et cérébrolésées [1]. L'autocritique est donc un élément central dans la prise en charge des patients souffrants de difficultés en termes de santé mentale ou physique. La TFC a donc été développée précisément pour répondre à cette problématique et s'adresse ainsi à de nombreux individus. Elle vise à

permettre aux personnes accompagnées de développer une posture plus bienveillante, chaleureuse, compréhensive et engagée autrement appelée, une posture compassionnée. Le développement de la compassion occupe donc une place centrale dans la TFC et son développement s'appuie sur de nombreux travaux qui sont développés ci-dessous.

Les fondements de la compassion

Approche évolutionniste de la compassion

Paul Gilbert aborde la compassion en s'appuyant sur une perspective évolutionniste et plus précisément, en s'appuyant sur l'évolution du système d'affiliation qui nous amène à prendre soin des uns et des autres. Selon cette perspective, la compassion constitue un élément clé dans les comportements de soins des mammifères. Elle permet notamment de prendre soin des plus vulnérables (comme les nourrissons par exemple), de soulager leur détresse, de répondre à leurs besoins vitaux et de soutenir leur croissance et leur autonomie [13,18]. Néanmoins, prendre soin peut aussi être coûteux, c'est pour cela que nous sommes parfois dans cette relation de compassion seulement avec nos proches et qu'il peut être difficile d'adopter cette même attitude envers nous-mêmes. Chez les humains, la compassion va impliquer un ensemble de compétences cognitives qui ont aussi évolué au cours des millions d'années qui nous précèdent. Elles impliquent par exemple la conscience de soi, la capacité à imaginer ce que l'autre peut penser ou ressentir (aussi appelé la mentalisation), la capacité à se souvenir des événements du passé, ou à anticiper ceux qui peuvent arriver [15]. Toutes ces représentations peuvent être comprises grâce aux travaux portant sur la théorie de l'attachement développée ci-dessous. Lorsqu'elles sont dysfonctionnelles, elles seront travaillées et développées avec les pratiques proposées dans la TFC.

Apports de la théorie de l'attachement

De manière cohérente avec les travaux issus de la théorie de l'évolution, la théorie de l'attachement postule que les êtres humains naissent avec un système psychologique inné motivant la recherche de proximité avec des personnes qui peuvent les protéger en cas de besoin [3–5]. C'est la proximité et les compétences de régulation émotionnelle des figures d'attachement prenant soin de l'enfant qui permettront à ce dernier de créer un sentiment de sécurité dans son lien à lui-même, aux autres et à son environnement. Ce sentiment de sécurité pourra par exemple, prendre la forme de représentations positives de lui-même, mais également des autres. En cela, les compétences précédemment citées seront mobilisées et développées en soutenant le développement et le bien-être de l'enfant. En revanche, un sentiment d'insécurité peut conduire à des représentations négatives de soi et des autres, entraînant alors l'utilisation d'autres stratégies de régulation en cas de détresse. Plusieurs études ont montré que des liens étroits relient l'attachement et la compassion. Le chercheur Mario Mikulincer et ses collaborateurs de l'Université Bar-llan en Israël ont notamment réalisé plusieurs études révélant cela [32–34]. Les résultats de leurs recherches montrent par exemple, qu'un sentiment d'attachement sécure ressenti dans les relations avec les parents et les partenaires proches tout au long de la vie, favorise des attitudes positives envers soi et les autres. Un attachement de type sécure permet donc la création de représentations intra et interindividuelles positives participant à l'élaboration d'un sentiment de sécurité que l'on retrouve à la base de la compassion. C'est pourquoi, les interventions basées sur la compassion visent à restaurer ou construire un sentiment de sécurité interne en travaillant avec des pratiques d'imageries consistant à imaginer recevoir ou donner de la compassion.

Apports des neurosciences affectives

La compassion se développe donc à travers nos premières relations d'attachement, notamment grâce à celles construites avec les figures d'attachement, puis continue de se développer tout au long de la vie. La compassion nous permet donc de prendre soin et de procurer l'apaisement nécessaire lorsque nous sommes au contact d'une personne en difficulté. La compassion peut donc être activée par des signaux de détresse (par exemple, des pleurs, des cris ou encore des sanglots) qui indiquent la vulnérabilité et la souffrance d'une personne [37]. Une fois captés, ces signaux vont simultanément entraîner des changements neurohormonaux qui vont permettre de faciliter les comportements de soins [37]. Ces changements hormonaux vont prendre place dans plusieurs zones cérébrales comme par exemple, l'amygdale, l'hypothalamus ou encore le cortex préfrontal [10,30,37]. Plus précisément, si l'on observe une personne en détresse, notre amygdale va encoder l'information comme étant préoccupante et déclencher des réponses physiologiques et comportementales. L'hypothalamus va réguler notre réactivité émotionnelle et déclencher la libération de neurotransmetteurs comme l'ocytocine et la dopamine, pour faciliter l'adoption de comportements d'aide. La compassion mobilise donc plusieurs zones cérébrales dont la plupart sont les mêmes que celles associées à l'amour, au plaisir ou encore au sentiment d'affiliation [2,19,21,22,28]. La compassion constitue de fait, une sorte de mécanisme de protection biologique permettant d'aider les individus en souffrance [30].

Les trois flows de la compassion

Dans la thérapie fondée sur la compassion, la compassion est définie comme « une sensibilité à sa propre souffrance et à celle d'autrui, avec un engagement à essayer de l'atténuer

et de la prévenir » [14]. Cette définition souligne les dimensions intrapersonnelle et interpersonnelle de la compassion, aussi appelées les flows de la compassion. On utilise ce terme en référence à la nature dynamique et interactionnelle de la compassion qui va s'inscrire dans trois directions : 1) de soi à soi, aussi appelée autocompassion, 2) de soi vers l'autre et 3) de l'autre vers soi [14]. Ces trois mouvements de la compassion s'influencent entre eux, mais peuvent aussi être indépendants, ce qui explique pourquoi il est souvent plus difficile de faire preuve de compassion envers soi-même qu'envers un proche [26].

L'autocompassion

L'autocompassion a été définie par Kristin Neff, professeure de psychologie, comme étant la capacité à faire preuve de bienveillance, de compréhension et d'affection envers soi lorsque nous sommes en difficultés [35]. Finalement c'est le fait d'adopter la même attitude que l'on adopterait pour soutenir, réconforter ou rassurer un proche en difficultés. Plus précisément, elle définit l'autocompassion comme étant composée de trois sous-dimensions : la gentillesse, le sentiment d'humanité commune et la pleine conscience [35]. La gentillesse consiste à faire preuve de bienveillance, de compréhension et de réconfort. Le sentiment d'humanité commune consiste lui à se rappeler que les expériences douloureuses font partie de l'expérience humaine et que nous ne sommes pas seul·es à vivre cela. Enfin, la pleine conscience consiste à se tourner vers et à accepter ses expériences difficiles ou sources d'inconfort plutôt que d'essayer de les éviter. Cette dimension est la plus ciblée dans les psychothérapies basées sur la compassion notamment car les individus ayant le plus peur de faire preuve d'autocompassion sont aussi ceux présentant des degrés de sévérité plus importants en termes de symptômes psychopathologiques [16,17]. A l'opposé, les individus ayant des

niveaux élevés d'autocompassion bénéficient d'un plus grand bien-être et de moins de difficultés en santé mentale [25].

État de la recherche en TFC

La compassion fait l'objet de nombreuses études depuis ces 20 dernières années. Plusieurs méta-analyses ont donc pu être conduites pour évaluer l'effet de la compassion sur la santé mentale et physique et sur les troubles psychologiques (par exemple : [29,43]). À ce jour, les méta-analyses montrent que la compassion, et plus précisément l'autocompassion est liée à moins de symptômes psychopathologiques [29], à un plus haut niveau de bien-être [43] et à une meilleure façon de faire face à l'adversité [8] en population adulte, mais également auprès d'adolescents [31].

Plus précisément, les interventions basées sur la compassion ont montré des bénéfices sur la diminution des troubles des conduites alimentaires, des ruminations, de l'autocritique, des difficultés à réguler ses émotions et plus globalement pour diminuer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress (e.g., [12,36,39]). Enfin, les recherches montrent également des résultats prometteurs quant aux bénéfices de la compassion et de l'autocompassion dans l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies physiques. Par exemple, dans le cadre des douleurs chroniques, il semble que l'autocompassion puisse permettre aux individus de mieux s'adapter à la douleur ressentie et de mieux vivre avec cette dernière [42]. Ces résultats sont cohérents avec d'autres études interventionnelles comme la récente étude menée par Marta Torrijos-Zarcero et ses collaborateurs (2021) [41]. Les chercheurs ont mené une étude contrôlée randomisée en comparant les effets d'une intervention basée sur l'autocompassion à ceux d'une Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) se déroulant sur 8 séances de 2h30. Pour leur étude, 62 participant·es ont été inclu·es dans le programme basé sur l'autocompassion et 61

dans le programme de TCC. Leurs analyses montrent que le programme basé sur l'autocompassion a amélioré de façon plus importante les symptômes d'anxiété, la gêne liée à la douleur et l'acceptation de cette dernière que le programme de TCC. L'autocompassion permettrait donc de gérer autrement son rapport à la douleur. Ces effets peuvent s'expliquer par les effets physiologiques des pratiques développant la compassion. Plusieurs études montrent que les pratiques basées sur la compassion n'induisent pas seulement une nouvelle attitude ou façon de penser, mais qu'elles permettent aussi d'activer un système physiologique d'apaisement et de réconfort. Effectivement, les pratiques basées sur la compassion activent un modèle de réponse psychophysiologique réduisant l'état d'excitation (en réduisant la fréquence cardiaque et la conductance cutanée par exemple [23]) et activant le système parasympathique, aussi appelé système d'apaisement, via l'augmentation de la variabilité de la fréquence cardiaque [23,40].

L'ensemble de ces résultats amènent à considérer l'autocompassion comme un facteur protecteur améliorant notre adaptation tant psychologique que physiologique face à l'adversité. Cela ouvre donc de multiples perspectives dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychologiques et/ou physiques, qui seront à explorer dans de futures recherches.

Références :

1. Ashworth F, Clarke A, Jones L, Jennings C, Longworth C. An Exploration of Compassion Focused Therapy Following Acquired Brain Injury. Psychol Psychother Theory Res Pract. 2015;88(2):143–62. DOI: 10.1111/papt.12037.

2. Beauregard M, Courtemanche J, Paquette V, St-Pierre ÉL. The Neural Basis of Unconditional Love. Psychiatry Res Neuroimaging. 2009;172:93–8. DOI: 10.1016/j.pscychresns.2008.11.003.

3. Bowlby J. Attachment and Loss. 2nd ed. New York: Basic Books; 1969.

4. Bowlby J. The Bowlby-Ainsworth Attachment Theory. Behav Brain Sci. 1979;2(4):637–8. DOI: 10.1017/S0140525X00064955.

5. Bowlby J. Attachment and Loss: Retrospect and Prospect. Am J Orthopsychiatry. 1982;52:664–78. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x.

6. Campos RC, Besser A, Ferreira R, Blatt SJ. Self-Criticism, Neediness, and Distress among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer: A Preliminary Test of the Moderating Role of Adjustment to Illness. Int J Stress Manag. 2012;19:151–74. DOI: 10.1037/a0027996.

7. Cox BJ, McWilliams LA, Enns MW, Clara IP. Broad and Specific Personality Dimensions Associated With Major Depression in a Nationally Representative Sample. Compr Psychiatry. 2004;45:246–53. DOI: 10.1016/j.comppsych.2004.03.002.

8. Ewert C, Vater A, Schröder-Abé M. Self-Compassion and Coping: A Meta-Analysis. Mindfulness. 2021;12. DOI: 10.1007/s12671-020-01563-8.

9. Fazaa N, Page S. Personality Style and Impulsivity as Determinants of Suicidal Subgroups. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2009;13(1):31–45. DOI: 10.1080/13811110802572122.

10. Feldman R. The Neurobiology of Mammalian Parenting and the Biosocial Context of Human Caregiving. Horm Behav. 2016;77:3–17. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2015.10.001.

11. Fennig S, Hadas A, Itzhaky L, Roe D, Apter A, Shahar G. Self-Criticism Is a Key Predictor of Eating Disorder Dimensions among Inpatient Adolescent Females. Int J Eat Disord. 2008;41(8):762–5. DOI: 10.1002/eat.20573.

12. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: A Meta-Analysis of RCTs. Mindfulness. 2019;10:1455–73. DOI: 10.1007/s12671-019-01134-6.

13. Gilbert P. The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. London: Constable; 2009.

14. Gilbert P. The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):6–41. DOI: 10.1111/bjc.12043.

15. Gilbert P. Explorations into the Nature and Function of Compassion. Curr Opin Psychol. 2019;28:108–14. DOI: 10.1016/j.copsyc.2018.12.002.

16. Gilbert P, McEwan K, Gibbons L, Chotai S, Duarte J, Matos M. Fears of Compassion and Happiness in Relation to Alexithymia, Mindfulness, and Self-Criticism. Psychol Psychother. 2012;85(4):374–90. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x.

17. Gilbert P, McEwan K, Matos M, Rivis A. Fears of Compassion: Development of Three Self-Report Measures. Psychol Psychother. 2011;84(3):239–55. DOI: 10.1348/147608310X526511.

18. Heard D, Lake B. The Challenge of Attachment for Caregiving. London: Karnac; 2009.

19. Immordino-Yang MH, McColl A, Damasio H, Damasio A. Neural Correlates of Admiration and Compassion. Proc Natl Acad Sci U S A. 2009;106(19):8021–6. DOI: 10.1073/pnas.0810363106.

20. Kempke S, Luyten P, Claes S, Goossens L, Bekaert P, Van Wambeke P, et al. Self-Critical Perfectionism and Its Relationship to Fatigue and Pain in the Daily Flow of Life in Patients with Chronic Fatigue Syndrome. Psychol Med. 2013;43(5):995–1002. DOI: 10.1017/S0033291712001936.

21. Kim JJ, Cunnington R, Kirby JN. The Neurophysiological Basis of Compassion: An FMRI Meta-Analysis of Compassion and Its Related Neural Processes. Neurosci Biobehav Rev. 2020;108:112–23. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2019.10.023.

22. Kim JW, Kim SE, Kim JJ, Jeong B, Park CH, Son AR, et al. Compassionate Attitude towards Others' Suffering Activates the Mesolimbic Neural System. Neuropsychologia. 2009;47(10):2073–81. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.017.

23. Kirschner H, Kuyken W, Wright K, Roberts H, Brejcha C, Karl A. Soothing Your Heart and Feeling Connected: A New Experimental Paradigm to Study the Benefits of Self-Compassion. Clin Psychol Sci. 2019;7(3):545–65. DOI: 10.1177/2167702618812438.

24. Kopala-Sibley DC, Zuroff DC, Russell JJ, Moskowitz DS, Paris J. Understanding Heterogeneity in Borderline Personality Disorder: Differences in Affective Reactivity Explained by the Traits of Dependency and Self-Criticism. J Abnorm Psychol. 2012;121(3):680–91. DOI: 10.1037/a0028513.

25. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-Compassion and Reactions to Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications of Treating Oneself Kindly. J Pers Soc Psychol. 2007;92:887–904. DOI: 10.1037/0022-3514.92.5.887.

26. López A, Sanderman R, Ranchor AV, Schroevers MJ. Compassion for Others and Self-Compassion: Levels, Correlates, and Relationship with Psychological Well-Being. Mindfulness. 2018;9:325–31. DOI: 10.1007/s12671-017-0777-z.

27. Löw CA, Schauenburg H, Dinger U. Self-Criticism and Psychotherapy Outcome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Psychol Rev. 2020;75. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101808.

28. Lutz A, Brefczynski-Lewis J, Johnstone T, Davidson RJ. Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise. PloS One. 2008;3(3):e1897. DOI: 10.1371/journal.pone.0001897.

29. MacBeth A, Gumley A. Exploring Compassion: A Meta-Analysis of the Association between Self-Compassion and Psychopathology. Clin Psychol Rev. 2012;32(6):545–52. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.06.003.

30. Marsh AA. The Caring Continuum: Evolved Hormonal and Proximal Mechanisms Explain Prosocial and Antisocial Extremes. Annu Rev Psychol. 2019;70:347–71. DOI: 10.1146/annurev-psych-010418-103010.

31. Marsh IC, Chan SWY, MacBeth A. Self-Compassion and Psychological Distress in Adolescents-a Meta-Analysis. Mindfulness. 2018;9(4):1011–27. DOI: 10.1007/s12671-017-0850-7.

32. Mikulincer M, Gillath O, Halevy V, Avihou N, Avidan S, Eshkoli N. Attachment Theory and Reactions to Others' Needs:' Evidence That Activation of the Sense of Attachment Security Promotes Empathic Responses. J Pers Soc Psychol. 2001;81(6):1205–24.

33. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment Security, Compassion, and Altruism. Curr Dir Psychol Sci. 2005;14:34–8. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2005.00330.x.

34. Mikulincer M, Shaver PR, Gillath O, Nitzberg RA. Attachment, Caregiving, and Altruism: Boosting Attachment Security Increases Compassion and Helping. J Pers Soc Psychol. 2005;89:817–39. DOI: 10.1037/0022-3514.89.5.817.

35. Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. Self Identity. 2003;2(2):85–101. DOI: 10.1080/15298860309032.

36. Paucsik M, Nardelli C, Bortolon C, Shankland R, Leys C, Baeyens C. Self-Compassion and Emotion Regulation: Testing a Mediation Model. Cogn Emot. 2022;1–13. DOI: 10.1080/02699931.2022.2143328.

37. Preston SD. The Origins of Altruism in Offspring Care. Psychol Bull. 2013;139(6):1305–41. DOI: 10.1037/a0031755.

38. Rector NA, Bagby RM, Segal ZV, Joffe RT, Levitt A. Self-Criticism and Dependency in Depressed Patients Treated with Cognitive Therapy or Pharmacotherapy. Cogn Ther Res. 2000;24(5):571–84. DOI: 10.1023/A:1005566112869.

39. Riebel M, Weiner L. Feasibility and Acceptability of Group Compassion Focused Therapy to Treat the Consequences of Childhood Maltreatment in People with Psychiatric Disorders. The Journal of Nervous and Mental Disease. in press.

40. Svendsen JL, Osnes B, Binder P-E, Dundas I, Visted E, Nordby H, et al. Trait Self-Compassion Reflects Emotional Flexibility Through an Association with High Vagally Mediated Heart Rate Variability. Mindfulness. 2016;7(5):1103–13. DOI: 10.1007/s12671-016-0549-1.

41. Torrijos-Zarcero M, Mediavilla R, Rodríguez-Vega B, Del Río-Diéguez M, López-Álvarez I, Rocamora-González C, et al. Mindful Self-Compassion Program for Chronic Pain

Patients: A Randomized Controlled Trial. Eur J Pain Lond Engl. 2021;25(4):930–44. DOI: 10.1002/ejp.1734.

42. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, et al. Self-Compassion in Patients with Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. J Pain Symptom Manage. 2012;43(4):759–70. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014.

43. Zessin U, Dickhäuser O, Garbade S. The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. Appl Psychol Health Well-Being. 2015;7(3):340–64. DOI: 10.1111/aphw.12051.

5.3. Résumé et conclusions du chapitre 5

Un aperçu des interventions existantes pour cibler l'autostigmatisation a été présenté, soulignant les résultats prometteurs ainsi que les limites des études concernant l'efficacité de ces interventions. Nous avons ensuite examiné la pertinence de la Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC) pour cibler l'autostigmatisation. Contrairement aux interventions existantes pour traiter l'autostigmatisation, qui ciblent prioritairement les changements cognitifs et comportementaux, la TFC se focalise sur les aspects motivationnels et émotionnels potentiellement impliqués dans le maintien de l'autostigmatisation (voir notre modèle intégratif de l'auto-stigmatisation et les effects protecteurs de l'autocompassion présenté en Figure 10 dans le Chapitre 4). Ce faisant, la TFC pourrait constituer une approche alternative innovante pour cibler cette problématique. Plus spécifiquement, en ciblant les processus motivationnels (la compétition) et émotionnels de l'autostigmatisation (la honte externe et interne), la TFC pourrait engendrer de meilleurs résultats que les interventions existantes pour traiter l'autostigmatisation, tant au niveau de l'efficacité que de l'acceptabilité.

Chapitre 6 : Problématique principale et objectifs du travail de thèse

6.1. Présentation générale des contributions empiriques

Ce chapitre a pour objectif de lier le cadre théorique de la thèse présenté jusqu'ici aux contributions empiriques des deux parties suivantes. En complément des questions de recherche, les méthodologies et populations choisies pour y répondre seront présentées brièvement afin d'apporter une vision globale du travail doctoral. Cela permettra également de mettre en lumière l'objectif global de la thèse ainsi que les différentes questions qui animent ce travail. On retrouve dans la **Figure 11** le modèle intégratif de l'autostigmatisation construit progressivement au cours des chapitres théoriques auquel nous associons maintenant les différentes questions de recherche.

La thèse s'articule autour de deux axes structurés autour de deux grands objectifs principaux :

Le premier axe des recherches empiriques (présenté en Partie 2) vise à mieux comprendre le processus d'autostigmatisation des PSP, à travers des recherches se situant à différentes étapes de notre modèle intégratif.

D'abord, **la première série d'études *(Chapitre 8 – Article 1)*** vise à évaluer la première étape du modèle : la stigmatisation publique des PSP. Pour ce faire, une tâche expérimentale de mesure indirecte des attitudes vis-à-vis des PSP a été élaborée grâce à une étude préliminaire, puis utilisée dans une étude expérimentale visant à mesurer les attitudes stigmatisantes du public général (ici une population étudiante) envers les PSP par rapport aux personnes présentant des problèmes de santé somatique. Face à nos résultats surprenants, nous avons mené une étude complémentaire puis une réplication que nous présentons également au sein de ce même chapitre. Cet ensemble d'études a permis la préparation d'un manuscrit :

Riebel, M., Granjon, M., Sese A., Weiner L., Rohmer O. (in preparation). Unveiling a Shift: Students Exhibit More Positive Attitudes Towards Mental Illness Compared to Physical Illness.

La deuxième étude *(Chapitre 9 – Article 2)* et la troisième étude *(Chapitre 10 – Article 3)* concernent la mise à l'épreuve de notre modèle intégratif expliquant les conséquences négatives de l'autostigmatisation. Il s'agit ici de deux études transversales conduites en ligne qui ont pour objectifs principaux (i) d'évaluer le rôle médiateur de la honte dans la relation entre l'autostigmatisation et ses conséquences psychologiques négatives et (ii) de tester le potentiel effet modérateur de l'autocompassion sur ces relations. L'une a été réalisée en population étudiante et l'autre auprès d'adultes autistes. Cette dernière vise également à répondre au manque de données dans la littérature scientifique actuelle concernant la prévalence et les corrélats de l'autostigmatisation chez les personnes autistes (voir Chapitre 2, Partie 2.2.). Cet ensemble d'études a permis la soumission de deux manuscrits en cours d'expertise :

Riebel, M., Rohmer, O. & Weiner L. (2024). Self-compassion as a buffer against the impacts of mental health self-stigma in university students PsychArchives. https://doi.org/10.23668/psycharchives.15266

Riebel, M., Bureau, R., Rohmer, O., Clément, C., & Weiner, L. (2024). *Self-compassion as an antidote to self-stigma and shame in autistic adults*. PsychArchives. https://doi.org/10.23668/psycharchives.15265

Le deuxième axe est composé d'études interventionnelles (présenté en Partie 3) et a pour objectif d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de la TFC transdiagnostique pour réduire l'autostigmatisation et/ou la honte des PSP. Pour cela, quatre recherches interventionnelles ont été menées ou sont encore en cours.

La première *(Chapitre 11 – Article 4)* est une étude pilote de la faisabilité, de l'acceptabilité et de l'intérêt clinique du programme de TFC en groupe de 12 séances que nous avons

développé pour les PSP qui ont subi des maltraitances dans l'enfance, facteur développemental connu pour favoriser un sentiment de honte exacerbé et pathologique. Ce travail a permis la publication d'un article :

Riebel, M., & Weiner, L. (2023). Feasibility and acceptability of group compassion-focused therapy to treat the consequences of childhood maltreatment in people with psychiatric disorders in France. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *211*(5), 393-401.

La deuxième étude *(Chapitre 13 – Article 5)* utilise la méthodologie de cas unique pré-expérimental pour évaluer, pour la première fois dans la littérature scientifique, la faisabilité et l'efficacité de la TFC chez un adulte autiste. Cette étude a permis la publication de l'article suivant :

Riebel, M., Krasny-Pacini, A., Manolov, R., Rohmer, O., & Weiner, L. (2024). Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1281428.

La troisième étude *(Chapitre 15 – Article 6)* présente COMPASS, l'essai contrôlé randomisé multicentrique de notre programme de TFC de 12 séances ciblant l'autostigmatisation en comparaison à un groupe contrôle actif, le programme *Ending Self-Stigma* (EES ; Lucksted et al., 2017 ; voir Chapitre 5), adapté en français par notre équipe, et à un groupe contrôle passif (traitement usuel). Cette étude consiste en un Projet Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) impliquant six centres hospitaliers français, formés par nos soins

aux deux interventions (COMPASS et l'ESS). L'étude est actuellement en cours avec pour objectif d'inclure au total 336 participants. Les résultats préliminaires concernant les 48 premiers patients inclus à Strasbourg dans l'essai seront présentés ; nous privilégierons pour cela une méthodologie mixte, alliant des mesures quantitatives aux résultats qualitatifs issus d'analyses thématiques d'entretiens semi-directifs post-thérapie. Cette étude a permis la publication d'un manuscrit :

Riebel, M., Rohmer, O., Charles, E., Lefebvre, F., Weibel, S., & Weiner, L. (2023). Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMpassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, *24*(1), 393.

6.2. Éthique de la recherche et sciences ouvertes

Ayant à cœur d'inscrire ce travail de thèse dans les nouvelles pratiques de recherche, nous avons rendu accessibles en sciences ouvertes les préenregistrements de nos protocoles ainsi que mis à disposition notre matériel sur le site internet Open Science Framework (https://osf.io).

Nous avons déposé un dossier au Comité Éthique de la Recherche (CER) de l'Université de Strasbourg pour les Études 1 et 2. L'accréditation éthique que nous avons reçu pour ces deux études porte le numéro Unistra/CER/#2021-40. Ces études ont été pré-enregistrées en sciences ouvertes (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MQSZW et https://osf.io/wzg96) et notre matériel spécifique à l'adaptation de la VAAST que nous utilisons pour l'Étude 1 est mis à disposition (https://osf.io/x672u/?view_only=b0367a8f87e0435eb8d7067fa6d65193).

Un autre CER a été déposé à l'Université de Strasbourg pour l'Étude 3 pour lequel nous avons reçu validation (Unistra/CER/2022-02) et l'étude a également été pré-enregistrée sur OSF (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/UFBTV).

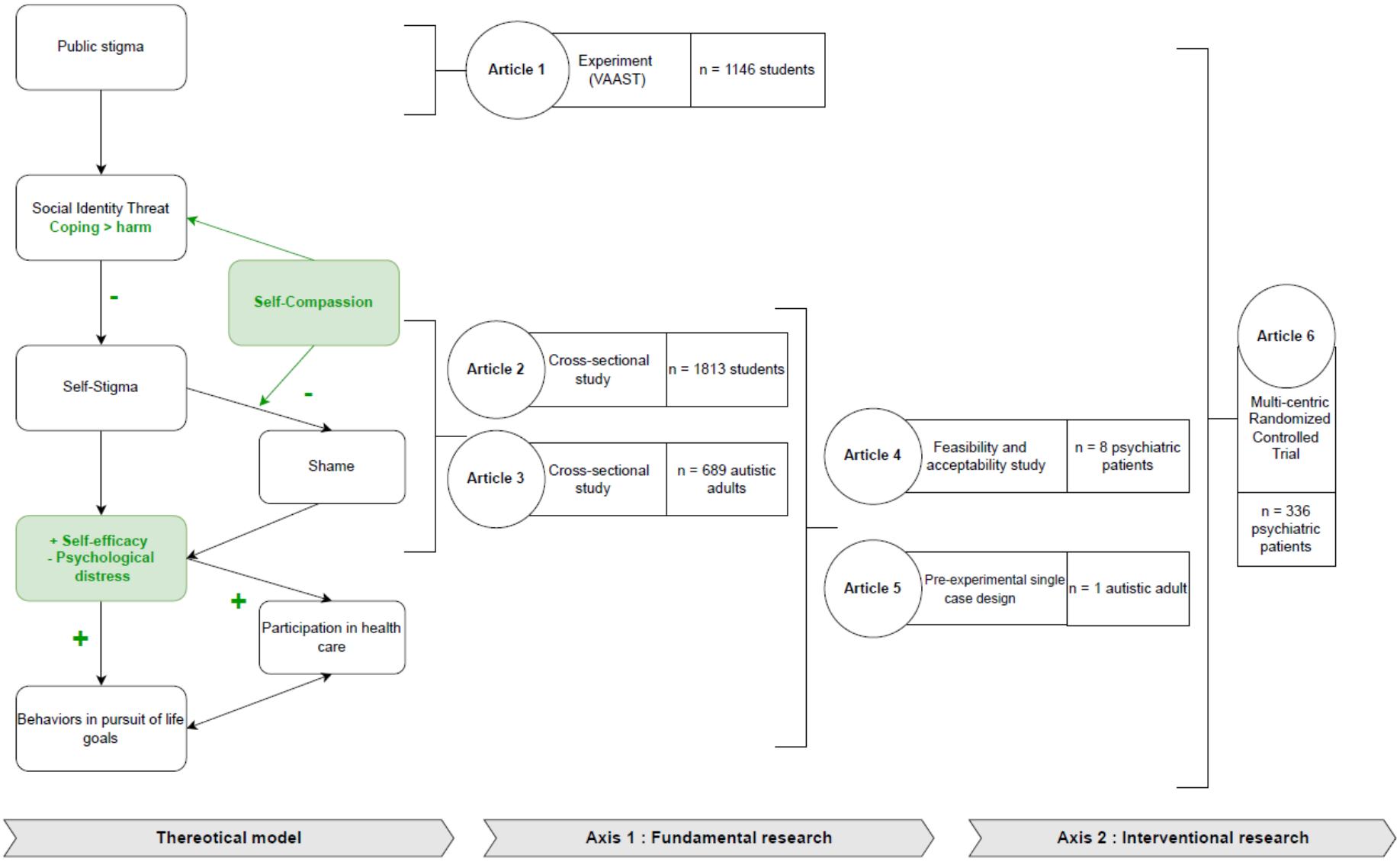
Concernant les recherches de psychologie clinique appliquée, les démarches éthiques ont été réalisées au niveau des services hospitaliers.

Les informations concernant l'Étude 4 ainsi qu'un poster présenté au 10ème Congrès Compassionate Mind Foundation (Edinburgh, 11-14 octobre 2021) sont disponibles sur OSF (https://osf.io/dy3w9/?view_only=53d19d02e2344778b6e851b8f9dd6503).

Les informations concernant l'Étude 5 ainsi qu'un lien vers l'enregistrement vidéo d'une conférence relatant cette étude (Conférence *Un autre regard sur l'autisme à l'âge adulte* du 28 avril 2022 à Strasbourg) et un poster présenté au *International Symposium : Development of Novel Mindfulness-Based Approaches for Mental Health : From Roots to Future* (Fribourg, 9 juin 2022) sont disponibles sur OSF (https://osf.io/dw3kv/).

Notre Essai Contrôlé Randomisé (ECR) a fait l'objet de plusieurs démarches institutionnelles. Nous avons notamment déposé un Projet de Recherche Institutionnelle (PRI puis une demande de financement via le dépôt d'un Projet Hospitalier de Recherche Clinique qui a été approuvé (PHRC 2021 HUS N°5866 ; 805 505 €). L'étude a reçu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord Ouest II (22.04606.000172) et nous avons pré-enregistré le protocole sur le site Clinical Trials (NCT05698599).

Figure 11 : *Cadre théorique et contributions empiriques*


Public stigma
Social Identity Threat
Coping > harm
Self-Compassion
-
Self-Stigma
-
Shame
+ Self-efficacy
- Psychological distress
+
+
Participation in health care
Behaviors in pursuit of life goals
Article 1
Experiment (VAAST)
n = 1146 students
Article 2
Cross-sectional study
n = 1813 students
Article 3
Cross-sectional study
n = 689 autistic adults
Article 4
Feasibility and acceptability study
n = 8 psychiatric patients
Article 5
Pre-experimental single case design
n = 1 autistic adult
Article 6
Multi-centric Randomized Controlled Trial
n = 336 psychiatric patients
Thereotical model
Axis 1 : Fundamental research
Axis 2 : Interventional research

PARTIE 2 : Comprendre l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie. *Contributions empiriques, recherches fondamentales*

Chapitre 7 : Article 1 – Unveiling a Shift: Students Exhibit More Positive Attitudes Towards Mental Illness Compared to Physical Illness

Ce chapitre s'inscrit dans la première étape de notre modèle théorique intégratif de l'autostigmatisation. En effet, celui s'intéresse à la stigmatisation publique. Plus spécifiquement, nous mesurons les attitudes des étudiants à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale, en comparaison à celles ayant des problèmes de santé physique. Afin de contourner les limites importantes des outils de mesures traditionnels pour mesurer les attitudes, souvent basé sur l'auto-évaluation, nous utilisons une approche innovante de mesure indirecte. Spécifiquement, à l'aide de la *Visual Approach Avoidance by the Self Task* (VAAST ; Rougier et al., 2018). Contrairement à d'autres mesures indirectes, la VAAST appréhende des tendances comportementales spontanées, la rendant plus écologique que les mesures indirectes traditionnelles (e.g. l'IAT). Afin de construire notre protocole de mesure indirecte, nous avons d'abord réalisé une étude préliminaire nous permettant de construire les étiquettes qui représentent les différents problèmes de santé et ainsi opérationnaliser nos variables d'intérêt. L'Étude 1 et l'Étude 3 ont été pré-enregistrées ; elles suivent le même protocole. L'Étude 2 poursuivait l'ambition de mettre à l'épreuve des éléments d'interprétation des résultats de l'Étude 1. Ces éléments sont également introduits dans l'Etude 3.

Article in preparation

to be submitted to Disability and Health Journal

Unveiling a Shift: Students Exhibit More Positive Attitudes Towards Mental Illness Compared to Physical Illness

Riebel, M., Granjon, M., Sese A., Weiner L., Rohmer O.

Author Note

The studies described in this article were pre-registered on Open Science Framework (see https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MQSZW and https://osf.io/wzg96).

The relevant materials and data are available for all to consult at https://osf.io/x672u/?view_only=b0367a8f87e0435eb8d7067fa6d65193. We have no conflict of interest to disclose. This work was funded by Marie Riebel's doctoral scholarship by the University of Strasbourg. Institutional approval of the protocol was obtained (accreditation number: Unistra/CER/#2021-40).

Correspondence concerning this article should be addressed to Marie Riebel, Faculté de Psychologie, 12 Rue Goethe, FR-67000 Strasbourg. Email: marie.riebel@unistra.fr

Citation:

Riebel, M., Granjon M., Sese A., Weiner, L & Rohmer O (in preparation). Unveiling a shift : Students exhibit more positive attitudes towards mental illness compared to physical illness.

Introduction

Over the past thirty years, attitudes — described as valanced responses towards social targets — have become a focal point in disability research (for examples, Chen et al., 2011; Colella et al., 1998; Derguy et al., 2022; Dovidio et al., 2010; Jury et al., 2021; Rohmer et al., 2022). This heightened interest aligns with the increasing public awareness about the need for equal opportunities and rights for individuals with disabilities or illnesses (Wilson & Scior, 2014).

Stigma of illnesses and disabilities is increasingly seen as one of the major factors affecting one's well-being (World Health Organization, 2001), as stigma is a substantial barrier to the early diagnosis and treatment of various health conditions (Corrigan et al., 2014). Despite the absence of systematic reviews directly comparing stigma across mental and physical health conditions (Jackson-Best & Edwards, 2018), several studies have shown that people with mental health conditions suffer from public stigma, even more than those with physical conditions. For example, compared to people with mental health disabilities, individuals with physical disabilities are associated with more positive characteristics (e.g., courage and sociability; Rohmer & Louvet, 2011), and yield more positive attitudes (Jury et al., 2021).

Yet the research directly comparing attitudes towards physical *versus* mental illness is scarce. Kowalski & Peipert (2019) found that individuals with mental health illness experience more public stigma than those with physical illness and are less likely to disclose their illness to others. Their results also showed that people with mental illness experience more symptoms of depression and social anxiety as well as ostracism compared to those with physical illness, highlighting the heightened negative psychological outcomes and perceived discrimination in people with mental disorders. However, these authors did not directly measure attitudes towards both kinds of disorders (i.e., physical and mental health), even though attitudes are key to understanding social rejection (Bastart et al., 2021; Dijker & Koomen, 2003; Rohmer et al., 2022).

Research on attitudes towards individuals with health conditions has primarily focused on self-reported explicit attitudes. Given that factors such as social desirability can influence self-reported attitudes (e.g., "I dislike people with mental health disorders"), researchers have developed tools to assess attitudes indirectly (Greenwald et al., 2003). To this aim, various tasks have been developed, the best known of which is the Implicit Association Test (IAT; Greenwald & al., 1998; Rohmer & al., 2022 for a recent application to the field of inclusion of students with disabilities). This computer-based task measures the strength of automatic associations between target categories (e.g., pictures) and positive evaluations (e.g., adjectives such as good or bad), using reaction times to classify different stimuli. Incongruence between the results of direct (e.g. self-reported questionnaires) and indirect (e.g. Implicit Association Test) measures of attitudes has been highlighted by several studies (Greenwald et al., 1998; Rohmer et al., 2022; Sandhu et al., 2019), suggesting that, unlike indirect measures of attitudes, self-reported questionnaires may allow to conform to perceived social norms regarding the adequacy of negative attitudes (Rohmer & Louvet, 2012; Rohmer et al., 2022). Specifically, results suggest that direct measures may better predict deliberate behaviors while indirect measures are better predictors of more subtle or harder-to-control reactions (Fazio & Olson, 2003; Bessenoff & Sherman, 2000). This highlights the need for researchers and clinicians to question the subtle attitudinal biases faced by people with different kinds of illness.

Even though the traditional measures of reaction times (e.g. Implicit Association Test) have been instrumental in indirectly assessing intergroup attitudes, they are currently challenged due to their lack of ecological validity and inconsistent effects (Rougier et al., 2018; Corneille & Hütter, 2020). To overcome this difficulty, in this study, we will use a promising alternative, the Visual Approach/Avoidance by the Self Task (VAAST; Rougier et al., 2018).

In comparison to other indirect measures of attitudes, the VAAST aims to better replicate real-world approach/avoidance behaviors, by integrating sensorimotor components (Rougier et

al., 2018). The VAAST has been utilized to evaluate behavioral tendencies towards various social groups (e.g., Aubé et al., 2021; Rougier et al., 2020; Granjon et al., 2023). In this task, participants are placed in a realistic setting where their spontaneous approach and avoidance reactions towards exemplars of a targeted social group are measured. Based on a large body of literature suggesting that attitudes towards individuals with mental health conditions are negative (e.g. Aube et al., 2022; Teachman & al., 2006), and probably more negative than those towards individuals with physical health conditions, (Jury et al., 2021; Kowalski & Peipert, 2019; Rasset and al., 2022), the primary objective of this research is to test attitudes towards physical versus mental health conditions using an immersive approach/avoidance tendencies task. Given that this research was conducted as part of a larger research project regarding the stigma associated with the mental health of students (see Riebel et al., preprint), secondary objectives for this research include the exploration of the moderating effects of different inter-individual variables key for the prevention and treatment of mental health disorders (e.g., field of study, gender, self-reported psychological / physical illness, self-stigma, self-compassion, shame and psychological distress; Riebel et al., 2024 ; Lo et al., 2021).

Overview and hypothesis

We examined how attitudes can vary according to the health condition category (mental *versus* physical) by measuring spontaneous behavioral tendencies using the VAAST (Aubé et al., 2019; Granjon et al., 2023; Rougier et al., 2018). To this aim, a pilot study was conducted to design our adaptation of the VAAST. In Study 1, we compared approach-avoidance tendencies towards individuals with mental *versus* physical health condition. We hypothesized that participants would display stronger approach tendencies towards physical health conditions (*versus* mental health conditions), while exhibiting stronger avoidance tendencies towards mental health conditions (*versus* physical health conditions). We also conducted exploratory analyses of potential psychological and sociodemographic moderators of the observed effect.

Following Aubé et al.'s (2023) study, Study 2 investigated a measure of perceived threat to clarify the findings of Study 1. Finally, Study 3 brings together our two procedures (measure of avoidance and approach tendencies and measure of perceived threats) in an effort of replication two years after the initial study, conducted during the COVID-19 pandemic (may – august 2022).

Pilot study

Method

To operationalize physical and mental health problems categories, we gathered exemplars of both types of health problems spontaneously brought up by our extended team. We selected the most frequent quoted exemplars (37 in total) based on the words generated. Then, we recruited 50 university students[6] to complete a short online survey (on Qualtrics, Provo, UT). Each participant rated 8 random words out of 37 possibilities on a 100-point scale based on three criteria: the extent to which to which each health problem was (i) invisible, (ii) familiar and (iii) severe. The visibility of the health problems was measured due to past results indicating more negative attitudes towards invisible disabilities as opposed to visible disabilities using the VAAST (Granjon et al., 2023). Because physical health problems can be both visible and invisible and mental health problems tend to be more invisible, we specifically selected the words that were most representative of the concept of an invisible health problem. The familiarity of the conditions was measured because results concerning its relationship to stigma are discrepant (Corrigan & Nieweglowski, 2019); and the perceived severity of the conditions

[6] In this initial study, sociodemographic information was not collected.

has been shown to affect avoidance tendencies (Dijker et al., 2003). We then classified words based on the physical or mental categories. We selected eight words for each category, including *cancer, epileptic, immunodeficient, long covid, mute, deaf, multiple sclerosis, diabetic* (physical health conditions) and *depressed, hyperactive, bulimic, autist, paranoid, bipolar, anxious, agoraphobic* (mental health conditions) and performed ANOVAs to check whether the two categories were not different.

Results

Descriptive statistics are available on OSF (see "pilot study" https://osf.io/x672u/?view_only=b0367a8f87e0435eb8d7067fa6d65193). Our statistical analyses showed that the two categories (mental *versus* physical health conditions) were not different on the invisibility criterion, F (1,49) = 0.237, p = 0.631, on the familiarity with the condition[7], χ^2 (1,49) = 0.0441, p = 0.834, and on the severity of the condition criterion, F (1,49) = 0.0526, p = 0.822. Therefore, we used the selected stimuli for the subsequent studies.

Study 1

Participants and design

Based on Granjon et al.'s (pre print) study using the same measure of avoidance tendencies that we use in this study, we expected a high effect size (η^2_p = 0.305). Nevertheless, given that our targets are different, we relied on an intermediate effect size (η^2_p = 0.04) with a fixed α-level (.05). Using Gpower 3.1, for a high statistic power of .90, the required sample was estimated at 196 participants for a within-participant design. A total of 548 participants (M_{age} = 22.87, SD_{age} = 5.21, 70.80 % women, 27.74 % men, 1.46 % non-binary persons and

[7] We used a non-parametric test (Kruskal-Wallis) for testing the familiarity because the homogeneity of variance condition was not met for this variable.

unspecified) participated in our online study conducted through two online platforms (PsyToolKit, Stoet, 2010, 2017; Limesurvey). The study was disseminated via social media and the University of Strasbourg's mailing list. We used a 2 (physical *versus* mental health problem) x 2 (approach *versus* avoidance) within-participant design.

Materials

Behavioral measures (VAAST)

We used the same materials and procedure as described in Granjon et al., (preprint) The VAAST uses sensorimotor elements to create a virtual street environment for participants. Like a video game, participants can simulate movement along the street, while stimuli are presented sequentially in the center of the street background. We used 16 stimuli as test exemplars for this experiment, eight referring to mental health conditions and eight relative to physical conditions (labels selected in the pilot study). The task was composed of a compatible block trial (approach-related stimuli referring to physical health and avoidance-related stimuli referring to mental health) and of an incompatible one (avoidance-related stimuli referring to physical health problems and approach-related stimuli referring to mental health problems). The order of blocks was counterbalanced between participants. Depending on the stimuli and instructions, participants had to either move forward by pressing the Y key or backward by pressing the N key. For instance, the compatible block's instructions were: "Move forward for the words representing mental health problems by pressing the Y key and move backwards for the words representing physical health problems by pressing the N key". In the instructions for the incompatible block, the categories of health problems were reversed to correspond to the other key. Participants were given the impression of moving one's body, due to words zooming in/out (by approximately 13%) in the virtual street (see Figure 1). A training stage was given before each critical block. Participants were given feedback on the screen in the form of an error message during the training phase. The training phase was followed by the experimental

phase. Each stimulus was presented three times within each block, so that participants performed a total of 96 trials (48 trials in each block). Inter-stimuli interval was 500 ms.

Figure 1.

Schematic Representation of a VAAST Trial when the Participant is Instructed to Avoid Stimuli Related to Physical Health Problems



Self-reported measures

In order to explore the potential moderating effects of psychological dimensions (Riebel et al., 2024), we used several self-reported measures. The standardized measures used were the following:

Self-stigma was measured using the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) 9-item version (Hammer & Toland, 2017); the ISMI-9 is an abbreviated version of the full 29-items designed to assess self-stigma among persons with mental illness (Ritscher & Phelan, 2004). The scale is a self-report instrument with each item being rated on a 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree) Likert scale. Some examples of items from the ISMI-9 includes "*I feel out of place in the world because I have a mental illness"* and "*Negative stereotypes about mental illness keep me isolated from the 'normal' world".* Total mean score was calculated and

interpreted according to Ritscher & Phelan (2004): a mean total score of >2.5 indicates high levels of self-stigma. In this study, we found a Cronbach's α of 0.83.

Psychological distress was measured with the Depression, Anxiety and Stress Scale (EDAS; Lovibond & Lovibond, 1995) in its short version, validated in French (Ramasawmy et al., 2012). The scale consists of 21 items to which one must respond on a 0 (did not apply to me at all) to 3 (applied to me very much or most of the time) Likert scale. Total scores for psychological distress were calculated as the sum of the items from the three subscales (depression, anxiety and stress). The scores for each subscale (depression, anxiety and stress) were also used in the exploratory moderation analyses. The internal consistency of the French validation is excellent in both general (Cronbach α =0.89) and clinical (Cronbach α = 0.91) populations (Ramasawmy et al., 2012). In our sample, we found excellent internal consistency (Cronbach α = 0.94).

Self-compassion was measured with the Self-Compassion Scale (Neff, 2003) in its short version (Raes et al., 2011). Total self-compassion scores were calculated by first reversing the score for the negative subscale items and then computing a total mean, averaging the mean of each subscale. The French validation of the scale in its long version indicates good psychometric qualities (Cronbach α = 0.94) (Kotsou & Leys, 2016) consistent with the results of the English short version of the scale (Cronbach α = 0.87) (Raes et al., 2011) and the internal consistency found in the present sample is similar (Cronbach α = 0.86).

Shame was assessed by the internalized and externalized shame scale (Ferreira et al., 2020). This 8-item scale is composed of two factors, i.e., internalized shame and externalized shame. It also provides a total score of shame. The scores are calculated as a sum of the items. The internal consistency was good in the validation study, with a Cronbach α of 0.89 (Ferreira et al., 2020). The internal consistency found in our sample is high (Cronbach α = 0.82). The

internal consistency for the subscales were satisfactory (internalized shame: Cronbach $\alpha = 0.73$; externalized shame: Cronbach $\alpha = 0.74$).).

Procedure

Following Granjon et al. (2023)'s procedure, the study comprised several stages. First, a short text describing definitions of both physical and mental health problems were displayed (see supplementary material on OSF). The two conditions of health problems were presented to each participant. Second, to ensure that participants correctly assigned words in each category (i.e., mental *versus* physical), they performed a categorization task comprising the 10 stimuli used in the evaluative priming task. The task consisted of ascribing each word to the category it belonged to as quickly as possible (e.g., "*diabetic*" for physical health problem, by pressing the '←' key; "*bipolar*" for mental health problem, by pressing the '→' key). Direct feedback appeared on the screen after each word (i.e., happy or unhappy emoticon). Then, the categorization had to be performed a second time, with additional instructions to respond as quickly as possible. Third, to provide more meaning and context to the experimental situation, an interpersonal scenario was established and presented prior to the task, as attitudes towards disability are more likely to be triggered in interpersonal contexts (Fiske & Bai, 2020). Specifically, participants were informed that they had to work in cooperation with a student with a health problem who was abroad, to write and to submit a work project before a given deadline. Successful cooperation with this student would give access to good grades (see supplementary material on OSF). Following this, participants performed the VAAST's first block – the compatible or incompatible block depending on the randomization – and the VAAST's second block. Then, socio-demographic data were obtained. Finally, participants were asked to report whether they considered to have a mental or physical health problem. Following this, participants responded to self-reported questionnaires.

Results

Approach and avoidance tendencies

Reaction times (RTs) for correct responses were analyzed (errors = 3.82%). RTs below 300 ms and above 2300 ms were considered as outliers and were therefore excluded (1.42%) (Rougier et al., 2018). The final sample consisted of 524 participants. The R script used to create our final data base can be found on OSF. Out of those participants, 277 completed the self-report questionnaires. Because the same results on the VAAST were observed with the smaller sample (n= 277), the influence of moderating variables on the approach and avoidance tendencies were analyzed by examining interaction effects. The data was log-transformed to normalize the distribution of the RTs (Ratcliff, 1993). Effect sizes (η^2_p) were estimated following the ANOVA. For increased readability, untransformed means are reported in the manuscript. A 2 (Movement: approach vs. avoidance) x2 (Category: mental vs. physical) way ANOVA was performed with 95% confidence intervals.

The analysis did not reveal an effect of the movement, $F\,(1, 273) = 1.27$, $p = .26$, $\eta^2_p = 0.005$ and of the category, $F\ (1, 273) = 0.03$, $p = .87$, $\eta^2_p = .001$. More importantly, the predicted Category x Movement interaction was significant, $F\ (1, 273) = 70.76$ $p < .001$, $\eta^2_p = 0.21$ (see Figure 2). For the approach condition, participants were faster for the mental health exemplars and slower for the physical health ones, $t(1, 273) = -6.21$, $p = .0001$, 95% CI [142.63, 168.76]. Conversely, for the avoidance condition, participants were slower for mental health exemplars and faster for physical health exemplars, $t(1, 273) = 7.73$, $p = .0001$, 95% CI [133.35, 157.78].

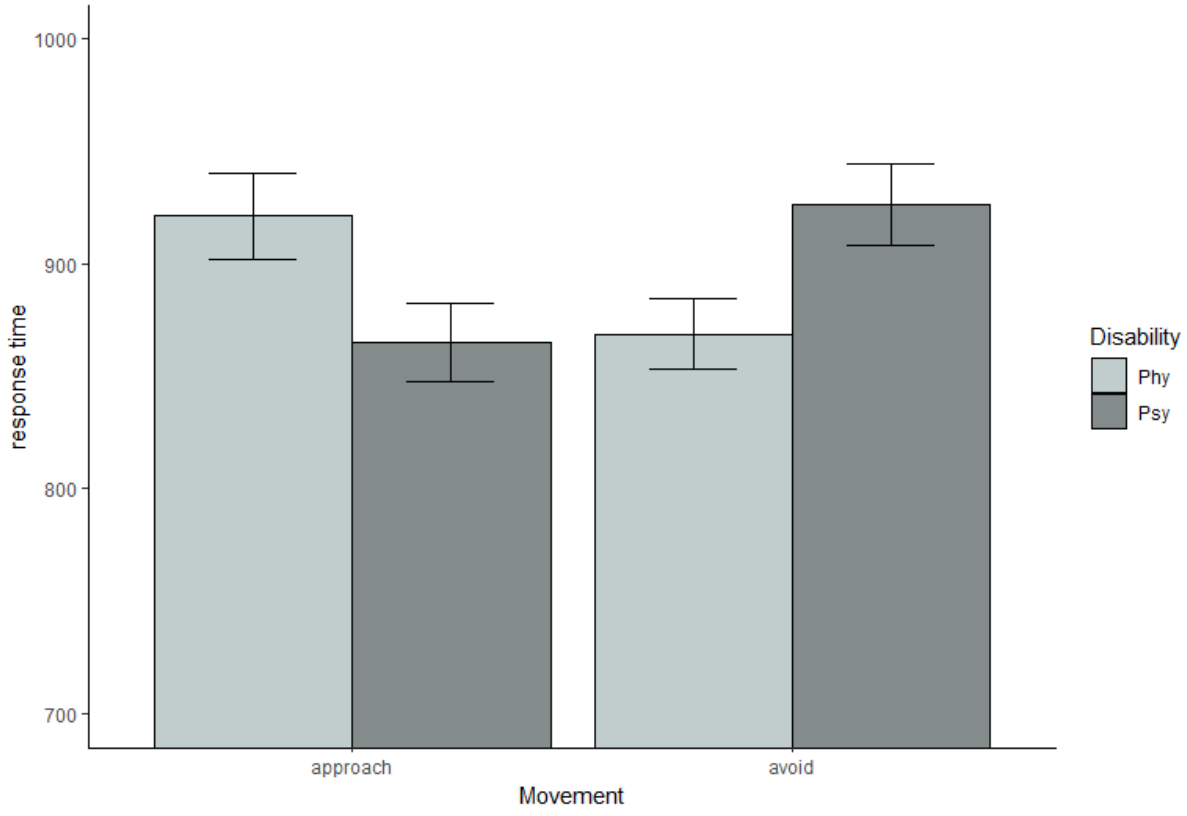
Table 1

*Descriptive Mean and Standard Error Response Time (in milliseconds) in the VAAST as a Function of Category of Health Problems and Movement (*N = *277, Study 1)*

	Physical Health		Mental Health	
	M	*SE*	*M*	*SE*
Approach	921	9.63	865	8.87
Avoid	869	7.97	926	9.24

Figure 2

Means and Standard Errors for Untransformed Response Time (in Milliseconds) as a Function of Category and Movement (Study 1).



Moderation analysis

Supplementary analysis on the clinical and sociodemographic moderators of the approach and avoidance tendencies are available on OSF (see

https://osf.io/x672u/?view_only=b0367a8f87e0435eb8d7067fa6d65193). The ANOVAs did not show moderating effects of self-reported mental illness diagnosis, self-stigma, depression, and stress on the avoidance and approach RTs. However, external shame significantly moderated the relationship between health condition categories and movement, $F(1, 272) = 4.24$, $p = .04$, $\eta^2_p = .015$. The interaction effect was larger for participants with high external shame than for those with low external shame. Similarly, anxiety significantly moderated this relationship, $F(1, 272) = 6.86$, $p = .009$, $\eta^2_p = .025$. The interaction effect was more pronounced for participants with high anxiety compared to those with low anxiety. In other words, attitudinal bias in favor of mental health conditions (*versus* physical ones) was greater among participants with high (*versus* low) external shame and high (*versus* low) anxiety (see the corresponding figures on OSF).

Discussion

Study 1 showed that participants were faster to avoid stimuli related to physical health problems compared to mental health problems and faster to approach stimuli related to mental health conditions compared to physical health conditions. This offers preliminary experimental evidence that individuals with physical health conditions yield more negative attitudes compared to individuals with mental health conditions. This result displays approach/avoidance tendencies that are opposite to our hypothesis and to numerous studies suggesting that mental health conditions are more stigmatized than physical illness (e.g. Rasset et al., 2022; Teachman & al., 2006). No moderation effect was found for the clinical measures of self-stigma, self-compassion, depression, stress and for sociodemographic factors (i.e., age and gender). However, external shame and anxiety significantly moderated the interaction between the category of health conditions and movement. The same pattern of approach and avoidance tendencies towards physical *versus* mental health conditions was observed. However, the differences in the attitudes were larger in individuals with high external shame or high anxiety

compared to those with low external shame or low anxiety. External shame is defined by the experience of a negative existence in the minds of others, with one's deficiencies, failures or defects exposed to the gaze of others (Gilbert 1998). The person believes that others regard them as inferior, inadequate, worthless or bad, despise them and may criticize, reject or even exclude them. Because external shame and anxiety, especially social anxiety, are very similar constructs (for a systematic review of the association of the two constructs, see Swee et al., 2021), it is not surprising that we found the same moderating effect for these two measures. Our results indicate that, for students with high external shame and high anxiety, the difference in attitudes towards mental *versus* physical health conditions is more important than for students with lower levels of external shame and anxiety. That is, if students are more anxious and seem themselves as inferior or inadequate, they may show even more negative attitudes towards individuals with physical health conditions *versus* mental health conditions. This result is consistent with integrated threat theory of prejudice (Stephan & Stephan, 2003). In this theory, it is thought that individuals feel personally threatened in intergroup interactions because they are worried about negatives outcomes for the self (e.g. being embarrassed or rejected) (Stephan & Stephan, 1985). According to these authors, anxiety is one of four components predicting attitudes towards outgroups. The other components in the integrated theory are perceived realistic threats, symbolic threats and negatives stereotypes (for a detailed overview of theses constructs, see Stephan & Stephan, 2003). Thus, one further possible explanation might rely on the threat perceptions and negative stereotypes.

According to the Socio-Cognitive-Functional Model of Prejudice (Cottrel & Neuberg, 2005), outgroups are appraised as posing various threats to ingroup resources or social functioning. This model suggests that different groups elicit specific threats (e.g., property, freedom, health, or physical safety) which in turn lead to specific emotions and behaviors toward the targeted

group. Mental illness is perceived as posing a threat to one's mental or physical health (Aube et al., 2023). Individuals with mental health problems are usually perceived as dangerous and unpredictable while those with physical disabilities are seen as honest, gentlehearted and helpless (Fichten & Amsel, 1986; Suria-Martinez, 2011). Hence, it was expected that attitudes towards mental health problems would be more negative than those towards physical health problems. However, threat perception regarding mental and physical health problems might have changed drastically during the COVID-19 pandemic, as the perceived contagiousness of a disease is correlated with the social rejection of ill individuals (Dijker & Raeijmaekers, 1999). Thus, given that our study was conducted in early 2022, a few months after the fourth COVID-19 wave in France (Insee Références, 2021). Our results might be explained by the heightened perceived threat of physical health problems, especially infectious diseases, following the COVID-19 pandemic. This is in line with the moderating effect of anxiety on our results (Pérez-Fuentes et al., 2020). To investigate whether the proximity to the pandemic context might have influenced our results, we conducted a complementary study (Study 2) to investigate the perceived threats of our two categories.

Study 2

In Study 1 we found the unexpected result that students have more positive attitudes towards mental health problems than physical health problems. Based on the Sociofunctional Model of Prejudice, according to which threat's appraisals constitute strong predictors of attitudes (Aubé et al., 2022; Cottrell & Neuberg, 2006), we evaluated perceived threats of the selected labels used in our VAAST adaptation as presented in Study 1. Our aim in this study was to explore the difference in threat perceptions between mental *versus* physical health conditions.

Participants

A hundred sixty-one students were recruited via snowball sampling through social media. Incomplete answers from 61 individuals were excluded from our analysis, resulting in a sample

of 100 students (87% women, 10% males and 2% non-binary, 1% did not specify gender). Mean age in our sample is 19.3 (*SD* = 1.3). Ninety-four % of participants reported being enrolled in the field of health studies (e.g. psychology or psychiatry). Seventy-seven % and 41% of participants reported not being personally concerned with, respectively, a physical health problem and a mental health problem (See Supplemental Materials on OSF, https://osf.io/dxwb6/?view_only=76b313e5e0e64f5f8e907ddd802fdbfb).

Materials

Three relevant items were extracted from the questionnaire used by Cottrell & Neuberg (2006) to test the Sociofunctional Model of Prejudice and used to measure perceived threats of our operationalized variables (see Aube et al. 2022 for an operationalization adapted to our targets). The three selected items were (i) *In general, I feel that [target group] increase the risk of physical illness of French people* (health threat), (ii) *In general, I that [target group] pose a threat to the physical safety of French people* (physical safety threat), (iii) *I would wash my hands after shaking hands with a [target group]* (behavioral intention to health threat). Answers were given on a 9-point Likert scale ranging from Strongly disagree (1) to Strongly agree (9). Participants completed our survey online via Limesurvey and answered the items relative to perceived threats for 8 health problems labels that were randomized. Then they completed sociodemographic questions regarding age, field of study and self-reported health problems.

Results

ANOVAs were conducted for each threat and we found no difference in perceived threats between the two targeted categories (mental *versus* physical health problems) (p = .21 for health; p = .14 for physical security; p = .23 for behavioral intention to health threat). For details about our results see https://osf.io/dxwb6/?view_only=76b313e5e0e64f5f8e907ddd802fdbfb.

Discussion

Our results indicated no difference in terms of perceived threats between the physical and the mental health categories. Therefore, we hypothesized that our unexpected result from Study 1 (more positive attitudes towards mental health conditions as opposed to physical health conditions) was related to the period in which the study was conducted: shortly after the COVID-19 lockdowns. By contrast, our results relative to threat perception were obtained two years later. Therefore, we hypothesize that the more negative attitudes towards physical health conditions may be due to the post-COVID-19 pandemic period whereby perceived specific threats relative to one's physical health were heightened. Interestingly, numerous public campaigns towards mental health were conducted (Alonzo & Popescu, 2021), due to the increased rates of anxiety and depression especially in young people (Chang et al., 2021).

Study 3

In Study 3, we conducted a replication study putting together our procedure from Study 1 with our adaptation of the VAAST and the measures of perceived threats used in Study 2. Indeed, in this replication study, we aimed at evaluating avoidance tendencies towards mental *versus* physical health problems and perceived threat of physical and mental health problems three years after the COVID-19 pandemic in a similar sample of university students. This replication study was pre-registered on OSF (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/WZG96).

Methods

We used the same procedure for measuring attitudes with the VAAST as explained in Study 1 and the same procedure for measuring perceived threats as explained in Study 2. First, participants performed the VAAST and then they responded to the threat measures.

Participants

Participants were recruited online via social media and the university mailing list. Four hundred and eighteen students completed the VAAST, including 411 students who completed both the VAAST and self-report measures. Therefore, a total of 411 students were included

(68.28% females, 26.67% males, 4.6% of non-binary individuals and 0.46% participant did not provide their gender). Mean age of the sample was 21.78 *(SD* = 2.40). In terms of academic career, 15.4% are studying the field of physical health, 7.3% mental health, 77.24% a field of study outside of health and 0.23% did not provide an answer. In terms of self-reported health issues, 72.87% reported no physical health problem while 25.98% reported no mental health problem (See supplementary materials on OSF, https://osf.io/dxwb6/?view_only=76b313e5e0e64f5f8e907ddd802fdbfb).

Results

Avoidance and approach tendencies

Reaction times (RTs) for correct responses were analyzed (errors = 5.7%). RTs below 300 ms and above 2300 ms (Rougier et al., 2018) were excluded (2.5%). We had then 424 participants. Only the responses of participants who completed both the VAAST and the threat perception measures were analyzed (*n* = 411).The data was then log-transformed to normalize the distribution of the RTs (Ratcliff, 1993). Effect sizes (η^2_p) were estimated based on an ANOVA. For increased readability, we report untransformed means in the manuscript. The data were submitted to a 2 (Movement: approach vs. avoidance) x2 (Category: mental vs. physical) ANOVA. The confidence intervals were 95%.

The analysis revealed an effect of movement, $F(407) = 4.40$, $p = .037$, $\eta^2_p = .011$. The results also showed an effect of the category, $F(1, 407) = 14.60$, $p < .001$, $\eta^2_p = 0.035$, where participants were faster to categorize mental health problems exemplars than physical ones (see Table 2 for descriptive analyzes). More importantly, the predicted Category x Movement interaction was significant, $F(407) = 5.22$, $p = .023$, $\eta^2_p = 0.013$ (see Figure 3). For the approach condition, participants were faster for the mental health problems and slower for the physical health problems, $t(1, 407) = 4.12$, $p < .001$, 95% CI [712.63 ; 1224.44]. For the avoidance

condition, there was no significant difference between mental and physical health problem, *t(1, 407)* = 0.41 *p* = .98, 95% CI [721.60 ; 1232.72].

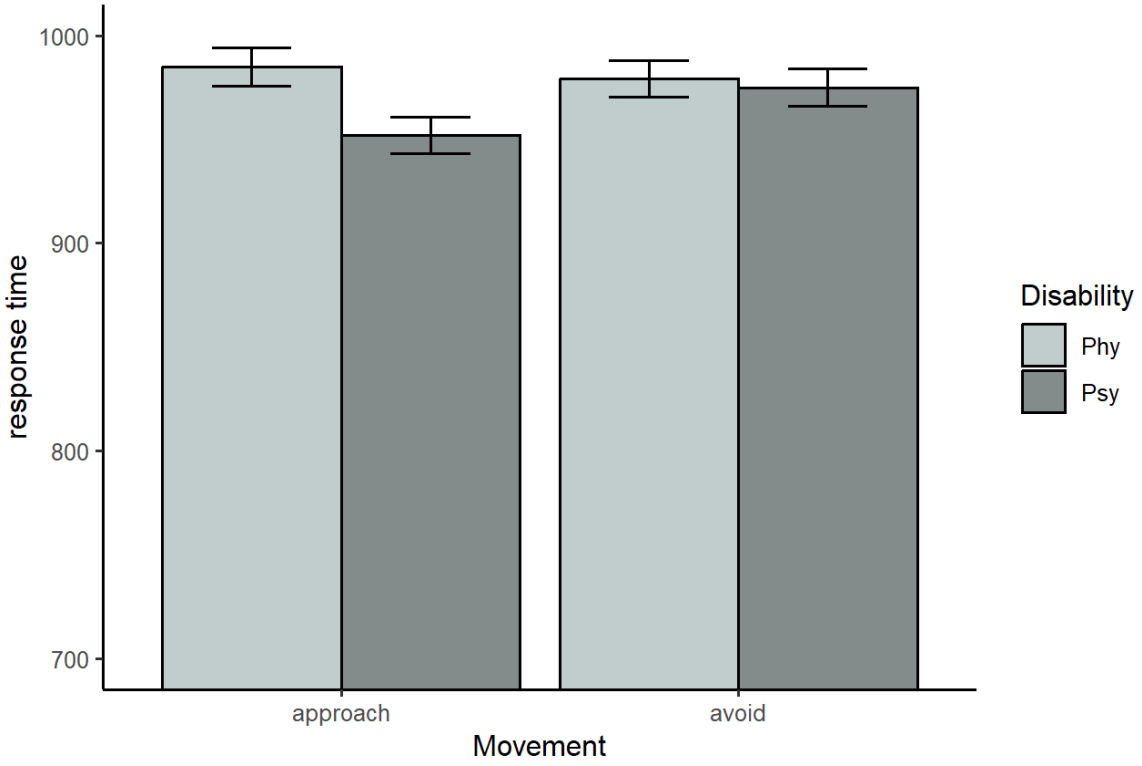
Table 2

*Descriptive Mean and Standard Error Response Time (in milliseconds) in the VAAST as a Function of Category of Health Problems and Movement (*N = *411, Study 3)*

	Physical Health		**Mental Health**	
	M	*SE*	*M*	*SE*
Approach	986	8.76	954	8.39
Avoid	979	8.21	976	8.44

Figure 3

Means and Standard Errors for Untransformed Response Time (in Milliseconds) as a Function of Category and Movement (Study 3).



Perceived Threats and sociodemographic variables as moderators

Supplementary analysis about perceived threat and sociodemographic moderators of the approach and avoidance tendencies were conducted and available on OSF.

ANCOVAs were conducted to test each threat as a moderator of the interaction effect.

The health threat (*In general, I feel that [target group] increase the risk of physical illness of French people*) significantly moderated the relationship between health condition categories and movement, $F(1, 404) = 6.57$, $p = .01$. This attitudinal bias in favor of mental health conditions (*versus* physical ones) was greater among participants with high (versus low) perceived threat for health (*versus* low). Similarly, the behavioral intention to health threat (*I would wash my hands after shaking hands with a [target group]* moderated this relationship) significantly moderated the relationship between health conditions categories and movement, $F(1, 404) = 13.036$, $p < .001$. This attitudinal bias in favor of mental health conditions (*versus* physical ones) was greater among participants who reported more behavioral intention to health threat (versus less). The threat for physical safety (*In general, I that [target group] pose a threat to the physical safety of French people)* did not moderate the interaction between health condition category and movement, $F(1, 404) = 1.02$, $p = 0.31$.

We also tested self-reported mental health problems and physical health problems as moderators on the VAAST and found a significant interaction effect of self-reported physical health problems $F(3, 402) = 4.64$, $p = .003$, $\eta^2_p = 0.033$. Participants who answered “Not really" to the question “Do you consider yourself to have a physical health problem?” were faster to avoid mental health problems and slower to avoid physical health problems (see OSF for figures and descriptive results, https://osf.io/x4rkj/?view_only=1cc1f97f6382426dbf25158077cb0bbb).

Discussion

Study 3 showed that participants were faster to approach stimuli related to mental health problems compared to physical health problems, therefore replicating the main results from Study 1. This offers consistent experimental evidence that individuals with physical health problems are associated with more negative attitudes compared to individuals with mental health problems. This difference could be explained in terms of perceived threats for health. This attitudinal bias in favor of mental health conditions (*versus* physical ones) was greater among participants with higher (versus lower) perceived threat for health. We also found that self-reported physical health problems moderated the attitudinal bias in favor of mental health conditions while self-reported mental health problems did not. The results indicate that the participants who did not consider themselves to have a physical health problem showed an opposite pattern of results on the avoidance condition. That is, participants were faster to avoid mental health problems and slower to avoid physical health problems, and similar main effects were observed on the approach condition.

General discussion

In these studies, we aimed at examining how attitudes vary depending on the category of the health problem (mental or physical) by measuring spontaneous behavioral tendencies using the VAAST (Aubé et al., 2019; Rougier et al., 2018). We first conducted a pilot study to design our adaptation of the VAAST. In Study 1 and 3 we compared approach-avoidance tendencies towards individuals with mental *versus* physical disabilities. Building on previous empirical findings (e.g. Kowalski & Peipert, 2019), we hypothesized that participants would display stronger approach tendencies towards physical health problems (*versus* mental health problems), while exhibiting stronger avoidance tendencies towards mental health problems (*versus* physical health problems). Our results showed the opposite pattern of results: participants displayed stronger approach tendencies towards mental health problems (*versus* physical health problems) (Study 1 and 3), while exhibiting stronger avoidance tendencies

towards physical health problems (*versus* mental health problems) (Study 1 only). We conducted several moderation analyses to better understand this unexpected result.

In Study 1, we found that external shame and anxiety moderated this attitudinal bias in favor of mental health conditions. The attitudinal bias in favor of mental health conditions (*versus* physical ones) was greater among participants with high (versus low) external shame and high (*versus* low) anxiety. Given that external shame and anxiety, particularly social anxiety, are closely related constructs (Swee et al., 2021), it is unsurprising that similar moderating effects were observed for these two measures. Our findings suggest that anxious students, who fear being perceived by others as inferior or inadequate, tend to have more negative attitudes towards individuals with physical health conditions than those with mental health conditions. The fear of being devaluated, first defined by Watson & Friend (1969) as "apprehension about other's evaluations, distress over their negative evaluations, and the expectation that others would evaluate oneself negatively" may be a central mechanism here. Indeed, students with high anxiety might fear being judged for being associated with individuals perceived as physically ill, possibly due to visible symptoms or societal misconceptions about physical illness being more controllable or self-inflicted (Shiloh et al., 2002). Consistent with our results, a study found that the fear of negative evaluation is positively correlated with anxiety (Ganesh Kumar et al., 2015).

Because our results were incongruent with previous research using both explicit and implicit measures of prejudice towards mental and physical health problems (e.g. Rasset et al., 2022; Teachman & al., 2006), we also examined (in Study 2 and 3) perceived threats of our stimuli according to the Sociofunctional Model of Prejudice (Cottrell & Neuberg, 2006) with the aim of better understanding our results using the VAAST. Our results in Study 3 indicated that perceived threat for health and behavioral intention to health threat moderated the attitudinal bias in favor of mental health conditions while perceived threat for physical safety did not. This

attitudinal bias in favor of mental health conditions (*versus* physical ones) was greater among participants with higher perceived threat for health. Therefore, higher perceived health threat of physical health conditions (*versus* mental health conditions) might explain the apparent shift in attitudes unveiled in our study.

Furthermore, the more positive attitudes towards mental health problems compared to physical problems found in Study 1 was replicated in Study 3 more than two years later, increasing the credibility of our findings regarding the attitudinal bias in favor of mental health conditions. This robust result is congruent with the research conducted by Frank et al. (2018) using self-reported questionnaires whereby physical health was associated with more stigma (enacted and perceived) than mental health in a large sample of soldiers and civilians. Nevertheless, even though studies directly comparing attitudes towards physical and mental health are scarce, most studies examining stigma - not necessarily attitudes - have found the opposite trends (for a systematic review, see Jackson-Best & Edwards, 2018).

In addition to the moderating effects of external shame, anxiety and perceived threat for health, our unexpected results might be explained by other factors. Firstly, the young age of our student samples may have had an influence. Indeed, Strohmer and al. (1984) demonstrated that younger age is a predictor of more positive attitudes towards disability. More recently, Barr and Bracchitta (2015) showed that age moderates the positive outcome of contact with friends with disabilities on attitudes, that is, contact with classmates with disabilities increased positive attitudes for younger but not older participants. Thus, our results could be explained by the increased contact university students might have with individuals with mental health conditions whereas contact with individuals with physical health conditions might be less frequent (Barr & Bracchitta, 2015). Indeed, the prevalence of mental health conditions (e.g. depression and anxiety) has greatly increased in students since COVID-19 (for a metanalysis, see Chang et al., 2021).

One possible explanation for our discrepant results might be related to the COVID-19 pandemic. Indeed, the data collection for Study 1 occurred in 2022, just after the COVID-19 lockdowns and Study 3 occurred in 2024. This explanation seems to be supported by our results in Study 3 when we tested perceived threats as moderators of the effect. Indeed, perceived health and behavioral intention to health threat moderated the relationship between health category and movement. This bias in favor of mental health conditions (*versus* physical ones) was greater among participants with higher (v*ersus* lower) perceived threat for health. However, the perceived threat for physical safety*)* did not moderate the interaction between health condition category and movement. These results support the idea that the fear of contamination may explain the shift in attitudes regarding mental and physical health. The COVID-19 pandemic, a highly threatening period might have changed general attitudes towards health problems. Indeed, it was shown that individuals were more concerned about their physical health after COVID-19 than before the pandemic (Li et al, 2020). It might be that the large mental health awareness campaigns aimed at students during the pandemic had a positive influence on attitudes towards mental health problems, while at the same time having a negative influence on attitudes towards physical health problems. Indeed, the media and cultural representations play a crucial role in shaping attitudes and negative representations of illnesses (Ross et al., 2019). The media coverage during the COVID-19 pandemic may have reinforced stereotypes and prejudice towards physical illnesses. By contrast, students were largely exposed to mental health awareness campaigns during this period (Alonzo & Popescu, 2021) and such social media campaigns might have had a powerful impact on young people's attitudes towards mental health problems (Livingston et al., 2014).

Our study presents several caveats. First, moderating effects of anxiety and externalized shame were not measured in Study 3 to decrease the load on participants as new measures of perceived threats were introduced. Future research should therefore explore the influence of

anxiety and external shame on intergroups attitudes. Another limitation resides in the fact that only three items of perceived threat, extracted from the Sociofunctional Model of Prejudice (Cottrell & Neuberg, 2006), were used to measure perceived threats. These were chosen because of our hypothesis regarding the influence of COVID-19 on perceived threats for health. Other threats proposed in the model such as economy, property, rights, trust, values were not measured in our study. Nevertheless, they could have had an influence on the spontaneous behavioral approach and avoidance response. Further research should examine if and how mental health conditions and physical health conditions vary in terms of various perceived threats. A strength of our study is our effort to broaden the scope of research regarding physical health stigma. Indeed, Hatzenbuehler and collegues (2013) underscored how most studies in the field of physical health stigma specialized in very specific categories (such as obesity or HIV) whereas in the present study attitudes towards general physical health were investigated.

In conclusion, this paper adds important empirical contributions in a limited research field. This research examined attitudes towards mental and physical health conditions through spontaneous behavioral tendencies. Our results consistently unveiled an important shift in attitudes. Indeed, students were found to exhibit more positive attitudes towards mental health conditions compared to physical health conditions in the two studies conducted here. This paper therefore emphasizes the necessity to use robust experimental paradigms to better understand stigmatizing attitudes towards individuals with health conditions. This could lead to the development of effective and well targeted anti-stigma campaigns to reduce the social exclusion of individuals with health conditions. Indeed, our findings carry important implications. They suggest that instead of focusing anti-stigma campaigns on mental health conditions only, it might be necessary to combine efforts to reducing stigma regarding all health conditions. Because we found that external shame, anxiety and perceived threat to health moderate the attitudinal bias, anti-stigma interventions should consider addressing these

aspects. Furthermore, our results also draw attention to the importance of fostering university environments that reduce external shame and anxiety, which could, in turn, reduce stigmatizing attitudes.

REFERENCES

Alonzo, D., & Popescu, M. (2021). Utilizing social media platforms to promote mental health awareness and help seeking in underserved communities during the COVID-19 pandemic. *Journal of education and health promotion*, *10*.

Anton J. Dijker & Willem Koomen (2003) Extending Weiner's Attribution-Emotion Model of Stigmatization of Ill Persons, Basic and Applied Social Psychology, 25:1,51-68, DOI: 10.1207/S15324834BASP2501_4

Aubé, B., Follenfant, A., Goudeau, S., & Derguy, C. (2021). Public stigma of autism spectrum disorder at school: Implicit attitudes matter. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*, 1584-1597.

Aubé, B., Rohmer, O., & Yzerbyt, V. (2023). How threatening are people with mental disability? it depends on the type of threat and the disability. *Current Psychology*, *42*(31), 27019-27034.

Aubé, B., Rougier, M., Muller, D., Ric, F., & Yzerbyt, V. (2019). The online-VAAST : A short and online tool to measure spontaneous approach and avoidance tendencies. *Acta Psychologica*, *201*, 102942. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2019.102942

Barr, J. J., & Bracchitta, K. (2015). Attitudes toward individuals with disabilities: The effects of contact with different disability types. *Current Psychology*, *34*, 223-238.

Bastart, J., Rohmer, O**.,** & Popa-Roch, M.-A. (2021). Legitimating discrimination against students with disability in school: The role of justifications of discriminatory behavior. *International Review of Social Psychology*, *34*(1), 1–11. doi: https://doi.org/10.5334/irsp.357

Bessenoff, G. R., & Sherman, J. W. (2000). Automatic and controlled components of prejudice toward fat people: Evaluation versus stereotype activation. *Social cognition*, *18*(4), 329-353.

Chang, J. J., Ji, Y., Li, Y. H., Pan, H. F., & Su, P. Y. (2021). Prevalence of anxiety symptom and depressive symptom among college students during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *292*, 242-254.

Chen, S., Ma, L., & Zhang, J. X. (2011). Chinese undergraduates' explicit and implicit attitudes toward persons with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *55*, 38–45. doi:10.1177/0034355211410705

Colella, A., De Nisi, A. S., & Varma, A. (1998). The impact of ratee's disability on performance judgments and choice as partner. *Journal of Applied Psychology*, *83*, 102–111. doi:10.1037/0021–9010.83.1.102

Corneille, O., & Hütter, M. (2020). Implicit? what do you mean? A comprehensive review of the delusive implicitness construct in attitude research. Personality and Social Psychology Review, doi:10.1177/1088868320911325

Corrigan, P. W., & Nieweglowski, K. (2019). How does familiarity impact the stigma of mental illness?. *Clinical Psychology Review*, *70*, 40-50.

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, *15*(2), 37-70.

Cottrell, C. A., & Neuberg, S. L. (2005). Different emotional reactions to different groups: a sociofunctional threat-based approach to" prejudice". *Journal of personality and social psychology*, *88*(5), 770.

Derguy, C., Aube, B, Rohmer, O., & Loyal, D. (2022). Evaluation of teachers' knowledge and attitudes regarding the school inclusion of autistic children: Validation of a brief assessment toolkit. *British Journal of Educational Psychology*. 10.1111/bjep.12569

Dijker, A. J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and applied social psychology*, *25*(1), 51-68.

Dijker, A. J., & Raeijmaekers, F. (1999). The influence of seriousness and contagiousness of disease on emotional reactions to ill persons. *Psychology and Health*, *14*(1), 131-141.

Dovidio, J. F., Pagotto, L., & Hebl, M. R. (2011). Implicit attitudes and discrimination against people with physical disabilities. *Disability and aging discrimination: Perspectives in law and psychology*, 157-183.

Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual review of psychology*, *54*(1), 297-327.

Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A. (2020). A new measure to assess external and internal shame: development, factor structure and psychometric properties of the External and Internal Shame Scale. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00709-0

Fichten, C. S., & Amsel, R. (1986). Trait attributions about college students with a physical disability: Circumplex analyses and methodological issues 1. *Journal of Applied Social Psychology*, *16*(5), 410-427.

Frank, C., Zamorski, M. A., & Colman, I. (2018). Stigma doesn't discriminate: Physical and mental health and stigma in Canadian military personnel and Canadian civilians. *BMC Psychology*, *6*(1). https://doi.org/10.1186/s40359-018-0273-9

Ganesh Kumar, J., Athilakshmi, R., Maharishi, R., & Maya, R. (2015). Relationship between fear of negative evaluation and anxiety. *The International Journal of Indian Psychology*, *3*(1), 74-80.

Gilbert, P. (1998). What Is shame? Some core issues and controversies. In *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (Issue October).

Granjon, M., Pillaud, N., Popa-Roch, M., Aubé, B., & Rohmer, O. (under review). The tip of the iceberg: uncovering attitudes towards invisible disability. https://doi.org/10.31234/osf.io/fvgsj

Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of personality and social psychology*, *85*(2), 197.

Hammer, J. H., & Toland, M. D. (2017). Internal structure and reliability of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI-29) and Brief Versions (ISMI-10, ISMI-9) among Americans with depression. *Stigma and Health*, *2*(3), 159–174. https://doi.org/10.1037/sah0000049

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Public Health*, *103*, 813–821. https://doi.org/10.2105/AJPH

Insee Références (2021) https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432509?sommaire=5435421#:~:text=De%20l'émergence%20du%20virus,infection%20à%20la%20Covid%2D19.

Jackson-Best, F., & Edwards, N. (2018). Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC public health*, *18*, 1-19.

Jury, M., Perrin, A.L., Rohmer, O., & Desombre, C. (2021). Attitudes Toward Inclusion: An Exploration of the Interaction between Teachers' Position and Students' Type of Impairment. *Frontiers in Education*, *6*, 55356. https://doi.org/10.3389/feduc.2021.655356

Kowalski, R. M., & Peipert, A. (2019). Public-and self-stigma attached to physical versus psychological disabilities. *Stigma and health*, *4*(2), 136.

Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. Int J Environ Res Public Health.

2020 Mar 19;17(6):2032. doi: 10.3390/ijerph17062032. PMID: 32204411; PMCID: PMC7143846.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, *367*(9509), 528-529.

Livingston, J. D., Cianfrone, M., Korf-Uzan, K., & Coniglio, C. (2014). Another time point, a different story: one year effects of a social media intervention on the attitudes of young people towards mental health issues. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *49*, 985-990.

Lo, L. L. H., Suen, Y. N., Chan, S. K. W., Sum, M. Y., Charlton, C., Hui, C. L. M., ... & Chen, E. Y. H. (2021). Sociodemographic correlates of public stigma about mental illness: a population study on Hong Kong's Chinese population. *BMC psychiatry*, *21*(1), 274.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (dass) with the beck depression and anxiety inventories. *BehaP. Res. Ther*, *33*(3), 335–343.

Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Martos Martínez, Á., & Gázquez Linares, J. J. (2020). Threat of COVID-19 and emotional state during quarantine: Positive and negative affect as mediators in a cross-sectional study of the Spanish population. *PloS one*, *15*(6), e0235305.

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

Ramasawmy, S., Hicks, R., & Gilles, P.-Y. (2012). Développement des échelles de dépression, anxiété et stress (DASS-21) pour la population mauricienne. *Vive(Nt) Les Différences*, 239–243. https://doi.org/10.4000/BOOKS.PUP.37470

Rasset, P., Montalan, B., Mauny, N., Boudjemadi, V., & Mange, J. (2022). Not All 'Intouchables': Variations in Humanness Perceptions between Physical and Mental Disability. *International Review of Social Psychology*, *35*(1), 7.

Ratcliff, R. (1993). Methods for dealing with reaction time outliers. *Psychological Bulletin*, *114*(3), 510-532. https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.510

Riebel, M., Rohmer, O., Charles, E., Lefebvre, F., Weibel, S., & Weiner, L. (2023). Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMpassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials*, *24*(1), 393.

Riebel, M., Rohmer, O. & Weiner L. (2024). Self-compassion as a buffer against the impacts of mental health self-stigma in university students PsychArchives. https://doi.org/10.23668/psycharchives.15266

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, *129*(3), 257–265. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003

Robinson, P., Turk, D., Jilka, S., & Cella, M. (2019). Measuring attitudes towards mental health using social media: investigating stigma and trivialisation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *54*, 51-58.

Rohmer, O., & Louvet, E. (2011). Le stéréotype des personnes handicapées en fonction de la nature de la déficience: Une application des modèles de la bi-dimensionnalité du jugement social. *L'Année psychologique*, *111*(1), 69-85.

Rohmer, O**.,** & Louvet, E. (2012). Implicit and explicit measures of the stereotype content associated with disability. *British Journal of Social Psychology*, *51*, 732-740. doi: org/10.1177/1368430216638536

Rohmer, O., Palomares, E.A., & Popa-Roch, M. (2022). Attitudes towards disability and burnout among teachers involved in inclusive education. *International Journal of Disability,*

Development and Education, 71(1), 83–100. *https://doi.org/10.1080/1034912X.2022.2092078*

Ross, A. M., Morgan, A. J., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2019). A systematic review of the impact of media reports of severe mental illness on stigma and discrimination, and interventions that aim to mitigate any adverse impact. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*, 11-31.

Rougier, M., Muller, D., Courset, R., Smeding, A., Devos, T., & Batailler, C. (2020). Toward the use of approach/avoidance tendencies as attitude measures: Individual-and group-level variability of the ingroup bias. *European Journal of Social Psychology*, *50*(4), 857-875.

Rougier, M., Muller, D., Ric, F., Alexopoulos, T., Batailler, C., Smeding, A., & Aubé, B. (2018). A new look at sensorimotor aspects in approach/avoidance tendencies: The role of visual whole-body movement information. *Journal of Experimental Social Psychology*, *76*, 42–53. https://doi.org/10.1016/J.JESP.2017.12.004

Sandhu, H. S., Arora, A., Brasch, J., & Streiner, D. L. (2019). Mental health stigma: explicit and implicit attitudes of Canadian undergraduate students, medical school students, and psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *64*(3), 209-217.

Shiloh, S., Rashuk-Rosenthal, D., & Benyamini, Y. (2002). Illness causal attributions: an exploratory study of their structure and associations with other illness cognitions and perceptions of control. *Journal of Behavioral Medicine*, *25*, 373-394.

Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (2013). An integrated threat theory of prejudice. In *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 23-45). Psychology Press.

Stephan, W. G., &Stephan, C. W. (1985). Intergroup anxiety. Journal of Social Issues, 41(3), 157-175.

Strohmer, D. C., Grand, S. A., & Purcell, M. J. (1984). Attitudes toward persons with a disability: An examination of demographic factors, social context, and specific disability. *Rehabilitation Psychology*, *29*(3), 131.

Suria-Martinez, R. (2011). Comparative Analysis of Students' Attitudes toward Their Classmates with Disabilities. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, *9*(1), 197-216.

Swee, M. B., Hudson, C. C., & Heimberg, R. G. (2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 90). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102088

Sweet, L., Savoie, J. A., & Lemyre, L. (1999). Appraisals, coping, and stress in breast cancer screening: A longitudinal investigation of causal structure. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *31*(4), 240.

Teachman, B. A., Wilson, J. G., & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(1), 75-95.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, *33*(4), 448.

Wilson, M. C., & Scior, K. (2014). Attitudes towards individuals with disabilities as measured by the Implicit Association Test: A literature review. *Research in developmental disabilities*, *35*(2), 294-321.

World Health Organization (2001). Mental health Problems: The Undefined and Hidden Burden. Geneva. Available from: https://www.who.int/

Chapitre 8 : Article 2 – Self-compassion as a buffer against mental health related self-stigma in students

L'étude présentée dans ce chapitre s'inscrit dans l'étape de notre modèle théorique intégratif concernant l'effet protecteur de l'autocompassion à l'égard de l'autostigmatisation et de ses conséquences négatives. Nous avons d'abord testé ce modèle auprès d'une population étudiante. Cette recherche vise dans un premier temps à déterminer si l'autostigmatisation affecte le sentiment d'efficacité personnel et le bien-être des étudiants par son influence sur les niveaux de honte. Dans un deuxième temps, elle vise à évaluer si l'autocompassion dispositionnelle modère les conséquences de l'autostigmatisation. Pour cela, nous avons conduit une étude en ligne et recruté 1813 étudiants. Quarante-neuf pour cent des étudiants ont déclaré avoir des problèmes de santé mentale et 16% présentaient des niveaux élevés d'autostigmatisation. Nos résultats indiquent que la honte joue un rôle médiateur significatif dans les relations entre l'autostigmatisation et la détresse psychologique ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle. Des niveaux d'autocompassion élevés modèrent ces médiations, soutenant notre hypothèse quant au rôle protecteur de l'autocompassion face aux conséquences de l'autostigmatisation. Nos résultats mettent en évidence la prévalence élevée de l'autostigmatisation en population étudiante et l'impact positif de l'autocompassion dispositionnelle.

Article soumis au journal Mindfulness

Self-compassion as a buffer against the impacts of mental health self-stigma in university students

Marie Riebel[1], Odile Rohmer[1], Luisa Weiner[1,2]

[1] Université de Strasbourg, Laboratoire de Psychologie des Cognitions, LPC UR 4440, Strasbourg, France

[2] Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Pôle de Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie, 1 place de l'hôpital, 67000, Strasbourg, France

Orcid IDs :

Marie Riebel: 0000-0001-8849-4487

Odile Rohmer: 0000-0003-3998-7570

Luisa Weiner: 0000-0002-1178-5929

Correspondence about this article should be addressed to Marie Riebel

marie.riebel@unistra.fr

Statements and Declarations

The authors declare no conflicts of interest. This research was funded through doctoral fellowships granted to the first author by the University of Strasbourg.

Acknowledgements:

The authors wish to thank all participants in the research.

Ethic approval:

Approval for conducting the study was obtained from the University of Strasbourg Ethics Committee (Unistra/CER/#2021-40) and the study was pre-registered on OSF (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MQSZW)

Citation:

Riebel, M., Rohmer, O. & Weiner L. (2024). Self-compassion as a buffer against the impacts of mental health self-stigma in university students PsychArchives. https://doi.org/10.23668/psycharchives.15266

Abstract:

The study seeks to determine if self-stigma affects students' self-efficacy and well-being through its influence on shame levels, and whether self-compassion moderates the consequences of self-stigma. Forty-nine percent of the student sample (*N*=1813) reported having mental health problems and 16% presented with high levels of self-stigma. Shame significantly mediated the relationships between self-stigma and (i) psychological distress and (ii) self-efficacy. Increased levels of self-compassion significantly moderated these mediations, indicating that self-compassion plays a protective role against psychological distress and reduced self-efficacy in university students. Our results highlight the elevated prevalence of self-stigma and the positive impact of self-compassion in students. They suggest the need to develop compassion-focused interventions to prevent self-stigma and shame in students who experience mental health difficulties.

Key words: self-compassion, self-stigma, shame, self-efficacy, students

Self-compassion as a buffer against the impacts of mental health self-stigma in university students

The well-being and mental health of university students has become a significant public health concern over the last few years (Brown, 2016; Martin et al., 2022). Indeed, undergraduate students are at high risk of mental health issues during their transition to university (Montgoremy & Côté, 2003) which may be due to difficulties in adjusting into adulthood (American College Health Association 2010; Prince 2015; Sheldon et al., 2021). Irrespective of one's occupational status, early adulthood *per se* constitutes a critical period whereby mental illness frequently emerge, with their peak onset occurring before 24 years old (Kessler et al., 2007). Consistently, a recent meta-analysis indicates that depression rates in undergraduate students are higher than that of the general population (i.e., 25% compared to 7.2%) (Lim et al., 2018; Sheldon et al., 2021). This is alarming given that the prevalence of suicide-related outcomes is elevated in this population (i.e., 14%) (Sheldon et al., 2021).

Despite this, the treatment-seeking rates within the student population can be as low as 16% (Auerbach et al., 2016). This might be explained by stigma, shame, poor mental health literacy and a preference for self-reliance (Gulliver, Griffith & Christensen, 2010). Because untreated mental illnesses can have deleterious consequences both in terms of academic achievements, school drop-out, and inclusion in the workplace or society in general, with higher rates of unemployment, social isolation and suicidality (e.g. Auerbach et al., 2016; Hysenbegasi et al., 2005 ; Bruffarts et al., 2019), the main aim of this study is to better understand the correlates of the mental health difficulties in this population. To meet this objective, our research builds on a systematic review showing that stigma, shame, and issues recognizing symptoms are frequent barriers to help seeking in young adults (Gulliver, Griffith & Christensen, 2010). Moreover, numerous studies highlight the key role of mental health stigma in young adults and its negative social and health consequences (Barker et al., 2005; Rickwood et al., 2005; Moghimi et al., 2023).

Stigma exists in two main forms: public stigma and self-stigma (Corrigan et al., 2004). Public stigma refers to the negative attitudes held by the general population towards individuals with

characteristics deemed unacceptable (Corrigan, 2004; Link & Phelan, 2001; Granjon, et al., 2023). Self-stigma is conceptualized as the internalization of stereotypes and prejudice by individuals experiencing devalued differences, such as mental health problems (e. g., "*Depression is a sign of weakness."*) (Fernandez et al., 2023). Mental health self-stigma seems to be an important correlate of mental health difficulties in university students (Corrigan & Watson, 2002; Martin et al., 2022). Indeed, students with elevated self-stigma are less likely to seek psychological treatment when exposed to difficulties related to stress, emotions, alcohol / drugs, or family issues (Jennings et al., 2017). Self-stigma constitutes a more significant barrier to treatment seeking in students than public stigma in university campuses (Vogel et al., 2017). Importantly, self-stigma is positively correlated with psychological distress in college students (Martin et al., 2022). Although the literature on self-stigma in university students has increased in recent years, most studies have used relatively small samples of students from only one university. To address this issue, the first aim of the present study is to evaluate mental health self-stigma in a large sample of students from various French universities, by focussing on the relationship between self-sigma and negative outcomes, including reduced self-efficacy.

Self-efficacy is defined as a personal belief in one's own capacity to accomplish specific tasks (Bandura, 1997) and is associated with personal resilience and perseverance (Bandura, 1986). Self-efficacy influences the efforts put forward by an individual to achieve their goals and whether they persevere through challenges (Bandura, 1997). Self-efficacy has been shown to be positively correlated to students' academic achievement measured by GPA (Bouih et al., 2021). Reduced self-efficacy is akin to feeling inferior and unable, likely due to feelings of shame. Shame, often regarded as the emotional corollary of self-stigma (Link & al., 2015), can be defined as a painful emotional experience involving a sense of being worthless, inadequate, or powerless (Tangney et al., 1992). Shame is associated with a decreased level of academic performance in business students (Hazzouri et al., 2015) and increased mental health problems in social workers and in health and social care students (Kotera et al., 2021; Conway & Van Gordon, 2019). In people with severe mental illness (e.g. psychosis), the relationships between stigma, depression and personal recovery is mediated by shame (Wood et al., 2017). However, no study has directly investigated the association between mental health stigma, shame, psychological

distress, and self-efficacy in students. Hence, the second aim of the present study is to investigate shame as a potential mediator of the relationship between self-stigma and psychological distress, on the one hand, and self-stigma and self-efficacy, on the other.

Contrary to self-stigma, self-compassion is recognized as a protective factor for mental health in student and clinical populations (Macbeth & Gumley, 2013; Trompetter, Kleine & Bohlmeijer, 2016; Zessin, Dickhäuser, & Garbade, 2015; Neely et al., 2009; Ying, 2009). Self-compassion involves an understanding and supportive relationship to oneself in moments of suffering with a perception of one's own difficulties as an integral part of the human experience (Neff, 2011). Self-compassion involves three components that overlap and influence each other: (i) self-kindness versus self-judgement, (ii) common humanity versus isolation and (iii) mindfulness versus over-identification (Neff, 2003b). Self-compassion is associated with pro-health behaviors, enhanced coping skills and emotional regulation as well as increased social resources (Zessin, Dickhäuser, & Garbade, 2015; Inwood & Ferrari, 2018). For example, in one study, compassion was found to be an important source of resilience in the stressful transition to college (Terry, Leary, & Mehta, 2012). Furthermore, a theoretical framework proposed by Wong et al. (2018) suggests that self-compassion may buffer the negative effects of stigma. The model postulates that self-compassion is related to adaptative emotional, cognitive, and social processes, that can protect individuals with a stigmatized identity from negative outcomes. Building on this model and on the shame literature, responding to one's emerging mental illness with self-compassion may diminish shame levels and improve well-being and self-efficacy in students. Supportive of this model, Martin, Spencer & Masuda's results (2022) found that mindfulness -- one of the three components of self-compassion -- moderated the relationship between mental health self-stigma and psychological distress in students. Expanding on the results of Martin et al. (2022), the final aim of this research is to investigate the relationship between self-stigma and psychological distress through the lens of self-compassion rather than the unique dimension of mindfulness in a larger sample of students. Specifically, we aim to investigate whether and how self-compassion may moderate the negative outcomes (i.e., psychological distress and reduced self-efficacy) of mental health self-stigma in students.

Present study

To the best of our knowledge, no study has examined self-compassion as a potential buffer against the negative outcomes associated with mental health-related self-stigma in students. The aims of this pre-registered study are to investigate whether self-stigma impacts personal self-efficacy and well-being through its effect on shame levels, and whether self-compassion moderates the effect of self-stigma on well-being and personal self-efficacy.

To this purpose, we will test the following hypotheses:

H1: Mental health self-stigma is (a) positively correlated with psychological distress and (b) negatively correlated with self-efficacy in students.

H2: Shame mediates the relationships between self-stigma and (a) psychological distress as well as (b) self-efficacy.

H3: Self-compassion acts as a moderator in the two mediation effects described in (H2). More specifically, we hypothesise that when self-compassion is low (versus high), self-stigma has a strong (versus weak) effect on (a) psychological distress and (b) self-efficacy and that these effects are partially mediated by self-reported shame.

Materials and methods

Participants

For this cross-sectional online study, we aimed at recruiting individuals (a) aged 18 or older and (b) enrolled at French universities. One thousand and eight hundred sixteen university students were recruited online between May and July 2022 via Limesurvey through social network posts, universities' mailing lists and research networks. Flyers including a QR code were also displayed in buildings of French universities. Participants completed a series of self-report questionnaires (described below). The data from three participants were excluded from the analyses because the age values were outliers. Therefore, we had a final sample of 1813 students (n_{women} = 1361; n_{men} = 412; $n_{other\ gender}$ = 40). The mean age of participants was 22.5

years (SD = 4.67; range = 18-56). Two hundred fifty-one (13.9%) students reported studying a mental health discipline (i.e., psychiatry or psychology), 558 (30.8%) reported being health students and 1004 (55.4%) reported other fields of study. Among the whole sample, 24.5% of participants reported having received a mental illness diagnosis, 7.5% reported a neurodevelopmental disorder diagnosis and 55.9% of participants reported having received mental health care in the past and 26.3% reported taking medication for mental health issues in the past.

Procedure and measures

The current study was approved by the ethical committee of the University of [information redacted for review] under [information redacted for review]. All data were collected, stored, and analyzed according to the General Data Protection Regulation law. After participants had given their informed consent, they completed the online questionnaires. In addition to standardized self-reported questionnaires, participants responded to socio-demographic questions and questions regarding their mental health, including the following:

1) Have you ever consulted a mental health professional (e.g. psychologist, psychiatrist)?
2) Have you ever taken psychotropic drugs (e.g. antidepressants, anxiolytics, Ritalin, lithium, etc.)?
3) Have you ever been diagnosed with a psychological disorder? (For example: depression, bipolar disorder, borderline personality disorder, obsessive-compulsive disorder, eating disorder, agoraphobia, ...)
4) Do you consider having a psychological disorder? (For example: depression, bipolar disorder, borderline personality disorder, obsessive-compulsive disorder, eating disorder, agoraphobia, ...)
5) Have you ever been diagnosed with a neurodevelopmental disorder? (For example: autism spectrum disorder, ADHD, dyslexia, dysorthographia, dyspraxia, ...)

6) Do you consider having a neurodevelopmental disorder? (For example: autism spectrum disorder, ADHD, dyslexia, dysorthographia, dyspraxia, ...)
7) Do you have a visible disability (e.g. motor handicap, ...)?
8) Do you have an invisible disability, excluding psychological or neurodevelopmental disorders? (For example: respiratory illness, diabetes, etc.)

Questions 1-3, 5 and 7-8 are given "yes" or "no" responses and questions 4 and 6 are answered on a 4-point Likert-scale ("Not at all" to "Absolutely").

The standardized measures used were the following:

Self-stigma was measured using the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) 9-item version (Hammer & Toland, 2017); the ISMI-9 is an abbreviated version of the full 29-items designed to assess self-stigma among persons with mental illness (Ritscher & Phelan, 2004). The scale is a self-report instrument with each item being rated on a 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree) Likert scale. Some examples of items from the ISMI-9 includes "*I feel out of place in the world because I have a mental illness"* and "*Negative stereotypes about mental illness keep me isolated from the 'normal' world".* Total mean score was calculated and interpreted according to Ritscher & Phelan (2004): a mean total score of >2.5 indicates high levels of self-stigma. In this study, we found a Cronbach's α of 0.83.

Psychological distress was measured with the Depression, Anxiety and Stress Scale (EDAS; Lovibond & Lovibond, 1995) in its short version, validated in French (Ramasawmy et al., 2012). The scale consists of 21 items to which one must respond on a 0 (did not apply to me at all) to 3 (applied to me very much or most of the time) Likert scale. Total scores for psychological distress were calculated as the sum of the items from the three subscales (depression, anxiety and stress). In addition, the depression subscale (9 items) was used to describe the severity of depressive symptoms in our sample. The internal consistency of the French validation is excellent in both general (Cronbach α =0.89) and clinical (Cronbach α

=0.91) populations (Ramasawmy et al., 2012). In our sample, we found excellent internal consistency (Cronbach α =0.94).

Self-compassion was measured with the Self-Compassion Scale (Neff, 2003) in its short version (Raes et al., 2011). Total self-compassion scores were calculated by first reversing the score for the negative subscale items and then computing a total mean, averaging the mean of each subscale. The French validation of the scale in its long version indicates good psychometric qualities (Cronbach α = 0.94) (Kotsou & Leys, 2016) consistent with the results of the English short version of the scale (Cronbach α = 0.87) (Raes et al., 2011) and the internal consistency found in the present sample is similar (Cronbach α =0.86).

Self-efficacy was assessed by the Generalized Self Efficacy Scale (GSES; Luszczynska et al., 2005) in its French adaptation (Saleh et al., 2021). The internal consistency found in the present study is excellent (Cronbach α = 0.90).

Shame was assessed by the internalized and externalized shame scale (Ferreira et al., 2020). This 8-item scale is composed of two factors, i.e., internalized shame and externalized shame. It also provides a total score of shame. The scores are calculated as a sum of the items. The internal consistency was good in the validation study, with a Cronbach α of 0.89 (Ferreira et al., 2020). The internal consistency found in our sample is high (Cronbach α = 0.82). The internal consistency for the subscales were satisfactory (internalized shame: Cronbach α = 0.73; externalized shame: Cronbach α = 0.74).

Statistical analyses

As mentioned above, Cronbach's alphas were used to measure the internal consistency of the scales used in our population (presented in Table 2) and we checked the factor structure of our measures prior to testing our hypothesis. These analyses can be found here [OSF link was removed from the manuscript to keep its confidentiality, this information can be found on the title page]. We used Spearman's **ρ** correlations to explore the associations between the

variables of interest in our study (H1) given that our data was not normally distributed. To test H2, two simple mediations analyses were conducted to test the indirect effects of the models following the recommendation by Preacher and Hayes (2008) of generating nonparametric confidence intervals. Thus, we tested the mediation model with self-stigma as the predictor, internalized shame as mediator and psychological distress as the dependent variable to assess the significance of the indirect effect. Based on Fritz & MacKinnon (2007), we used the bias corrected bootstrap resampling procedure. Significance was demonstrated when the confidence interval's range is greater than zero (Preacher et al., 2008). To conduct the statistical analyses, Jamovi was used with the GLM mediation module (Galluci, 2020). After the simple mediations analyses, we tested the moderated mediation models (H3) using a bootstrapping approach to assess the significance of the indirect effects at different levels of the moderator (Hays, 2018). Self-stigma was the predictor variable, with internalized shame as the mediator. The outcome variable was psychological distress whereas self-compassion was the proposed moderators. Moderated mediation analyses test the conditional indirect effect of a mediating variable (i.e., shame), on the relationship between a predictor (i.e., self-stigma) and an outcome variable (i.e., psychological distress) via a potential moderator (i.e., self-compassion). The GLM mediation module on Jamovi with bias-corrected 95% confidence intervals was used to test the conditional indirect effects. An index of moderated mediation was used to test the significance of the moderated mediation, i.e., the difference of the indirect effects across levels of self-compassion (Hayes, 2013). Significant effects are supported by the absence of zero within the confidence intervals.

Results

Descriptive statistics

In total, 24.5% of participants reported a diagnosis of a psychological disorder, whereas 49.4% of the student sample reported having mental health problems (responded "somewhat

yes" or "absolutely" on question 4) and 16.5% presented with high levels of self-stigma. Twenty-two % had moderate depression symptoms, 13.4% had severe depression symptoms and 19.9% presented with extremely severe depression symptoms. Demographic and mental health characteristics of our sample can be found in Table 1[8].

H1 – Correlational analysis

Self-stigma was strongly and positively correlated and with psychological distress (ρ (1811) = 0.641, $p < .001$) and negatively and moderately correlated with self-efficacy (ρ (1811) = -0.470, $p < .001$). All correlational analysis can be found in Table 3. In the sub-sample of participants who reported a diagnosis of psychological disorder, very similar correlations were found. Self-stigma was strongly and positively correlated with psychological distress (ρ (441) = 0.639, $p < .001$) and negatively and moderately correlated with self-efficacy (ρ (441) = 0.474, $p < .001$).

H2 – Mediation analysis

Data from 1813 participants were analyzed to explore whether there was statistical support for the hypothesis according to which the relationship between self-stigma and psychological distress is mediated by feelings of shame (Figure 1a). Within the full regression model, 50.3%, $R^2 = .50$ Adj. $R^2 = .50$, of the variance of psychological distress was explained by the combination of self-stigma and shame. This represents a significant amount of variance explained, $F(2, 1810) = 916$, $p < .001$. Using 1000 bootstrapped samples, the indirect effect was significant providing statistical support for the argument that mediation is present, B = 6.16, 95% BCp CI [5.33, 7.01], $\beta = 0.24$.

[8] There are no differences across fields of study nor level of study on mental health variables.

The second mediation model (Figure 1b) examined whether shame mediates the relationship between self-stigma and self-efficacy. Within the full regression model, 29.6%; R^2=.0.30 Adj. R^2=.30, of the variance of self-efficacy was explained by the combination of self-stigma and shame. This represents a significant amount of variance explained, F(2, 1810) = 381, p < .001. Using 1000 bootstrapped samples, the indirect effect was significant providing statistical support for the argument that mediation is present, B = -2.43, 95% BCp CI [-2.82, -2.01], β= -0.21.

The two mediations remained significative when restricting the sub-sample of participants who reported a psychological disorder diagnosis (n=443). These analyses can be found in supplemental materials (see osf).

H3 – Moderated mediation analysis

The first moderated mediation model (Figure 2a) examined whether self-compassion moderated the mediation effect of shame between self-stigma and psychological distress. Results indicated a significant moderation effect of self-compassion on the association between self-stigma and psychological distress through shame [a path; IE =-0.485, 95% BC CI [-0.869, -0.0340], β = -0.035, z = -2.136, p = .033. This suggests that self-compassion significantly moderates the indirect effect of self-stigma on psychological distress through shame. The conditional indirect effect was strongest in those with low self-compassion (1 SD under the mean scores of self-compassion), IE = 2.315, 95% BC CI[1.622, 3.112], β = 0.089, z = 6.11, p < .001 and weakest in those with high self-compassion (1 SD above the mean score of self-compassion, , IE = 1.977, 95% BC CI [1.384, 2.656], β = 0.076, z = 6.04, p<.001.

The second moderated mediation model (Figure 2a) examined whether self-compassion moderated the mediation effect of shame between self-stigma and self-efficacy. Results indicated a significant moderation effect of self-compassion on the association between self-stigma and self-efficacy through shame [IE = -0.486, 95% BC CI [-0.953, -0.046], β = -0.035,

z = -2.176, p = .030]. This suggests that self-compassion significantly moderates the indirect effect of self-stigma on self-efficacy through shame. The conditional indirect effect was strongest in those with low self-compassion (1SD under the mean scores of self-compassion) IE=-0.788, 95% BC CI[-1.175, -0.4361], β = -0.0679, z = -4.21, p < 0.001 and weakest in those with high self-compassion (1SD above the mean score of self-compassion, IE=-0.331, 95% BC CI=[-0.644, -0.0595], β = 0.0286, z = -2.20, p < .001.

Discussion

In the present study, we aimed to investigate (i) whether shame mediated the relationship between self-stigma and its negative outcomes in a large sample of university students and (ii) whether self-compassion may buffer the negative effects of self-stigma.

First of all, 26% of the participants reported having a diagnosis of a psychological disorder and 55% of our sample reported moderate to extremely severe symptoms of depression, highlighting the elevated prevalence of psychological distress in this population. These results are similar to those of American university students especially following COVID-19 (Lopez-Castro et al., 2020). Importantly, regarding mental health self-stigma in university students, our results echo those from the literature relative to self-stigma in clinical populations (Livingston & Boyd, 2010). Indeed, 16.5% of students presented with elevated self-stigma, i.e., ISMI scores higher than 2.5 (Ritsher & Phelan, 2004). This prevalence is not negligeable as in clinical populations with severe mental illness (e.g., schizophrenia and bipolar disorder), high levels of self-stigma have been shown to be present in about 31% of patients (Dubreucq et al., 2021). The large number of students who have high levels of self-stigma emphasizes that it is essential to consider mental health self-stigma, not only in clinical populations, but also in students who are at elevated risk of developing psychopathology **(**Montgoremy & Côté, 2003; Kessler et al., 2007)**.**

Secondly, strong positive correlations were found between self-stigma, shame and depression, highlighting the importance of investigating the complex relationships between shame and related mental health constructs. These results are congruent with studies conducted in clinical populations indicating that shame is strongly associated with negative mental health outcomes such as depressive symptoms (Kim et al., 2011; Schulze et al., 2020; Wood, Byrne, & Morrison, 2017). Furthermore, we found that shame mediates the relationship between self-stigma and psychological distress. This finding is significant as it suggests that internalized societal judgments, i.e., self-stigma, have harmful consequences on well-being through the emotional experience of shame, consistent with earlier research (Dickerson et al., 2009; Wood, Byrne, Burke, et al., 2017). Indeed, stigma represents an ongoing social threat that results in devaluation and a decrease in social standing (Link and Phelan, 2001). Therefore, it is unsurprising that perceived threats to one's social identity result in shame, which in turn can worsen students' mental health (Dickerson et al., 2004).

Thirdly, to the best of our knowledge, the current study is the first to investigate the relationships between mental health self-stigma, shame and self-efficacy. We found that self-stigma influences self-efficacy through the mediation of shame. This is coherent with previous studies indicating significant associations between the three constructs in students (eg., Baldwin et al., 2006; Beasley et al., 2020) and in clinical populations (Corrigan et al., 2006; Hasson-Ohayon et al., 2012). Our results regarding the negative effects of self-stigma on self-efficacy are important because self-efficacy explains and predicts students' behaviors that contribute to successful academic outcomes such as retention and degree completion (Munoz, 2021).

Fourth, our study is the first to demonstrate that self-compassion acts as a buffer for the negative outcomes associated with mental health self-stigma in students. Indeed, self-compassion was found to be a moderator of the mediation effect of shame on the relationship between self-stigma and psychological distress. More specifically, our results indicate that, in

individuals presenting with low to moderate levels of self-compassion, self-stigma had a strong effect on psychological distress, and this effect was partially due to its impact on shame. Similar results were found for the protective role of self-compassion regarding student's mental well-being in a cross-sectional study (Fong et Loi, 2016) and self-efficacy in a meta-analysis (Liao et al., 2021).

Overall, our results highlight the necessity to prevent the internalization of mental health stigma to protect students from the negative outcomes associated with self-stigma. Of course, the best way to reduce the internalization of stigmatizing attitudes is to reduce public stigma of mental health problems. Indeed, Rüsch et al. (2005) recommended three ways to tackle public stigma (i) protest, (ii) education and (iii) contact. Most interventions use the second and third strategies in educational settings (university, college, schools) (for a systematic review, see Waqas et al., 2020). The results from this systematic review indicate that 76% of the examined interventions (psychoeducation through lectures and case scenarios, contact-based interventions, and role-plays) led to a significant reduction of self-stigma. Moreover, a systematic review of interventions used in the workplace suggests that face to face and online interventions are equally effective to reduce stigmatizing attitudes (Tóth et al., 2023). The latter interventions are multimodal with elements such as psychoeducation about features and symptoms of mental illness and communication strategies to support colleagues, interactive skills training, and case vignettes. The review suggests that shorter online interventions are effective, supported by two randomized controlled trials comparing them to face-to-face interventions (Reavley et al., 2018; Reavley et al., 2021).

Even though there is considerable support for the immediate effectiveness of various interventions to tackle public stigma, there is a lack of evidence for the long-term effectiveness of such interventions. Therefore, while public policies must continue efforts to fight mental health public stigma, it is important to develop effective interventions for people with mental

health issues who are exposed to stigmatizing attitudes. A meta-analysis of randomized controlled trials targeting different groups with mental health problems (e.g., adolescents, college students, unemployed persons, etc.) indicated that peer led interventions (including a combination of psychoeducation, book exercise and group discussions) have a positive effect on self-stigma and stigma-stress. However, despite significant positive effects on self-efficacy and help seeking behaviors, these interventions had no positive effect on clinical symptoms (Sun et al., 2022). Specifically, these results highlight that peer led interventions implemented in higher education settings could be useful to reduce mental health self-stigma and improve self-efficacy in student populations through social support, positive in-group identification and empowerment (Sun et al., 2022). However, as stand-alone treatments, they did not lead to improvement on students' psychological distress.

Our results suggest that compassion-based interventions may be relevant strategies for reducing the negative outcomes of mental health self-stigma (i.e., self-efficacy and psychological distress) in students. For example, in a feasibility trial, Fox et al. (2020) investigated the effectiveness of the implementation of manualized group compassion focused therapy (CFT) in a university psychological service center. The results highlight that CFT is feasible in transdiagnostic groups of students and effective at addressing shame and psychological distress. Therefore, CFT seems to be a promising approach to target self-stigma and its negative outcomes in student populations. Further, a 3-week group self-compassion intervention was found to be superior to an active control group intervention (teaching time management skills) at increasing self-efficacy (Smeets et al., 2014). This positive result on self-efficacy was replicated in a briefer self-compassion intervention (2 weeks) in a randomized controlled trial and maintained over a 6-month follow-up (Dundas et al., 2017). Overall, a meta-analysis of self-compassion interventions highlights their positive effect in the reduction of self-criticism, a construct that is a component of self-stigma (Wakelin et al., 2021). Compassion-

based interventions could therefore have positive effects both on the consequences of self-stigma and directly on self-stigma itself.

Despite the importance of these findings, our study has several limitations. First, our sample is 75% female, limiting the generalizability of our results. Second, self-stigma is only one component of the stigmatization process, which includes public stigma, perceived stigma (i.e., an individual awareness of stigmatizing attitudes (Pattyn et al., 2014) and affiliative stigma (Sheehan et al., 2016). However, perceived stigma has been found to be uncorrelated to mental health care seeking in university students whereas self-stigma predicts treatment seeking tendencies (Golberstein et al., 2008; Eisenberg et al., 2009). Hence, self-stigma is more predictive of treatment-seeking attitudes than perceived stigma (Vogel et al., 2007). Third, we assessed mental health-related self-stigma but the sources of stigma may be numerous (e.g., ethnic, racial and disability stigma). In future work, these different sources of stigmatization should be considered as they may have an impact on shame, psychological distress and self-efficacy.

In conclusion, our results highlight the positive impact of dispositional self-compassion to buffer the effects of self-stigma on psychological distress and self-efficacy in university students. Therefore, self-compassion-based interventions should be further studied to prevent the consequences of mental health self-stigma and shame in students. Increasing self-compassion appears to be a promising way to protect students' mental wellbeing as well as their academic success.

References

ANEMF, ISNAR-IMG, & ISNI. (2021). *ENQUÊTE - 2021 SANTÉ MENTALE JEUNES MÉDECINS Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger !* CP-RS-sante-mentale14-10-2021.pdf (isnar-img.com)

Aubé, B., Rougier, M., Muller, D., Ric, F., & Yzerbyt, V. (2019). The online-VAAST: A short and online tool to measure spontaneous approach and avoidance tendencies. *Acta psychologica*, *201*, 102942.

Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., … Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *46*(14), 2955–2970. doi:10.1017/S0033291716001665

Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-De-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., … Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. In Psychological Medicine (Vol. 46, Issue 14, pp. 2955–2970). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/S0033291716001665

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York (NY): W.H. Freeman.

Barker, G., Olukoya, A., & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International journal of adolescent medicine and health*, *17*(4), 315-336.

Beasley, L., Kiser, R., & Hoffman, S. (2020). Mental health literacy, self-efficacy, and stigma among college students. Social Work in Mental Health, 18(6), 634–650. https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1832643

Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2013). Cultivating self-care and compassion in psychological therapists in training: The experience of practicing loving-kindness meditation. *Training and Education in Professional Psychology*, *7*(4), 267.

Bouih, A., Nadif, B., & Benattabou, D. (n.d.). *Journal of English Language Teaching and Applied Linguistics Assessing the Effect of General Self-efficacy on Academic Achievement using Path Analysis : A Preliminary Study*. https://doi.org/10.32996/jeltal

Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *37*(1), 17.

Brooks, J., Holttum, S., & Lavender, A. (2002). Personality style, psychological adaptation and expectations of trainee clinical psychologists. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *9*(4), 253-270.

Brown, J. S. L. (2018). Student mental health: Some answers and more questions.Journal of Mental Health,27(3),193–196

Bruffaerts, R., Mortier, P., Auerbach, R. P., Alonso, J., Hermosillo De la Torre, A. E., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Stein, D. J., Ennis, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2019). Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 28(2). https://doi.org/10.1002/MPR.1764

Brzezinski, S., Millar, R., & Tracey, A. (2018). What do tertiary level students in the USA and Northern Ireland (UK) worry about? An exploratory study. *British Journal of Guidance & Counselling*, *46*(4), 402-417.

Chemers, M. M., Hu, L., & Garcia, B. F. (2001). Academic self-efficacy and first year college student performance and adjustment. *Journal of Educational Psychology*, *93*(1), 55–64. https://doi.org/10.1037//0022-0663.93.1.55

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, *1*(1), 16.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy, Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(9), 878–884.

Dundas, I., Binder, P. E., Hansen, T. G., & Stige, S. H. (2017). Does a short self-compassion intervention for students increase healthy self-regulation? A randomized control trial. *Scandinavian journal of psychology*, 58(5), 443-450.

Fernández, D., Grandón, P., López-Angulo, Y., Vladimir-Vielma, A., Peñate, W., & Díaz-Pérez, G. (2023). Internalized stigma and self-stigma in people diagnosed with a mental disorder. One concept or two? A scoping review. In International Journal of Social Psychiatry (Vol. 69, Issue 8, pp. 1869–1881). SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.1177/00207640231196749

Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A. (2020). A new measure to assess external and internal shame: development, factor structure and psychometric properties of the External and Internal Shame Scale. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00709-0

Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Required Sample Size to Detect the Mediated Effect. *Psychological Science*, *18*(3), 233. https://doi.org/10.1111/J.1467-9280.2007.01882.X

Galluci, M. (2020). *jAMM: jamovi Advanced Mediation Models. [jamovi module]. Retrieved from https://jamovi-amm.github.io/.*

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, *15*(3), 199-208.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *13*(6), 353-379.

Gilbert, P., Bhundia, R., Mitra, R., McEwan, K., Irons, C., & Sanghera, J. (2007). Cultural differences in shame-focused attitudes towards mental health problems in Asian and non-Asian student women. *Mental Health, Religion & Culture*, *10*(2), 127-141.

Granjon, M., Rohmer, O., Popa-Roch, M. Aubé, B., & Sanrey, C. (2023). Disability stereotyping is shaped by stigma characteristics. Group Processes & Intergroup Relations. 10.1177/13684302231208534

Granjon, M., Popa-Roch, M., Aubé, B., & Rohmer, O. (in process). Does the visibility of the disability make a difference? Beliefs and feelings towards invisible disability.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, *10*(1), 1-9.

Gupta, G., & Kumar, S. (2010). Mental health in relation to emotional intelligence and self efficacy among college students. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 36(1), 61–67. http://medind.nic.in/jak/t10/i1/jakt10i1p61.pdf

Hammer, J. H., & Toland, M. D. (2017). Internal structure and reliability of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI-29) and Brief Versions (ISMI-10, ISMI-9) among Americans with depression. Stigma and Health, 2(3), 159–174. https://doi.org/10.1037/sah0000049

Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, *59*(1), 48–54. https://doi.org/10.1177/0020764011423176

Hays, A. F. (2018). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regession Approach. *The Guilford Press*.

Hazzouri, M. E., Carvalho, S. W., & MAIN, K. I. (2015). An Investigation of the Emotional Outcomes of Business Students' Cheating" Biological Laws" to Achieve Academic Excellence. *Academy of Management Learning & Education*, 440-460.

Horsfall, J., Cleary, M., & Hunt, G. E. (2010). Stigma in mental health: Clients and professionals. *Issues in mental health nursing*, *31*(7), 450-455.

Hysenbegasi, A., Hass, S. L., & Rowland, C. R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *Journal of mental health policy and economics*, *8*(3), 145.

Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *10*(2), 215-235.

Jennings, K. S., Cheung, J. H., Britt, T. W., Goguen, K. N., Jeffirs, S. M., Peasley, A. L., & Lee, A. C. (2015). How Are Perceived Stigma, Self-Stigma, and Self-Reliance Related to Treatment-Seeking? A Three-Path Model. Psychiatric Rehabilitation Journal, 38(2), 109–116. https://doi.org/10.1037/prj0000138

Jennings, K. S., Goguen, K. N., Britt, T. W., Jeffirs, S. M., Wilkes III, J. R., Brady, A. R., ... & DiMuzio, D. J. (2017). The role of personality traits and barriers to mental health treatment seeking among college students. *Psychological Services*, *14*(4), 513.

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, *20*(4), 359-364.

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, *48*(6), 778-792.

Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszka, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2015). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Mental Health Journal*, *51*(5), 628–634. https://doi.org/10.1007/s10597-014-9796-6

Kotera, Y., Cockerill, V., Chircop, J. G. E., & Forman, D. (2021). Mental health shame, self-compassion and sleep in UK nursing students: Complete mediation of self-compassion in sleep and mental health. *Nursing Open*, *8*(3), 1325–1335. https://doi.org/10.1002/nop2.749

Kotera, Y., Conway, E., & Van Gordon, W. (2019). Mental health of UK university business students: Relationship with shame, motivation and self-compassion. *Journal of Education for Business*, *94*(1), 11-20.

Kotera, Y., Green, P., & Sheffield, D. (2019). Mental health attitudes, self-criticism, compassion and role identity among UK social work students. *The British Journal of Social Work*, *49*(2), 351-370.

Kotera, Y., Green, P., & Sheffield, D. (2021). Mental health of therapeutic students: relationships with attitudes, self-criticism, self-compassion, and caregiver identity. *British Journal of Guidance and Counselling*, *49*(5), 701–712. https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1704683

Kotera, Y., Green, P., & Van Gordon, W. (2018). Mental wellbeing of caring profession students: relationship with caregiver identity, self-compassion, and intrinsic motivation.

Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PloS one*, *11*(4), e0152880.

Kowalski, R. M., & Peipert, A. (2019). Public- and self-stigma attached to physical versus psychological disabilities. Stigma and Health, 4(2), 136–142. https://doi.org/10.1037/sah0000123

Lassarre, D., Giron, C., & Paty, B. (2003). Stress des étudiants et réussite universitaire: les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (32/4), 669-691.

Lennings, C. J. (1994). An evaluation of a generalized self-efficacy scale. *Personality and Individual Differences*, *16*(5), 745-750.

Leyrit, A. (2020). Les conditions de travail à distance et le stress ressenti par les étudiants en France pendant la période de confinement. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, *17*(3), 130-144.

Liao, K.YH., Stead, G.B. & Liao, CY. A Meta-Analysis of the Relation Between Self-Compassion and Self-Efficacy. Mindfulness 12, 1878–1891 (2021). https://doi.org/10.1007/s12671-021-01626-4

Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, *8*(1), 2861.

Link, B. G., Wells, J., Phelan, J. C., & Yang, L. (2015). Understanding the Importance of "symbolic Interaction Stigma": How Expectations about the Reactions of Others Adds to the Burden of Mental Illness Stigma. Psychiatric Rehabilitation Journal, 38(2), 117–124. https://doi.org/10.1037/prj0000142

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine, 71(12), 2150–2161. https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2010.09.030

Lopez-Castro, T., Brandt, L., Anthonipillai, N., Espinosa, A., & Melara, R. (2020, September 4). Experiences, impacts and mental health functioning during a COVID-19 outbreak and lockdown: Data from a diverse New York City sample of college students. https://doi.org/10.31234/osf.io/nyght

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343.

Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of psychology*, *139*(5), 439-45

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. In Clinical Psychology Review (Vol. 32, Issue 6). https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003

Marin, M.-F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R.-P., Sindi, S., Arsenault-Lapierre, G., Fiocco, A. J., & Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*, *96*(4), 583–595. https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.02.016

Martin, T. J., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Mindfulness mediates the relationship between mental health self-stigma and psychological distress: A cross-sectional study. Current Psychology. https://doi.org/10.1007/s12144-020-01050-2

Mazé, C., & Verlhiac, J. F. (2013). Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire: rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels. *Psychologie française, 58*(2), 89-105.

Moghimi, E., Stephenson, C., Gutierrez, G., Jagayat, J., Layzell, G., Patel, C., McCart, A., Gibney, C., Langstaff, C., Ayonrinde, O., Khalid-Khan, S., Milev, R., Snelgrove-Clarke, E., Soares, C., Omrani, M., & Alavi, N. (2023). Mental health challenges, treatment experiences, and care needs of post-secondary students: a cross-sectional mixed-methods study. BMC Public Health, 23(1). https://doi.org/10.1186/s12889-023-15452-x

Molloy, L., Beckett, P., Chidarikire, S., Merrick, T. T., Guha, M., & Patton, D. (2020). Culture, the Stigma of Mental Illness, and Young People. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *58*(11), 15–18. https://doi.org/10.3928/02793695-20201013-03

Montgomery, M. J., & Côté, J. E. (2003). College as a transition to adulthood. *Blackwell handbook of adolescence*, 149-172.

Muñoz, L. R. (2021). Graduate student self-efficacy: Implications of a concept analysis. *Journal of Professional Nursing*, *37*(1). https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.07.001

Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion, 33*(1), 88-97.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, *2*(2), 85-101.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, *2*(3), 223-250.

Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. Social and Personality Psychology Compass, 5(1), 1–12. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x

Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development*, *86*(2), 143-151.

Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2014). Public stigma and self-stigma: Differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatric Services*, 65(2), 232–238. doi:10.1176/appi.ps.201200561

Pearlin, L. I. (1999). Stress and mental health: A conceptual overview. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems (pp. 161–175). *Cambridge University Press.*

Peris, T. S., Teachman, B. A., & Nosek, B. A. (2008). Implicit and explicit stigma of mental illness: Links to clinical care. *The Journal of nervous and mental disease*, *196*(10), 752-760.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879–891. https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879/METRICS

Prince, J. P. (2015). University student counseling and mental health in the United States: Trends and challenges. *Mental Health & Prevention*, *3*(1-2), 5-10.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, *18*(3), 250-255.

Ramasawmy, S. (2015). *Validation of the" French Depression Anxiety Stress Scales"(DASS-21) and predictors of depression in an adolescent Mauritian population* (Doctoral dissertation, Aix-Marseille).

Reavley, N. J., Morgan, A. J., Fischer, J. A., Kitchener, B., Bovopoulos, N., & Jorm, A. F. (2018). Effectiveness of eLearning and blended modes of delivery of Mental Health First Aid training in the workplace: randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, *18*, 1-14.

Reavley, N. J., Morgan, A. J., Fischer, J. A., Kitchener, B. A., Bovopoulos, N., & Jorm, A. F. (2021). Longer-term effectiveness of eLearning and blended delivery of Mental Health First Aid training in the workplace: 2-Year follow-up of a randomised controlled trial. *Internet Interventions*, 25, 100434.

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, *4*(3), 218-251.

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257–265. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003

Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *16*(6), 558-567.

Saleh, D., Romo, L., & Sweerts, S. J. (2021). Validation of the general self-efficacy scale in french students for the prevention of student health. *European Psychiatry*, *64*.

Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness: Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ*, *324*(7352), 1470-1471.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(6), 440-452.

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International review of Psychiatry*, *19*(2), 137-155.

Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., Gleeson, H., Sow, K., Hind, D., & Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 287, pp. 282–292). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.054

Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2016). Structures and types of stigma. In *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (pp. 43–66). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_3

Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of clinical psychology*, 70(9), 794-807.

Smith, A. L., & Cashwell, C. S. (2010). Stigma and mental illness: Investigating attitudes of mental health and non-mental-health professionals and trainees. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, *49*(2), 189-202.

Stallman, H. M., Ohan, J. L., & Chiera, B. (2018). The role of social support, being present, and self-kindness in university student psychological distress. *Australian psychologist*, *53*(1), 52-59.

Stoet, G. (2017). PsyToolkit: A novel web-based method for running online questionnaires and reaction-time experiments. *Teaching of Psychology*, *44*(1), 24-31.

Stubbs, A. (2014). Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australasian Psychiatry*, *22*(6), 579-584.

Stubbs, A. (2014). Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: A review of the literature. In *Australasian Psychiatry* (Vol. 22, Issue 6, pp. 579–584). SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.1177/1039856214556324

Sun, J., Yin, X., Li, C., Liu, W., & Sun, H. (2022). Stigma and Peer-Led Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. In Frontiers in Psychiatry (Vol. 13). Frontiers Media S.A. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.915617

Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). *Proneness to Shame, Proneness to Guilt, and Psychopathology*. Journal of Abnormal Psychology, 101(3), 469–478. https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.469

Terry, M. L., Leary, M. R., & Mehta, S. (2013). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*, *12*(3), 278-290.

Virtanen, M., Honkonen, T., Kivimäki, M., Ahola, K., Vahtera, J., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2007). Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, *98*(3), 189–197. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.034

Vogel, D. L., Strass, H. A., Heath, P. J., Al-Darmaki, F. R., Armstrong, P. I., Baptista, M. N., Brenner, R. E., Gonçalves, M., Lannin, D. G., Liao, H. Y., Mackenzie, C. S., Mak, W. W. S., Rubin, M., Topkaya, N., Wade, N. G., Wang, Y. F., & Zlati, A. (2017). Stigma of Seeking Psychological Services: Examining College Students Across Ten Countries/Regions. *Counseling Psychologist*, 45(2), 170–192. https://doi.org/10.1177/0011000016671411

Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy,* 29(1), 1-25.

Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 603-613.

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, *33*(6), 1312-1318.

Wong, C. C. Y., Knee, C. R., Neighbors, C., & Zvolensky, M. J. (2019). Hacking stigma by loving yourself: A mediated-moderation model of self-compassion and stigma. *Mindfulness*, *10*(3), 415-433.

Wood, L., Byrne, R., Burke, E., Enache, G., & Morrison, A. P. (2017). The impact of stigma on emotional distress and recovery from psychosis: The mediatory role of internalised shame and self-esteem. *Psychiatry Research,* 255, 94–100. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.016

Ying, Y. W. (2009). Contribution of self-compassion to competence and mental health in social work students. *Journal of Social Work Education*, *45*(2), 309-323.

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *7*(3), 340-364.

Tables

Table 1

Descriptive statistics of participants

n	1813
Female	1361 (75.1%)
Male	412 (22.7%)
Non-binary	40 (2.2%)
Mean age in years (SD)	22.5 (4.67)
Mean number of years of secondary education (SD)	3.13 (1.76)
Undergraduate level	42.6%
Master level	48.4%
PhD level	9.0%
Field of study	
Mental health	13.9%
Health	30.8%
Other	55.4%
Previously consulted a mental health professional	55.9%
Usage of psychotropic drugs	26.3%
Diagnosed with a psychological disorder	24.5%
Diagnosed with a neurodevelopmental disorder	7.5%
Visible disability	0.8%
Invisible disability, excluding psychological or neurodevelopmental disorders	9.3%
Elevated self-stigma	16.5%
Severity of depressive symptoms	
Normal	31.3%
Mild	13.4%
Moderate	22%
Severe	13.4%
Extremely severe	19.9%

Table 2

Descriptive statistics of the scales in our sample

	EISS	DASS	GSE	ISMI-9	SCS-short
Mean	14.9	27.0	28.5	1.95	2.60
Standard deviation	5.52	14.3	6.35	0.549	0.684
Minimum	0	0	10	1.00	1.00
Maximum	32	63	40	4.00	5.00
Cronbach's α	0.82	0.94	0.90	0.83	0.86

Table 3

Correlation matrix (Spearman's **ρ)**

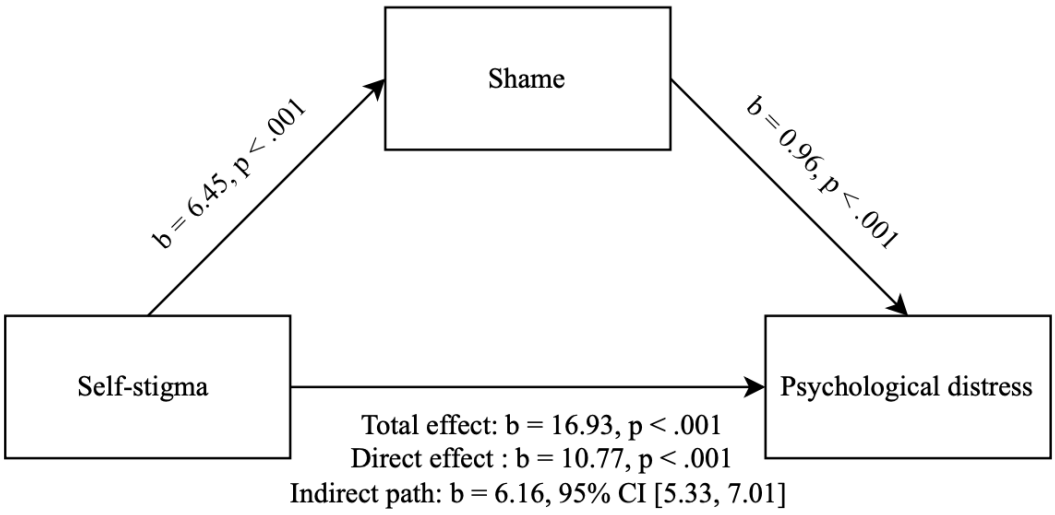
	ISMI-9	DASS-21	EISS	Internal shame	External shame	GSE	SCS-short
ISMI-9		0.641***	0.632***	0.632***	0.472***	-0.470***	-0.539***
DASS-21			0.625***	0.635***	0.468***	-0.477***	-0.637***
EISS				0.906***	0.864***	-0.493***	-0.647***
Internal shame					0.584***	-0.504***	-0.692***
External Shame						-0.367***	-0.442***
GSE							0.575***

Note. ISMI-9, internalized stigma of mental illness scale – 9 items; DASS-21, depression, anxiety and stress scale; EISS, Externalized and internalized shame scale; GSE, general self-efficacy; SCS-short, self-compassion scale-short form; ***p<.001

Figures

Figure 1

Simple mediation models



b

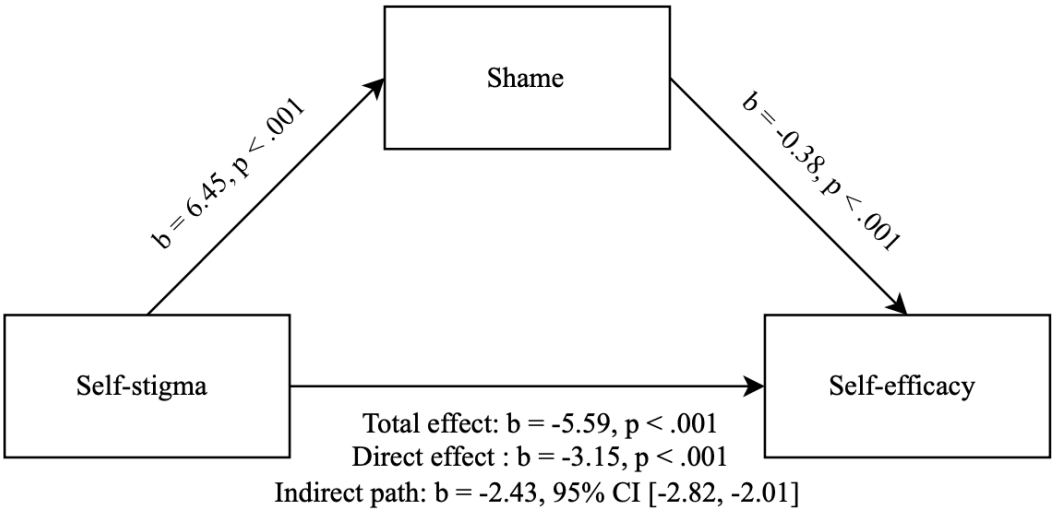
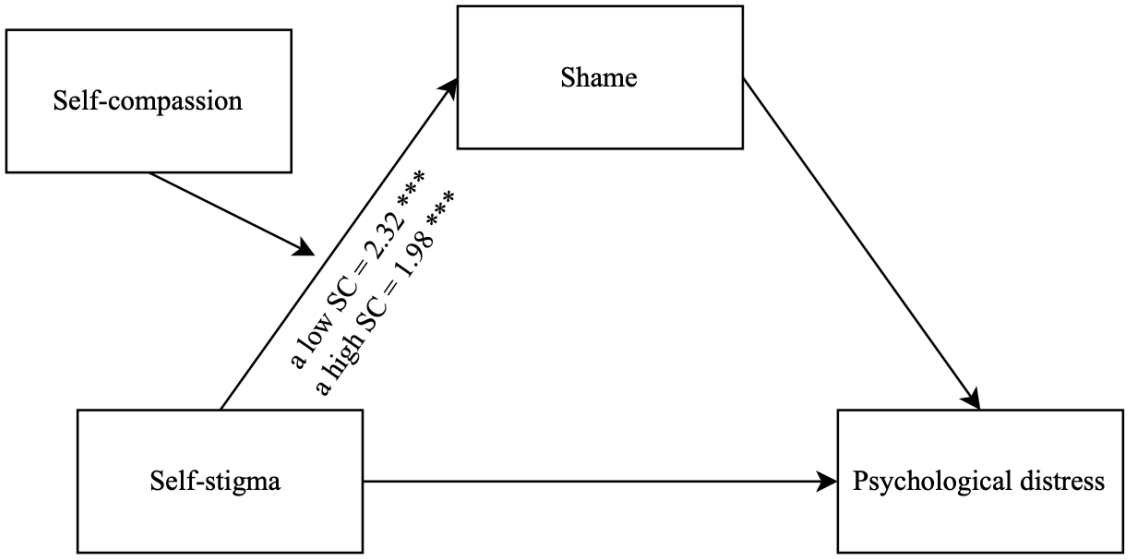


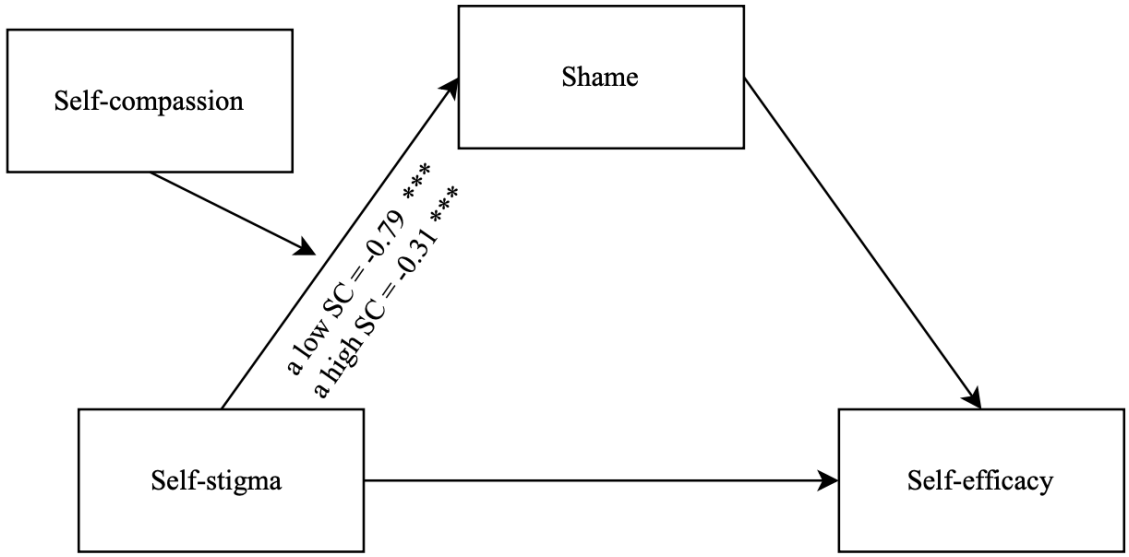
Figure 2

Moderated mediation models

a



b



Chapitre 9 : Article 3 – Self-compassion as an antidote to self-stigma and shame in autism

Nos résultats en population étudiante toute venante soutiennent l'effet médiateur de la honte entre l'autostigmatisation et ses conséquences négatives (réduction du sentiment d'efficacité personnelle et augmentation de la détresse psychologique) ainsi que l'effet modérateur de l'autocompassion sur cette médiation. Dans cette étude en ligne également, nous avons souhaité examiner ces relations dans une population spécifique, particulièrement stigmatisée : les individus autistes. Outre les variables évaluées précédemment, nous nous sommes également intéressés au rôle modérateur du camouflage autistique comparativement à l'autocompassion. En effet, le camouflage fait référence aux comportements utilisés par les personnes autistes pour masquer leurs particularités sociales et « passer pour » quelqu'un de neurotypique (Hull et al., 2019a). Le camouflage a été associé à l'autostigmatisation chez les personnes autistes (Perry et al., 2022b). Par ailleurs, ce travail, mené en collaboration avec le Laboratoire Interuniversitaire en Sciences de l'Education et de la Formation[9], a résulté en la publication d'un article de validation du questionnaire de camouflage (CAT-Q ; Bureau et al., 2023[10]) ainsi qu'une étude complémentaire concernant les préférences de dénomination de l'autisme (Bureau et al., 2024[11]).

Afin de mieux comprendre l'autostigmatisation dans l'autisme et à étudier si et comment l'autocompassion, comparée au camouflage, peut protéger de l'autostigmatisation, nous avons recruté 689 adultes ayant déclaré un diagnostic d'autisme. Nos résultats indiquent que l'autostigmatisation est très répandue chez les adultes autistes (45.5%), qu'elle est corrélée à la

[9] Université de Strasbourg, Laboratoire Interuniversitaire en Sciences de l'Education et de la Formation, LISEC UR 2310, Strasbourg, France

[10] Bureau, R., Riebel, M., Weiner, L., Coutelle, R., Dachez, J., & Clément, C. (2023). French validation of the camouflaging autistic traits questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-10.

[11] Bureau, R., Dachez, J., Riebel, M., Weiner, L., & Clément, C. (2024). «Avec autisme»,«autiste»,«sur le spectre»,«avec un TSA»? Étude des préférences de dénomination et des facteurs pouvant les influencer auprès de la population française. In *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*.

dépression et que la honte intériorisée est un médiateur de la relation entre l'autostigmatisation et les symptômes dépressifs. L'autocompassion modère cette médiation alors que ceci n'est pas le cas pour camouflage. A l'instar de l'étude présentée dans le chapitre précédent, nos résultats mettent en évidence l'effet protecteur de l'autocompassion sur les impacts négatifs de l'autostigmatisation chez les personnes autistes.

Article en cours d'expertise dans le journal Autism

Self-compassion as an antidote to self-stigma and shame in autistic adults

Marie Riebel[1], Raven Bureau[2,3], Odile Rohmer[1,3], Céline Clément[2,3,4], Luisa Weiner[1,3,5]

[1] Université de Strasbourg, Laboratoire de Psychologie des Cognitions, LPC UR 4440, Strasbourg, France

[2] Université de Strasbourg, Laboratoire Interuniversitaire en Sciences de l'Education et de la Formation, LISEC UR 2310, Strasbourg, France

[3] Centre d'excellence STRAS&ND, Strasbourg, France

[4] GIS Autisme et TND, Strasbourg's Teams, Strasbourg, France

[5] Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Pôle de Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie, 1 place de l'hôpital, 67000, Strasbourg, France

Orcid IDs :

Marie Riebel: 0000-0001-8849-4487

Raven Bureau: 0000-0002-0815-2418

Odile Rohmer: 0000-0003-3998-7570

Céline Clément: 0000-0001-6909-6360

Luisa Weiner: 0000-0002-1178-5929

Correspondence about this article should be addressed to Marie Riebel

marie.riebel@unistra.fr

Statements and Declarations

This research was funded through doctoral fellowships granted to the first and second author by the University of Strasbourg.

Acknowledgements:

The authors wish to thank all participants in the research as well as Julie Dachez for her help on the online recruitment of participants.

Ethic approval:

Approval for conducting the study was obtained from the University of Strasbourg Ethics Committee (Unistra/CER/2022-02) and the study was pre-registered on OSF (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/UFBTV).

Citation:

Riebel, M., Bureau, R., Rohmer, O., Clément, C., & Weiner, L. (2024). Self-compassion as an antidote to self-stigma and shame in autistic adults. PsychArchives. https://doi.org/10.23668/psycharchives.15265

Lay Abstract

What is already known about the topic?

Autistic individuals are frequently exposed to stigmatizing attitudes and discrimination. Negative stereotypes about autism, such as dangerousness or inability to work, are very frequent in our societies. Through exposure to these stigmatizing ideas, autistic people can internalize these ideas and begin to believe them to be true about themselves. This is self-stigma. Past research conducted with non-autistic individuals indicate that self-stigma can lead people to feel ashamed of who they are and deteriorate their mental health.

What this paper adds?

In this paper, we found that self-stigma in autistic people increases depressive symptoms through feelings of shame. We then showed that relating to self with compassion -- that is, to be friendly toward oneself (kindness), be aware of one's feelings and thoughts (mindful awareness) and realize that everyone feels pain and makes mistakes (common humanity) -- helps reducing the negatives consequences of self-stigma on mental health. We also demonstrated that camouflaging does not modify the impact of self-stigma on mental health.

Implications for practice, research or policy?

Because self-compassion can protect from the negative effects of self-stigma, future research should explore how to adapt existing compassion focused interventions and evaluate their feasibility and efficacy to reduce self-stigma and shame in autistic people.

Abstract

Autistic individuals are frequently exposed to stigmatizing attitudes and discrimination. Through the lived experience of stigmatizing attitudes, autistic people can internalize the negative stereotypes associated with autism. This phenomenon is known as self-stigma. In non-autistic populations, self-stigma is associated with shame and negative mental health outcomes. In this study, we aim to better understand the mental health outcomes associated with self-stigma in autism and to investigate whether and how self-compassion compared to camouflaging may protect from self-stigma in autistic individuals. For this purpose, 689 adults who reported a diagnosis of autism were recruited online and completed self-reported questionnaires for self-stigma (ISMI-9), self-compassion (SCS-s), depression (DASS-21) and camouflaging (CAT-Q). We conducted mediation analysis and moderated mediation analysis. Our results indicate that self-stigma is highly prevalent in autistic adults (45.5%), correlated to depression (ρ (687) = 0.437, $p < .001$) and that internalized shame mediates the relationship between self-stigma and depressive symptoms ($b = 1.48$, 95% *CI* [1.11, 1.94]). Self-compassion moderates this mediation (*IE* = -0.305, 95% *CI* [0.601, 0.014], $\beta = 0.183$, $z = 2.012$, $p = .044$) whereas camouflaging does not (*IE* = 0.003, 95% *CI* [0.009; 0.015], $\beta = 0.0531$, $z = 0.514$, $p = .607$). These results highlight the protective effect of self-compassion on the negative impacts of self-stigma in autistic individuals. Future research should explore how to adapt existing compassion focused interventions and evaluate their feasibility and efficacy to reduce self-stigma and shame in autistic populations.

Keywords: autism, self-stigma, self-compassion, camouflaging, shame, depression

Self-compassion as an antidote to self-stigma and shame in autistic adults

Introduction

Autism

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition, characterized by difficulties with social communication and interaction, and patterns of repetitive behaviours and intense interests (American Psychiatric Association, 2013). Recent global estimates suggest that around 1% of the population is affected by autism (Zeidan et al., 2022). Importantly, autistic adults exhibit a high lifetime prevalence of anxiety and depressive disorders, ranging from 23% to 42% (Hollocks et al., 2019). Mental health challenges in autistic individuals increase the risk of unfavourable long-term outcomes such as poorer social functioning (Lai et al., 2019), employment difficulties (Taylor et al., 2015) and increased suicidality (Cassidy et al., 2018). In order to improve autistic individuals' quality of life and social functioning, it is essential to understand why they are at high risk of mental health problems. The elevated levels of bullying they endure (Bejerot & Mörtberg, 2009; Hebron et al., 2015; Zablotsky et al., 2015) and the frequent experiences of non-acceptance from others can lead them to believe that they are different and to devalue themselves Cage et al., 2018; Jacoby et al., 2019). This might contribute to the elevated prevalence of mental health challenges in autistic individuals. This aligns with Botha and Frost's (2020) application of the minority stress model to explain the inequalities regarding the health of autistic individuals. The model postulates that high levels of stress have a negative impact on the mental and physical health of minority groups, such as autistic people (Meyer, 2013; Botha and Frost, 2020). Specifically, minority stressors such as experienced discrimination and stigma have been shown to increase depressive symptoms in minority groups such as sexual, gender identity and ethnic minorities (e.g., Frost et al., 2015;

Williamns et al., 2000). However, this model has been less studied to explain the mental health difficulties of autistic adults.

In the present study, we aim to better understand the mental health outcomes associated with self-stigma in autism and to investigate whether and how self-compassion compared to camouflaging may protect from self-stigma in autistic individuals.

Autism-related stigma

According to Link & Phelan (2001) stigmatization is a process of labelling a person undesirably and as different from the normative group. Importantly, the stigmatizing label leads to the experience of discriminative behaviours from others and loss of status because of associated negative stereotypes. Some authors have reported that the stigma related to autism is less negative than that of mental disorders such as schizophrenia and bipolar disorder (Durand-Zaleski et al., 2012; Aube et al., 2022) or attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), another neurodeveloppemental condition (Baeyens et al., 2017). However, Jacoby et al. (2019) highlighted that autistic adults are particularly exposed to the experience of stigma and negative attitudes from the community. Indeed, the behaviours associated with autism are stigmatized (Morrison et al., 2017), such as difficulties with eye contact and difficulties coping with routine changes and stereotyped motor behaviours (Butler & Gillis, 2011; Cunningham & Schreibman, 2008). Moreover, in a survey of the French population, more than 20% of 1000 respondents associated autism with a danger to oneself as well as an inability to work (Durand-Zaleski et al., 2012) and autism has also been associated with an inability to be included in mainstream school (Aubé et al., 2021; Jury et al., 2021). Consistently, representations of autism in the media are highly stereotyped, neglecting the great variety of the spectrum. For instance, in British and Australian medias, autistic people are presented as either “dangerous / unstable” or “mistreated and unloved” (Huws & Jones, 2011; Jones & Harwood, 2009). Although campaigns aiming to destigmatize neurodiversity and mental health issues have proliferated

over recent years, these results have been shown to persist (Baroutsis et al., 2021; Jury et al., 2021). Accordingly, in a qualitative study conducted in the UK, autistic individuals reported experiencing stigma, especially stereotypes related to violent behaviours (e.g., "*They see us as troubled minds, who hack into computers and or blow up schools, school shootings… it's rare you hear about autistic adults unless they are the 'dangerous' kind…*") (Botha et al., 2022). Given that public autism-related stigma is associated with decreased well-being in autistic people (Perry et al., 2022a), it is crucial to investigate how public stigma affects the well-being of autistic individuals. One possible explanation is that the stigmatizing attitudes and behaviours toward autism can be internalized by autistic people (i.e., self-stigma) (Dubreucq et al., 2020).

Self-stigma

Public stigma can be assimilated by autistic individuals themselves, meaning that the negative stereotypes associated with autism can be considered as true descriptions of who they are (Corrigan & Watson, 2002). The concept of self-stigma or interiorized stigma has been defined in numerous ways. For instance, some concepts refer to the awareness of the beliefs conveyed by stereotypes while others refer to the assimilation of these beliefs by the individual. In order to clarify this issue, Fernandez et al., (2023) conducted a scoping review of the conceptualization of self-stigma and interiorized stigma. Their results suggest that interiorized stigma and self-stigma can be considered as a generic single concept which is best conceptualized as follows "*acceptance of stereotypes and prejudices and their subsequent internalization."* For the sake of simplicity, henceforth only the term self-stigma will be used. Self-stigma is implicated in decreased functional ability; because they are ashamed of themselves, people tend to isolate themselves and present with low self-esteem and self-efficacy (Corrigan et al., 2006, 2011; Corrigan et al., 2009). To our knowledge, only five studies have examined self-stigma in autism (Bachmann et al., 2019; Botha et al., 2022; Dubreucq et al.,

2020; McDonald, 2020; Shtayermman, 2009). Through an online survey of 1139 adults who self-identified as autistic across the United States, McDonald (2020) found higher scores for overall stigma and discrimination than previously reported scores of participants with mental illnesses (King et al., 2007). A German multi-center study used the Internalized Stigma of Mental Illness scale-10 (ISMI-10) to evaluate self-stigma in a sample of 149 autistic adults and reported that 15,5% of participants presented moderate to severe internalized stigma (Bachmann et al., 2019). In the French population, Dubreucq et al. (2020) found a prevalence of elevated self-stigma in 22,2% of their sample composed of 45 autistic adults consulting in rehabilitation centers. Therefore, studies in different countries indicate a moderate to elevate level of self-stigma in autistic people (McDonald et al., 2020; Bachmann et al., 2019; Dubreucq et al., 2020). However, these studies do not provide information on the consequences of self-stigma. In other minority groups, such as the LQBTQIA+ population, a study regarding lesbians and gay men found a positive correlation between self-stigma and depressive symptoms in individuals with lower self-esteem, but not in those with higher self-esteem (Feinstein et al., 2012)**,** highlighting the potential negative mental health outcomes associated with self-stigma in the LGBTQIA+ population. Similar results have been reported in racial minorities in the United-States (Guarneri et al., 2019), but also in body size minorities (Christan et al., 2023).However, to the best of our knowledge, there are no systematic reviews on the impact of self-stigma on mental health in these minority populations, whereas there is an abondance of data on the impacts of self-stigma in severe mental illness. Indeed, in people with mental illness, self-stigma is highly associated with poorer self-reported quality of life and increased mental health issues such as a reduced feeling of self-efficacy and increased hopelessness (Dubreucq, 2019; Livingtson & Boyd, 2010). Given these results, it is likely that self-stigma is also related to mental health issues in autistic adults. Our first objective is to evaluate the relationship between autism-related self-stigma and the mental health of autistic adults.

Shame

Based on the social mentality theory (SMT), stigma can be understood as a social threat that challenges the stigmatized individual's social ranking, leading them to feel inferior to others (Gilbert, 2000). The understanding of stigma as an ongoing social threat is supported by the stigma literature in the field of mental illness (eg.: Quinn et al., 2015; Wood et al., 2017) and in marginalized populations as proposed by the extension of the minority stress model to the autistic population (Both and Frost, 2020). According to Gilbert (2010), the perception of being on a low social rank can lead to feelings of internalized shame.

Self-stigma is strongly associated with feelings of shame (Hasson-Ohayon et al., 2012a), self-critical thoughts, and a significant fear of public stigma, that prevent individuals from fulfilling and pursuing their life goals (Luoma & Platt, 2015). Shame is a self-conscious emotion that arises in response to external standards and requires appraisals of how one's behaviour is evaluated by others (Tangney et al., 1992). Shame includes two complementary constructs: The first, external shame, is the experience of a negative sense of self in the mind of others, i.e., the person believes that others view them as inferior, inadequate, worthless, or bad. The second, internalized shame, refers to the experience of perceiving oneself as inadequate, deficient, and worthless, irrespective of how others view them (Gilbert, 1998). Shame has been associated with perceived stigma in Chinese sexual minority adults (Liu et al., 2022) and has been found to mediate the impact of discrimination on anxiety and depression in European LGBTQ+ individuals (Cabral & Pinto, 2023). Similarly, in people with mental disorders, shame has been associated with perceived stigma in youth at risk of psychosis (Rüsch et al., 2014) and with self-stigma in women diagnosed with borderline personality disorder (Rüsch et al., 2006) and in physically and mentally ill doctors returning to work (Henderson et al., 2012).

Different authors have recognized the strong association between internalized shame and self-stigma (Barney et al., 2010; Link et al., 2015; Ritsher & Phelan, 2004). In individuals with psychosis, internalized shame has been shown to mediate the relationship between mental illness stigma and depression (Wood, Byrne, Burke, et al., 2017). Furthermore, shame has been found to interfere with the willingness to seek help for mental health problems (Schulze et al., 2020) and a meta-analysis of 108 studies found that shame had a strong association with depressive symptoms (Kim et al., 2011). Despite the negative health outcomes associated with shame in non-autistic populations, very few studies have investigated shame in autism. These studies have mostly focused on self-conscious emotions in relation to the theory of mind in autistic children (Davidson et al., 2018) and adults with autistic traits (Davidson et al., 2017) and on the shame experienced by caregivers of autistic children (Zhou et al., 2018). In adults, Davidson et al. (2017) found that people with elevated autistic traits had significantly greater proneness to shame and less proneness to guilt and pride than adults with few autistic traits. Because stigma constitutes a social threat leading stigmatized individuals to feel inferior, it is likely that shame, especially internalized shame, may interfere with the social functioning and well-being of autistic people. However, to our knowledge, no study has directly tested the link between self-stigma, internalized shame and mental health (e.g., depressive symptoms) in autistic adults. Thus, our second objective is to investigate whether internalized shame mediates the relationship between self-stigma and depression in autistic adults.

Camouflaging

Unlike shame, camouflaging has been associated with self-stigma in autistic people (Cage & Troxell-Whitman, 2019; Perry et al., 2022b). Camouflaging refers to behaviours (e.g., rehearsing facial expressions, social scripts) employed by autistic people to mask their social difficulties and "pass" as non-autistic in social situations (Hull et al., 2019a). Hence, camouflaging can be considered as a coping response to being "othered" and feeling pressure

to conform to non-autistic social rules that involves dissimulating some aspects of one's identity as opposed to embracing them (Hull et al., 2017; Pearson & Rose, 2021; Perry et al., 2022b). There seems to be two main reasons for camouflaging, i.e., to fit in a non-autistic world and to maintain relationships (Cage et al., 2018, 2019; Cook et al., 2021a; Perry et al., 2021, 2022a). Importantly, akin to self-stigma, camouflaging is associated with increased mental and physical exhaustion as well as increased self-reported depression, anxiety, social anxiety and suicidality (Beck et al., 2020; Bernardin et al., 2021; Cage & Troxell-Whitman, 2019; Cook et al., 2021a; Ross et al., 2023). In their conceptual model, Pearson & Rose (2021) suggest that stigma may play a role in the development of camouflaging of autistic traits consistent with the Social Identity Theory (SIT; Perry et al., 2022b; see also Tajfel & Turner, 2004). The SIT framework posits that when a group experiences public stigma, the members try to regain a positive identity through individualistic and collective strategies. Camouflaging can be understood as an individualistic strategy as it consists in the disaffiliation from the counter-normative group (autistic individuals) to reach the normative group (and pass as non-autistic). In their study, Pearson and Rose (2021) reported that higher perceived stigma significantly predicted higher levels of self-reported camouflaging measured by the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q; Hull et al., 2019). However, perceived stigma was not found to influence wellbeing via increased camouflaging (Perry et al., 2022a), inconsistent with previous research (Cage & Troxell-Whitman, 2019). Given that the authors investigated perceived stigma and not self-stigma, this might explain why they found no influence of perceived stigma on well-being through camouflaging. Therefore, building on the SIT framework, it is likely that responding to self-stigma through camouflaging might reduce externalised shame (i.e. hiding social differences to reduce feelings that others view self as inadequate) on the short term, but increase internalised shame (i.e. feelings of self as inferior or deficient), leading to worse mental health outcomes.

Self-compassion

In contrast to camouflaging, which is costly and implies that the individual hides their social difficulties and parts of their identity (Hull and al., 2019), self-compassion involves more balanced self-perspectives and accepting both positive and negative aspects of the self (Neff et al., 2007). Therefore, self-compassion is supposed to be a more beneficial coping strategy relative to self-stigma than camouflaging.

Self-compassion is an important resilience factor, considered as an antidote to shame, including that potentially associated with self-stigma (Callow et al., 2021; Ferreira et al., 2014; Kotera et al., 2021; Trompetter et al., 2017). Self-compassion is conceptualised by Germer & Neff (2013) as kindness and support towards oneself when experiencing suffering. It is composed of the following dimensions: (i) kindness as opposed to self-judgement, (ii) mindfulness as opposed to over-identification to painful emotions and thoughts and (iii) common humanity, that is, perceiving one's suffering as part of the common human condition as opposed to isolating oneself (Germer & Neff, 2013).

Few studies have focused on the relationship between self-stigma and self-compassion. Wong et al. (2019) provided a theoretical framework emphasizing the potential benefits of self-compassion for self-stigma. According to their model, self-compassion could buffer the negative effects of public stigma by facilitating more social resources and increasing the willingness to seek help (Wong et al., 2019). They suggest that self-compassion may help people with high self-stigma to develop more balanced self-perspectives, accept both positive and negative aspects of the self and learn how to observe and let go of self-stigmatizing thoughts, emotions and behaviours. Self-compassion could therefore be associated with reduced self-stigma and decreased negative outcomes (Hilbert et al., 2015). This model aligns with the meta-analysis conducted by Helminen and colleagues in 2022 which indicates that self-compassion serves as a significant coping mechanism, offering protection against minority

stress for individuals within sexual and gender minority communities who are at risk of mental health challenges.

Consistent with these results, in non-autistic samples, self-compassion has been strongly associated with numerous health benefits such as higher levels of happiness and well-being, better sleep quality and lower levels of depression, anxiety, stress and self-harm (Cleare et al., 2019; Egan et al., 2022; MacBeth & Gumley, 2012; Zessin et al., 2015). Yet only recently has self-compassion been investigated in autistic individuals (Cai et al., 2022). In these studies, autistic individuals presented with lower levels of self-compassion than non-autistic adults (Cai et al., 2023; Galvin & Richards, 2022). Importantly, recent empirical evidence has shown the beneficial impact of self-compassion in autistic individuals. In one study, a negative correlation was found between autistic traits and self-compassion in both autistic and non-autistic individuals (Galvin & Richards, 2022). In another study, self-compassion was found to improve mental health in autistic adults through its effect on emotions (as an emotion regulation strategy) or its interactions with emotion regulation processes (Cai et al., 2023). These results suggest that self-compassion interventions may reduce the feeling of shame associated with self-stigma. Consistent with this assumption, a recent pre-experimental single-case study with an autistic adult found that increasing self-compassion through psychotherapy led to the decrease of shame and self-stigma post-therapy (Riebel et al., 2024).

While these results are encouraging, to the best of our knowledge, no studies have investigated the relationships between self-compassion, self-stigma and shame in autistic individuals. Building on the results by Cai et al. (2023) and the theoretical model by Wong et al. (2019), we aim at investigating whether and how self-compassion can moderate the mediation effect of shame on the relationship between self-stigma and mental health (i.e., depression) in autistic people.

To summarize, in the present study, our overall goal is twofold. First, we aim to test the mediator role of shame in the effect of self-stigma on depression. Second, we aim to investigate the potential moderating function of self-compassion on the mediation model. We consider camouflaging as a control condition insofar as past research does not allow to predict whether this factor has a protective or detrimental effect on the relationship between self-stigma and depression. We aim to highlight that, contrary to camouflaging, self-compassion is a relevant moderator to the negative outcomes of self-stigma.

To this purpose, we will test the following hypotheses:

H1. Self-stigma is positively correlated to depressive symptoms in autistic adults.

H2. Internalized shame mediates the relationship between self-stigma and depression.

H3. Self-compassion has a moderating effect on the mediation effect of internalized shame on the relationship between self-stigma and depression. More specifically, we hypothesise that when self-compassion is low (vs high), self-stigma has a strong (vs weak) effect on depression and that this effect is partial because of the mediation of shame.

Methods

Ethical considerations and community involvement

Autism focused organizations and peer-counselling groups were asked to participate in the development of the study and give feedback on the questionnaires. An autistic researcher, the second author (RB), was involved in every step of the process. There will be targeted communication about the results of this study and its potential utility to healthcare professionals and community partners. Approval for conducting the study was obtained from {this was removed from the manuscript to keep its confidentiality, this information can be found on the title page} and the study was pre-registered in OSF {link was removed from the manuscript to keep its confidentiality, this information can be found on the title page}

Participants

Participants had to be 18 or older. Only responses from individuals who were diagnosed with ASD were extracted from a larger sample (see analyses section) for the purpose of this study, yielding a total of 689 responses. Our sample was composed of a total of 414 females (60,1%), 175 males (25,4%), 80 non-binary people (11,6%) and 20 agender or unwilling to answer (2,9%). Mean age was 36.5 years (sd=10.8, min=18, max=71) and mean age at time of diagnosis was 35,6 (range=4-76). In our sample of 689 autistic adults, 45,2% of participants presented with elevated self-stigma, 28.1% had moderate depression symptoms, 17.7% had severe depression symptoms and 27.4% presented with extremely severe depression symptoms. Sixty-five per cent of the participants' preferred terminology for autism was "autistic individual", 20.8% of participants preferred "individual with autism spectrum disorder", 7.5% preferred "individual on the autistic spectrum" and 6.2% preferred "individual with autism". Other demographic characteristics can be found in Table 1.

[Insert table 1]

Analyses

This study is part of a larger study concerning the French adaptation and validation of the Camouflaging of Autistic Traits Questionnaire (Bureau et al., 2023). Therefore, our sample size calculation was based on the requirements for the questionnaire validation: the literature advises a ratio of 10:1 per item (Wolf et al., 2013), i.e., at least 250 people in our case, as the questionnaire with the most items contained 25 items.

Procedure and measures

Participants were recruited through various channels, including social medial platforms as well as autism communities in France. Individuals were invited to access the online survey, which was housed on the Limesurvey platform, through which they could read the information statement about the study, provide their informed consent online and complete the

questionnaires anonymously. Participants did not receive any compensation for their participation in the study.

The online survey included questions about participants' demographic information, including age, gender identity, place of residence, type of diagnosis (self-diagnosed, waiting for diagnosis or medical diagnosis), age of diagnosis. Only individuals who reported a medical diagnosis were included in this study. Five questionnaires were included in the survey.

Self-stigma was measured using the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) in its short 9-item version (Hammer & Toland, 2017); the ISMI-9 is an abbreviated version of the full 29-items designed to assess self-stigma among persons with psychiatric disorders (Ritsher & Phelan, 2004). The scale is a self-report instrument with each item being rated on a 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree) Likert scale. Total mean score were calculated and interpreted according to Ritscher & Phelan (2004): a mean total score of >2.5 indicates high levels of self-stigma. The items assume that respondents self-identify as having a mental illness. Because different people have different understandings of autism, we chose to offer the possibility for participants to select the term they prefer to refer to autism, i.e., "autistic individual" "individual with autism" "autism spectrum disorder" and this term was then used to replace the term "mental illness" in the items of the ISMI. For instance, if the person's preferred term was "autistic individual", item 1 of the ISMI-9 was "stereotypes about autistic individuals apply to me". In this study, we found a Cronbach's alpha of 0.76 in our adaptation of the scale for autism.

Reported psychological difficulties were measured with the depression subscale of the Depression, Anxiety and Stress Scale (EDAS; Lovibond & Lovibond, 1995) in its short version, validated in French (Ramasawmy et al., 2012). The depression subscale has 9 items to which one must respond on a 0 (did not apply to me at all) to 3 (applied to me very much or most of the time) Likert scale. Total scores were calculated as the sum of the items. The internal

consistency of the French validation is excellent in both general (Cronbach α =0.89) and clinical (Cronbach α =0.91) populations (Ramasawmy et al., 2012). In our sample of autistic participants, we found excellent internal consistency (Cronbach α =0.88).

Self-compassion was measured with the Self-Compassion Scale (Neff, 2003) in its short version (Raes et al., 2011). Total self-compassion scores were calculated by first reversing the score for the negative subscale items and then computing a total mean, averaging the mean of each subscale. The French validation of the scale in its long version indicates good psychometric qualities (Cronbach α = 0.94) (Kotsou & Leys, 2016) consistent with the results of the English short version of the scale (Cronbach α = 0.87) (Raes et al., 2011) and the internal consistency found in the present sample of autistic individuals (Cronbach α =0.83).

Shame was assessed by our French adaptation of the internalized and externalized shame scale in 8 items (Ferreira et al., 2020). This scale is composed of two factors, i.e., internalized shame and externalized shame. It also provides a total score of shame. The scores are calculated as a sum of the items. The internal consistency was good in the validation study, with a Cronbach α of 0.89 (Ferreira et al., 2020). The internal consistency found in our sample of autistic individuals is acceptable (Cronbach α = 0.75). The internal consistency for the subscales were acceptable (internalized shame: Cronbach α = 0.76; externalized shame: Cronbach α = 0.70).

Camouflaging of autistic traits was assessed by our French adaptation of the CAT-Q (Bureau et al., 2023), which had excellent internal consistency in our sample (Cronbach α =0.91). Items are scored on a 7-point Likert scale, including 5 reversed items, and the sum of all the items indicates a total score of camouflaging (Hull et al., 2019b). The scale is composed of three factors, (i) compensation (strategies deployed to face social and communication difficulties), (ii) masking (strategies used to “pass” as non-(or less) autistic) and (iii) assimilation (strategies to fit during social interactions).

Statistical analysis

Cronbach's alphas were used to measure the internal consistency of the scales used in our population (presented in table 2) and we checked the factor structure of our measures prior to testing our hypothesis. These analyses can be found here [OSF link was removed from the manuscript to keep its confidentiality, this information can be found on the title page]. We used Spearman's **ρ** correlations to explore the associations between the variables of interest in our study (H1) given that our data is not normally distributed. In order to test H2, two simple mediations analyses were conducted to test the indirect effects of the models following the recommendation by Preacher and Hayes of generating nonparametric confidence intervals (Preacher & Hayes, 2008). Thus, we tested the mediation model with self-stigma as the predictor, internalized shame as mediator and depression as the dependent variable to assess the significance of the indirect effect. Based on Fritz & MacKinnon (2007), we used the bias corrected bootstrap resampling procedure. Significance is demonstrated when the confidence interval's range is greater than zero (Preacher et al., 2008). To conduct the statistical analyses, Jamovi was used with the GLM mediation module (Galluci, 2020). After the simple mediations analyses, we tested the moderated mediation models (H3) using a bootstrapping approach to assess the significance of the indirect effects at different levels of the moderator (Hays, 2018). Self-stigma was the predictor variable, with internalized shame as the mediator. The outcome variable was depression whereas self-compassion and camouflaging were the proposed moderators. Moderated mediation analyses test the conditional indirect effect of a mediating variable (i.e., shame), on the relationship between a predictor (i.e., self-stigma) and an outcome variable (i.e., depression) via potential moderators (i.e., self-compassion as interest'factor and camouflaging as control's factor). The GLM mediation module on Jamovi with bias-corrected 95% confidence intervals was used to test the conditional indirect effects. An index of moderated mediation was used to test the significance of the moderated mediation, i.e., the

difference of the indirect effects across levels of self-compassion (Hayes, 2013). Significant effects are supported by the absence of zero within the confidence intervals.

Results

H1 – Correlational analysis

Self-stigma was positively correlated to depression **(ρ (687)** = 0.437, $p < .001$) and strongly and positively correlated to shame **(ρ (687)** = 0.532, $p < .001$). Shame was strongly and positively correlated to depression **(ρ (687)** = 0.493, $p < .001$).

[Insert table 2]

H2 – Mediation analysis

The first mediation model examined whether internalized shame mediated the relationship between self-stigma and depression (Figure 1a). As predicted, this model was statistically significant, accounting for unique variance in depression, $R^2 = 0.29$; *Adj*. $R^2 = 0.29$, F (2, 685) = 144, $p < .001$. Internalized shame partially mediated the relationship between self-stigma and depression, $b = 1.48$, 95% *CI* [1.11, 1.94]. The second mediation model (Figure 1b) explored whether self-stigma mediated the relationship between internalized shame and depression. Since CI's of the indirect effect included zero, self-stigma did not significantly mediate the relationship between internalized shame and depression, $b = 0.25$, 95% *CI* [0.17, 0.34] providing support for our hypothesis of the mediation effect of shame in the effect of self-stigma on depression.

[Insert figure 1]

H3 – Moderated mediation analysis

The first moderated mediation model (Figure 2a) examined whether self-compassion moderated the mediation effect of shame between self-stigma and depression. Results indicated a significant moderation effect of self-compassion on the association between self-stigma and depression through internalized shame [*b* path; *IE* = -0.305, 95% *CI* [0.601, 0.014], β = 0.183,

z = 2.012, p = .044]. This suggests that self-compassion significantly moderates the indirect effect of self-stigma on depression through internalized shame. The conditional indirect effect was strongest in those with low self-compassion (1SD under the mean scores of self-compassion), *IE* = 0.686, 95% *CI* [0.399, 1.061], β = 0.064, z = 4.08, p < .001 and weakest in those with high self-compassion (1SD above the mean score of self-compassion, *IE* = 0.346, *CI* = [0.144,0.682], β = 0.033, z = 2.63, p = .009).

The second moderated mediation model (Figure 2b) examined whether camouflaging moderated the mediation effect of shame between self-stigma and depression. Results indicated no significant moderation effect of camouflaging on the association between self-stigma and depression through internalized shame [*b* path; *IE* = 0.003, 95% *CI* [0.009; 0.015], β = 0.053, z = 0.514, p = .607].

[Insert figure 2]

Discussion

Our study is the first to show that autism-related self-stigma is associated with depressive symptoms in autistic adults. Importantly, the relationship between self-stigma and depression is mediated by internalized shame, while self-compassion moderates this mediation. In our study, extremely high rates of self-stigma and depressive symptoms were reported by autistic adults, highlighting the need to better understand the impact of stigmatizing attitudes towards autism.

First of all, 45.2% of autistic adults reported elevated self-stigma, that is, ISMI scores higher than 2.5 (Ritsher & Phelan, 2004). In other words, self-stigma was more than twice as prevalent compared to previous studies. Indeed, the German multi-center study by Bachmann et al. (2019) found that 15.5% of 149 participants presented moderate to severe self-stigma and in a study conducted in France, Dubreucq et al. (2020) reported a prevalence of elevated stigma in 22.2% of their sample composed of 45 autistic adults consulting in rehabilitation centers.

This discrepancy might be explained by different factors. First, in the previous studies, the participants were patients of psychiatric clinics or rehabilitating centers whereas in our study participants were recruited online, and included people who had ongoing mental health care, but also people who had no mental health care. Self-stigma is an important barrier to seeking and pursuing health care (Livingston & Boyd, 2010) so it is possible that autistic adults with higher self-stigma and who avoid seeking help were not included in the aforementioned studies. Another explanation is that the mental health care received by participants in previous studies focusing on clinical samples may have contributed to reducing internalized stigma scores. Finally, it is also possible that our findings are related to the way self-stigma was investigated in our study. Indeed, instead of employing the term 'mental illness' used in the ISMI, when completing the questionnaire, the participants were given the possibility to choose the autism-related terminology they preferred. We hypothesize that this methodological choice may have enabled us to tackle autism-specific self-stigma. Indeed, autistic individuals frequently do not perceive and understand themselves within a pathological model (Bagatell, 2007; Kapp et al., 2013). Importantly, this also seems to be the case in our sample since most (65%) of our participants' preferred designation was "autistic individual", that is, the identity-first term rather than "individual with autism spectrum disorder", "individual on the autistic spectrum", or "individual with autism". This preferred choice of identity-first terminology highlights a shift away from a medical perspective of a diagnosis of autism spectrum disorder towards a neurodiversity perspective of autism by autistic individuals (Anderson-Chavarria, 2022; Baron-Cohen, 2017; Bury et al., 2023). Therefore, the items of the original ISMI may have caused an undervaluation of the self-stigma associated with autism in previous studies. Relatedly, in our sample, more than 73% of participants reported moderate to extremely severe symptoms of depression. Consistent with Adams & Young (2020), we speculate that the high rates of moderate to severe depression symptoms found here may be at least partially due to self-stigma,

to the reduced knowledge regarding autism of mental health professionals, but also to the costs of mental health care. All of these might constitute barriers to accessing appropriate care for autistic adults presenting with elevated depressive symptoms.

In addition to the high prevalence of depression symptoms in autistic adults, we found strong positive correlations between self-stigma, shame and depression, similar to results in psychiatric disorders (Livingston & Boyd, 2010). Importantly, shame was found to mediate the relationship between self-stigma and depression in autistic adults. This result is congruent with previous data indicating that shame is strongly related to negative mental health outcomes in conditions other than autism (Kim et al., 2011; Schulze et al., 2020; Wood, Byrne, & Morrison, 2017). Moreover, self-stigma seems to impact depression symptoms partially through its effects on shame. This is important as it indicates that an internalized social threat – i.e., self-stigma -- has deleterious effects on the mental health of autistic adults through the emotional response of shame, consistent with previous studies in non-autistic populations (Dickerson et al., 2009; Wood, Byrne, Burke, et al., 2017). Indeed, stigma is a continuous threatening social experience which leads to devaluation and loss of social status (Link and Phelan, 2001), hence it is not surprising that perceived threats to the social self leads to internalized shame that can deteriorate mental health (Dickerson et al., 2004).

Our results highlight the necessity to prevent the internalization of autism-related stigma to prevent mental health problems in autistic people. Autism-related stigma cannot be internalized if it is not present in our societies. Therefore, one way to address self-stigma in autistic individuals is to conduct anti-stigma programs addressing the general public, families of autistic individuals, teachers, and health practitioners (Saade et al., 2023). However, the efficacy of existing programs has been found to be limited so far (Godeau et al., 2010) and general public attitudes take a long time to evolve. Some studies focusing on anti-stigma programs for ASD have reported promising results but present methodological limits regarding

their impacts on stigmatizing attitudes and behaviours (e.g., short-term effects, no behavioural measures) (Campbell et al., 2004; Ranson & Byrne, 2014; Schachter et al., 2008; Staniland & Byrne, 2013). Consequently, in addition to these efforts to reduce public stigma, our results highlight the importance of preventing and reducing autism-related self-stigma in order to decrease the negative health outcomes associated with self-stigma in autistic individuals (Dubreucq et al., 2021; Dubreucq & Franck, 2019; Link et al., 2001; Livingston & Boyd, 2010)

Since changes in society's attitudes towards autism evolve at a slow pace, individual resources to rise above the consequences of stigmatization are an essential way of improving the well-being of autistic people. To this end, some autistic individuals make use of camouflaging behaviours, but research has research has not shown any consistent results regarding this strategy(Cage & Troxell-Whitman, 2019). Consistent with recent studies showing the detrimental effects of camouflaging on mental health (e.g., Cook et al., 2021b), we found that camouflaging was associated with increased depressive symptoms. In addition, camouflaging did not moderate the relationship between self-stigma and depression through shame, suggesting that it does not play a protective role against the effects of self-stigma.

Conversely, self-compassion was found to be a moderator of the mediation effect of shame on the relationship between self-stigma and depression. More specifically, our results indicate that, in individuals presenting with low to moderate levels of self-compassion, self-stigma had a strong effect on depression, and this effect was partially due to its impact on shame. This suggests that self-compassion, but not camouflaging, could be a protective factor in response to self-stigma. Self-compassion involves the development of an intrinsic motivation to self-regulate behaviours in ways that promote health and wellbeing (Terry & Leary, 2011; Trompetter et al., 2017) especially when people experience shame. In other words, self-compassion might allow stigmatized individuals to bring awareness to their thoughts and emotions tainted with stigma and approach their suffering with understanding, kindness, and a

sense of common humanity rather than living their experience of stigma as isolating (Neff et al., 2007). This, in turn, might decrease the experience of shame and lead to more effective coping with public stigma (Wong et al., 2019).

Several caveats should be noted in relation to our study. The experience of discrimination and perceived stigma were not evaluated as we focused on self-stigma. In future studies, it could be useful to measure the experience of discrimination to investigate if self-compassion acts as a buffer between public stigma and self-stigma. Second, we used self-reported diagnostic categories and autistic traits were not collected as a verification of trait presentation. Further research should explore the accuracy of self-reported categories and how different autism presentations may influence internalized stigma, shame and self-compassion. Third, our study used a cross-sectional approach which does not allow to demonstrate causality effects. Fourth, for the sake of feasibility and to limit the load on participants, only one mediator of the relationship between self-stigma and depression was explored. Thus, to determine whether shame is indeed the primary mediator in the relationship of self-stigma and depression, other potential mediating variables such as accessibility and suitability of mental health care, perceived social support or alexithymia (difficulties in identifying, expressing, and differencing emotions; Taylor, 2004) should be investigated. For instance, alexithymia has been recognized as a risk factor for various psychiatric conditions such as depression and anxiety disorders (Celikel et al., 2010; Frewen et al., 2008). Because it is highly prevalent in autistic individuals, alexithymia could be an additional mediator explaining the increased risk of mental health challenges in autistic populations. Indeed, alexithymia might prevent the use of effective emotion regulation strategies, especially, shame, anger or sadness, which are associated with minority stress.

Contribution to the Health Psychology Field

Given that self-compassion buffers the detrimental effects of self-stigma in autistic individuals, self-compassion interventions could be particularly pertinent to address self-stigma and its consequences in autistic individuals (Cai & Brown, 2021). Several self-compassion interventions exist (Wilson et al., 2019) and results indicate that they lead to increased self-compassion both in clinical and non-clinical populations (Craig et al., 2020; Kirby & Gilbert, 2019; Leaviss & Uttley, 2015; Luo et al., 2021; Mavituna et al., 2022; Riebel & Weiner, 2023; Thomason & Moghaddam, 2021; Winders et al., 2020). However, despite a recent review article on the potential benefits of Compassion Focused Therapy in autistic populations (Mason et al., 2023), to the best of our knowledge, only one interventional single-case study investigated the effectiveness of this therapy in an autistic adult (Riebel et al., 2024). Given these results, it seems crucial to pursue this line of work. In their mixed methods study, Cai et al. (2022) suggested that self-kindness and mindfulness (i.e., two of three components of self-compassion) should be targeted in autistic individuals, rather than focusing on the common humanity component of self-compassion (i.e., the understanding that unpleasant emotion experiences are part of the human experience). Indeed, in their study, many participants reported that they did not perceive themselves as having similar internal experiences as non-autistic people. Therefore, it is likely that self-compassion interventions may need adaptations to address the specific needs and self-stigma of autistic people. Overall, our results highlight the need for future research to investigate autism-related adaptations to existing compassion focused interventions and evaluate their feasibility and efficacy to improve the mental health of autistic individuals.

References

Adams, D., & Young, K. (2021). A Systematic Review of the Perceived Barriers and Facilitators to Accessing Psychological Treatment for Mental Health Problems in Individuals on the Autism Spectrum. In Review Journal of Autism and Developmental Disorders (Vol. 8, Issue 4, pp. 436–453). Springer. https://doi.org/10.1007/s40489-020-00226-7

Anderson-Chavarria, M. (2022). The autism predicament: models of autism and their impact on autistic identity. *Disability and Society*, *37*(8), 1321–1341. https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1877117

Aubé, B., Follenfant, A., Goudeau, S., & Derguy, C. (2021). Public Stigma of Autism Spectrum Disorder at School: Implicit Attitudes Matter. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*(5), 1584–1597. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04635-9

Bachmann, C. J., Höfer, J., Kamp-Becker, I., Küpper, C., Poustka, L., Roepke, S., Roessner, V., Stroth, S., Wolff, N., & Hoffmann, F. (2019). Internalised stigma in adults with autism: A German multi-center survey. *Psychiatry Research*, *276*, 94–99. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.023

Baeyens, D., Moniquet, A., Danckaerts, M., & Van Den Oord, S. (2017). [A comparative study of the structural stigmatisation of ADHD and autism spectrum disorder in Flemish newspapers]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *59*(5), 269–277. https://europepmc.org/article/med/28593620

Bagatell, N. (2007). Orchestrating voices: autism, identity and the power of discourse. *Http://Dx.Doi.Org/10.1080/09687590701337967*, *22*(4), 413–426. https://doi.org/10.1080/09687590701337967

Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(10), 3281–3294. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2010). The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): Development and psychometric evaluation of a new instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *19*(4). https://doi.org/10.1002/mpr.325

Baron-Cohen, S. (2017). Editorial Perspective: Neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(6), 744–747. https://doi.org/10.1111/JCPP.12703

Baroutsis, A., Eckert, C., Newman, S., & Adams, D. (2021). *How is autism portrayed in news media? A content analysis of Australian newspaper articles from 2016-2018*. https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1971067

Beck, J. S., Lundwall, R. A., Gabrielsen, T., Cox, J. C., & South, M. (2020). Looking good but feeling bad: "Camouflaging" behaviors and mental health in women with autistic traits. *Https://Doi.Org/10.1177/1362361320912147*, *24*(4), 809–821. https://doi.org/10.1177/1362361320912147

Bernardin, C. J., Lewis, T., Bell, D., & Kanne, S. (2021). Associations between social camouflaging and internalizing symptoms in autistic and non-autistic adolescents. *Https://Doi.Org/10.1177/1362361321997284*, *25*(6), 1580–1591. https://doi.org/10.1177/1362361321997284

Botha, M., & Frost, D. M. (2020). Extending the Minority Stress Model to Understand Mental Health Problems Experienced by the Autistic Population. Society and Mental Health, 10(1), 20–34. https://doi.org/10.1177/2156869318804297

Botha, M., Dibb, B., & Frost, D. M. (2022). "Autism is me": an investigation of how autistic individuals make sense of autism and stigma. *Disability and Society*, *37*(3), 427–453. https://doi.org/10.1080/09687599.2020.1822782

Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & Deforge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *37*(1), 17–23. https://doi.org/10.1037/prj0000035

Bureau, R., & Clément, C. (2023). "Survival classes for a neurotypical world": What French autistic adults want and need after receiving an autism diagnosis. *Https://Doi.Org/10.1177/13623613231183071*. https://doi.org/10.1177/13623613231183071

Bureau, R., Riebel, M., Weiner, L., Coutelle, R., Dachez, J., & Clément, C. (2023). French Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders 2023*, 1–10. https://doi.org/10.1007/S10803-023-06048-W

Burns, J., & Tierney, S. (2023). Beyond the mask: The role of camouflaging in managing an autistic identity for girls and women. *Principles of Gender-Specific Medicine*, 805–819. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-88534-8.00046-8

Bury, S. M., Hedley, D., Uljarević, M., Li, X., Stokes, M. A., & Begeer, S. (2024). Employment profiles of autistic people: An 8-year longitudinal study. Autism. https://doi.org/10.1177/13623613231225798

Bury, S. M., Jellett, R., Spoor, J. R., Hedley, D., Bury, S., & Tennison, O. (2023). "It defines who I am" or "it's something I have": What language do [autistic] Australian adults [on the autism spectrum] prefer?

Bury, S.M., Jellett, R., Spoor, J.R. *et al.* (2023). "It Defines Who I Am" or "It's Something I Have": What Language Do [Autistic] Australian Adults [on the Autism Spectrum] Prefer?. *J Autism Dev Disord* **53**, 677–687. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04425-3

Butler, R. C., & Gillis, J. M. (2011). The impact of labels and behaviors on the stigmatization of adults with asperger's disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *41*(6), 741–749. https://doi.org/10.1007/s10803-010-1093-9

Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(5), 1899–1911. https://doi.org/10.1007/S10803-018-03878-X/TABLES/5

Cage, E., Di Monaco, J., & Newell, V. (2018). Experiences of Autism Acceptance and Mental Health in Autistic Adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(2). https://doi.org/10.1007/s10803-017-3342-7

Cage, E., di Monaco, J., & Newell, V. (2019). Understanding, attitudes and dehumanisation towards autistic people. *Autism*, *23*(6). https://doi.org/10.1177/1362361318811290

Cai, R. Y., Gibbs, V., Love, A., Robinson, A., Fung, L., & Brown, L. (2022). "Self-compassion changed my life": The self-compassion experiences of autistic and non-autistic adults and its relationship with mental health and psychological wellbeing. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. https://doi.org/10.1007/s10803-022-05668-y

Cai, R. Y., Love, A., Robinson, A., & Gibbs, V. (2023). The Inter-Relationship of Emotion Regulation, Self-Compassion, and Mental Health in Autistic Adults. *Autism in Adulthood*. https://doi.org/10.1089/aut.2022.0068

Callow, T. J., Moffitt, R. L., & Neumann, D. L. (2021). External shame and its association with depression and anxiety: the moderating role of self-compassion. *Https://Doi.Org/10.1080/00050067.2021.1890984*, *56*(1), 70–80. https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1890984

Campbell, J. M., Ferguson, J. E., Herzinger, C. V., Jackson, J. N., & Marino, C. A. (2004). Combined descriptive and explanatory information improves peers' perceptions of autism. *Research in Developmental Disabilities*, *25*(4), 321–339. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.01.005

Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. Molecular Autism, 9(1). https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4

Celikel, F. C., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumurcu, B. E., & Cloninger, C. R. (2010). Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. Comprehensive Psychiatry, 51(1). https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2009.02.004

Christian, C., Nicholas, J. K., Penwell, T. E., & Levinson, C. A. (2023). Profiles of experienced and internalized weight-based stigma in college students across the weight spectrum: Associations with eating disorder, depression, and anxiety symptoms. Eating Behaviors, 50. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101772

Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. In *Clinical Psychology and Psychotherapy* (Vol. 26, Issue 5, pp. 511–530). John Wiley and Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/cpp.2372

Cook, J., Hull, L., Crane, L., & Mandy, W. (2021a). Camouflaging in autism: A systematic review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 89). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102080

Cook, J., Hull, L., Crane, L., & Mandy, W. (2021b). Camouflaging in autism: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *89*, 102080. https://doi.org/10.1016/J.CPR.2021.102080

Corden, K., Brewer, R., & Cage, E. (2021). Personal Identity After an Autism Diagnosis: Relationships With Self-Esteem, Mental Wellbeing, and Diagnostic Timing. *Frontiers in Psychology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.699335

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. In *Clinical Psychology: Science and Practice* (Vol. 9, Issue 1). https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.35

Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, *189*(3). https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(9), 878–884.

Corrigan, W., Larson, J., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices - CORRIGAN -. *World Psychiatry*, *8*, 75–81.

Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. In *Expert Review of Neurotherapeutics*

(Vol. 20, Issue 4, pp. 385–400). Taylor and Francis Ltd. https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184

Cunningham, A. B., & Schreibman, L. (2008). Stereotypy in autism: The importance of function. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *2*(3), 469–479. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2007.09.006

Davidson, D., Hilvert, E., Misiunaite, I., & Giordano, M. (2018). Proneness to guilt, shame, and pride in children with Autism Spectrum Disorders and neurotypical children. *Autism Research*, *11*(6), 883–892. https://doi.org/10.1002/AUR.1937

Davidson, D., Vanegas, S. B., & Hilvert, E. (2017). Proneness to Self-Conscious Emotions in Adults With and Without Autism Traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*(11), 3392–3404. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3260-8

Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2004). When the Social Self Is Threatened: Shame, Physiology, and Health. In *Journal of Personality* (Vol. 72). Blackwell Publishing.

Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2009). Psychobiological responses to social self threat: Functional or detrimental? *Self and Identity*, *8*(2–3), 270–285. https://doi.org/10.1080/15298860802505186

Dubreucq, J., & Franck, N. (2019). Neural and cognitive correlates of stigma and social rejection in individuals with Serious Mental Illness (SMI): A systematic review of the literature. *Psychiatry Research*, *274*, 146–158.

Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, *47*(5), 1261–1287. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181

Dubreucq, J., Plasse, J., Gabayet, F., Faraldo, M., Blanc, O., Chereau, I., Cervello, S., Couhet, G., Demily, C., Guillard-Bouhet, N., Gouache, B., Jaafari, N., Legrand, G., Legros-Lafarge, E., Pommier, R., Quilès, C., Straub, D., Verdoux, H., Vignaga, F., … Franck, N. (2020). Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *European Psychiatry*, *63*(1), e13. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.12

Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2012). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*, *12*. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-128

Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., Webb, M., & Finlay-Jones, A. (2022). A Review of Self-Compassion as an Active Ingredient in the Prevention and

Treatment of Anxiety and Depression in Young People. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *49*(3), 385–403. https://doi.org/10.1007/S10488-021-01170-2/TABLES/9

Feinstein, B. A., Davila, J., & Yoneda, A. (2012). Self-concept and self-stigma in lesbians and gay men. Psychology and Sexuality, 3(2). https://doi.org/10.1080/19419899.2011.592543

Fernández, D., Grandón, P., López-Angulo, Y., Vladimir-Vielma, A., Peñate, W., & Díaz-Pérez, G. (2023). Internalized stigma and self-stigma in people diagnosed with a mental disorder. One concept or two? A scoping review. In International Journal of Social Psychiatry (Vol. 69, Issue 8, pp. 1869–1881). SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.1177/00207640231196749

Ferreira, C., Matos, M., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2014). Shame Memories and Eating Psychopathology: The Buffering Effect of Self-Compassion. *European Eating Disorders Review*, *22*(6), 487–494. https://doi.org/10.1002/ERV.2322

Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A. (2020). A new measure to assess external and internal shame: development, factor structure and psychometric properties of the External and Internal Shame Scale. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00709-0

Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Required Sample Size to Detect the Mediated Effect. *Psychological Science*, *18*(3), 233. https://doi.org/10.1111/J.1467-9280.2007.01882.X

Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minority individuals. Journal of Behavioral Medicine, 38(1), 1–8. https://doi.org/10.1007/s10865-013-9523-8

Galluci, M. (2020). *jAMM: jamovi Advanced Mediation Models. [jamovi module]. Retrieved from https://jamovi-amm.github.io/.*

Galvin, J., & Richards, G. (2022). The indirect effect of self-compassion in the association between autistic traits and anxiety/depression: A cross-sectional study in autistic and non-autistic adults. *Autism : The International Journal of Research and Practice*. https://doi.org/10.1177/13623613221132109

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *J. Clin. Psychol: In Session*, *69*, 1–12. https://doi.org/10.1002/jclp.22021

Gilbert, P. (1998). What Is shame? Some core issues and controversies. In *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (Issue October).

Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *7*(3). https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U

Godeau, E., Vignes, C., Sentenac, M., Ehlinger, V., Navarro, F., Grandjean, H., & Arnaud, C. (2010). Improving attitudes towards children with disabilities in a school context: a cluster randomized intervention study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *52*(10), e236–e242. https://doi.org/10.1111/J.1469-8749.2010.03731.X

Guarneri, J. A., Oberleitner, D. E., & Connolly, S. (2019). Perceived Stigma and Self-Stigma in College Students: A Literature Review and Implications for Practice and Research. Basic and Applied Social Psychology, 41(1), 48–62. https://doi.org/10.1080/01973533.2018.1550723

Hammer, J. H., & Toland, M. D. (2017). Internal structure and reliability of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI-29) and Brief Versions (ISMI-10, ISMI-9) among Americans with depression. *Stigma and Health*, *2*(3), 159–174. https://doi.org/10.1037/sah0000049

Hasson-Ohayon, I., Ehrlich-Ben Or, S., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Roe, D. (2012). Insight into mental illness and self-stigma: The mediating role of shame proneness. *Psychiatry Research*, *200*(2–3), 802–806. https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2012.07.038

Hays, A. F. (2018). Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regession Approach. *The Guilford Press*.

Helminen, E. C., Ducar, D. M., Scheer, J. R., Parke, K. L., Morton, M. L., & Felver, J. C. (2022). Self-Compassion, Minority Stress, and Mental Health in Sexual and Gender Minority Populations: A Meta-Analysis and Systematic Review. Clinical Psychology: Science and Practice, 30(1), 26–39. https://doi.org/10.1037/cps0000104

Henderson, M., Brooks, S. K., Del Busso, L., Chalder, T., Harvey, S. B., Hotopf, M., Madan, I., & Hatch, S. (2012). Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open*, *2*, 1776. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012

Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Lowe, B., Hauser, W., & Zenger, M. (2015). Self-Compassion as a Resource in the Self-Stigma Process of Overweight and Obese Individuals. *Obesity Facts*, *8*(5), 293–301. https://doi.org/10.1159/000438681

Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. In Psychological Medicine (Vol. 49, Issue 4). https://doi.org/10.1017/S0033291718002283

Hull, L., Mandy, W., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. v. (2019a). Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q).

Journal of Autism and Developmental Disorders, *49*(3), 819–833. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6

Hull, L., Mandy, W., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. V. (2019b). Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(3), 819–833. https://doi.org/10.1007/S10803-018-3792-6/TABLES/8

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M. C., & Mandy, W. (2017). "Putting on My Best Normal": Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*(8), 2519–2534. https://doi.org/10.1007/S10803-017-3166-5/TABLES/2

Huws, J. C., & Jones, R. S. P. (2011). Missing voices: Representations of autism in British newspapers, 1999-2008. *British Journal of Learning Disabilities*, *39*(2). https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2010.00624.x

Jacoby, E. C., Walton, K., & Guada, J. (2019). Community Perspectives on Adults With Autism Spectrum Disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, *35*(1), 72–91. https://doi.org/10.1080/0164212X.2018.1507774

Jones, S. C., & Harwood, V. (2009). Representations of autism in Australian print media. *Disability and Society*, *24*(1). https://doi.org/10.1080/09687590802535345

Jury, M., Rohmer, O., Perrin, A.-L., & Desombre, C. (2021). Teachers' attitudes toward the inclusion of students with autism spectrum disorder: Impact of students' difficulties. *Autism Spectrum Disorders*, *83*. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101746ï

Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*, *49*(1). https://doi.org/10.1037/a0028353

Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, *137*(1). https://doi.org/10.1037/a0021466

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, *190*(MAR.), 248–254. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638

Kinnaird, E., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. In European Psychiatry (Vol. 55, pp. 80–89). Elsevier Masson SAS. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.004

Kirby, J. N., & Gilbert, P. (2019). Commentary Regarding Wilson et al. (2018) "Effectiveness of 'Self-Compassion' Related Therapies: a Systematic Review and Meta-analysis." All Is Not as It Seems. In *Mindfulness* (Vol. 10, Issue 6). https://doi.org/10.1007/s12671-018-1088-8

Kotera, Y., Green, P., & Sheffield, D. (2021). Mental health of therapeutic students: relationships with attitudes, self-criticism, self-compassion, and caregiver identity. *British Journal of Guidance and Counselling*, *49*(5), 701–712. https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1704683

Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLOS ONE*, *11*(4), e0152880. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0152880

Lai, M.-C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis.

Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. In *Psychological Medicine* (Vol. 45, Issue 5, pp. 927–945). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/S0033291714002141

Lewis, L. F. (2016). Realizing a diagnosis of autism spectrum disorder as an adult. *International Journal of Mental Health Nursing*, *25*(4). https://doi.org/10.1111/inm.12200

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, *52*(12). https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621

Link, B. G., Wells, J., Phelan, J. C., & Yang, L. (2015). Understanding the Importance of "symbolic Interaction Stigma": How Expectations about the Reactions of Others Adds to the Burden of Mental Illness Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*(2), 117–124. https://doi.org/10.1037/prj0000142

Liu, F., Ye, Z., Chui, H., & Chong, E. S. K. (2022). Effect of perceived public stigma on internalized homophobia, anticipated stigma, shame, and guilt: Outness as a moderator. Asian Journal of Social Psychology. https://doi.org/10.1111/ajsp.12552

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *71*(12), 2150–2161. https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2010.09.030

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (dass) with the beck depression and anxiety inventories. *BehaP. Res. Ther*, *33*(3), 335–343.

Luo, X., Che, X., Lei, Y., & Li, H. (2021). Investigating the Influence of Self-Compassion-Focused Interventions on Posttraumatic Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Mindfulness* (Vol. 12, Issue 12). https://doi.org/10.1007/s12671-021-01732-3

Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, *2*, 97–101. https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2014.12.016

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 32, Issue 6). https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003

Macleod, A., Lewis, A., & Robertson, C. (2013). "Why should I be like bloody Rain Man?!" Navigating the autistic identity. *British Journal of Special Education*, *40*(1). https://doi.org/10.1111/1467-8578.12015

Mason, D., Acland, J., Stark, E., Happé, F., & Spain, D. (2023). Compassion-focused therapy with autistic adults. Frontiers in Psychology, 14. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1267968

Mavituna, S., Hahn, E., Hahne, I., Bergmann, N., Pijnenborg, M., Ta, T. M. T., Tafelski, L., & Böge, K. (2022). Compassion-based approaches: a systematic review of their effectiveness and acceptability in schizophrenia spectrum disorders. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-02908-3

McDonald, T. A. M. (2020). Correction to: Discriminative and Criterion Validity of the Autism Spectrum Identity Scale (ASIS) (Journal of Autism and Developmental Disorders, (2017), 47, 10, (3018-3028), 10.1007/s10803-017-3221-2). In *Journal of Autism and Developmental Disorders* (Vol. 50, Issue 1). https://doi.org/10.1007/s10803-019-04228-1

Morrison, K. E., Pinkham, A. E., Penn, D. L., Kelsven, S., Ludwig, K., & Sasson, N. J. (2017). Distinct profiles of social skill in adults with autism spectrum disorder and schizophrenia. *Autism Research*, *10*(5). https://doi.org/10.1002/aur.1734

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, *41*(1), 139–154. https://doi.org/10.1016/J.JRP.2006.03.004

Pearson, A., & Rose, K. (2021). A Conceptual Analysis of Autistic Masking: Understanding the Narrative of Stigma and the Illusion of Choice. *Autism in Adulthood*, *3*(1), 52–60. https://doi.org/10.1089/aut.2020.0043

Perry, E., Mandy, W., Hull, L., & Cage, E. (2021). Understanding Camouflaging as a Response to Autism-Related Stigma: A Social Identity Theory Approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. https://doi.org/10.1007/s10803-021-04987-w

Perry, E., Mandy, W., Hull, L., & Cage, E. (2022a). Understanding Camouflaging as a Response to Autism-Related Stigma: A Social Identity Theory Approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *52*(2), 800–810. https://doi.org/10.1007/s10803-021-04987-w

Perry, E., Mandy, W., Hull, L., & Cage, E. (2022b). Understanding Camouflaging as a Response to Autism-Related Stigma: A Social Identity Theory Approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *52*(2), 800–810. https://doi.org/10.1007/s10803-021-04987-w

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879–891. https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879/METRICS

Preacher, K. J., Hayes, A. F., & Preacher, K. J. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879–891. https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879

Quinn, D. M., Williams, M. K., & Weisz, B. M. (2015). From Discrimination to Internalized Mental Illness Stigma: The Mediating Roles of Anticipated Discrimination and Anticipated Stigma. Psychiatric Rehabilitation Journal, 38(2), 103–108. https://doi.org/10.1037/prj0000136

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

Ramasawmy, S., Hicks, R., & Gilles, P.-Y. (2012). Développement des échelles de dépression, anxiété et stress (DASS-21) pour la population mauricienne. *Vive(Nt) Les Différences*, 239–243. https://doi.org/10.4000/BOOKS.PUP.37470

Ranson, N. J., & Byrne, M. K. (2014). Promoting Peer Acceptance of Females with Higher-functioning Autism in a Mainstream Education Setting: A Replication and Extension of the Effects of an Autism Anti-Stigma Program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(11), 2778–2796. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2139-1

Riebel, M., & Weiner, L. (2023). Feasibility and Acceptability of Group Compassion-Focused Therapy to Treat the Consequences of Childhood Maltreatment in People with Psychiatric

Disorders in France. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *211*(5). https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001603

Riebel, M., Krasny-Pacini, A., Manolov, R., Rohmer, O., & Weiner, L. (2024). Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study. Frontiers in Psychiatry, 14. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1281428

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, *129*(3), 257–265. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003

Ross, A., Grove, R., & McAloon, J. (2023). The relationship between camouflaging and mental health in autistic children and adolescents. *Autism Research*, *16*(1), 190–199. https://doi.org/10.1002/AUR.2859

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S., Müller, M., Walitza, S., & Rössler, W. (2014). Well-being among persons at risk of psychosis: The role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatric Services*, *65*(4), 483–489. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300169

Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., Lieb, K., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*(10), 766–773. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc

Saade, S., Bockstal-Fieulaine, B., Gillespie-Lynch, K., Besche-Richard, C., Boujut, É., Harrison, A. J., & Cappe, É. (2023). Evaluation of an Autism Training in a Much-Needed Context: The Case of France. *Https://Home.Liebertpub.Com/Aut*. https://doi.org/10.1089/AUT.2022.0080

Schachter, H. M., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A. B., Van Berkom, J., & Gill, R. (2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: A systematic review. In *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (Vol. 2). https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-18

Frewen, P. A., Lanius, R. A., Dozois, D. J., Neufeld, R. W., Pain, C., Hopper, J. W., ... & Stevens, T. K. (2008). Clinical and neural correlates of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of abnormal psychology*, *117*(1), 171.

Schulze, L. N., Klinger-König, J., Stolzenburg, S., Wiese, J., Speerforck, S., Van der Auwera-Palitschka, S., Völzke, H., Grabe, H. J., & Schomerus, G. (2020). Shame, self-identification with having a mental illness, and willingness to seek help in northeast Germany. *Psychiatry Research*, *285*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112819

Shtayermman, O. (2009). An exploratory study of the stigma associated with a diagnosis of asperger's syndrome: The mental health impact on the adolescents and young adults diagnosed with a disability with a social nature. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *19*(3), 298–313. https://doi.org/10.1080/10911350902790720

Singer, J. (2017). *Neurodiversity: The birth of an idea.*

Stagg, S. D., & Belcher, H. (2019). Living with autism without knowing: receiving a diagnosis in later life. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, *7*(1). https://doi.org/10.1080/21642850.2019.1684920

Staniland, J. J., & Byrne, M. K. (2013). The effects of a multi-component higher-functioning autism anti-stigma program on adolescent boys. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*(12), 2816–2829. https://doi.org/10.1007/s10803-013-1829-4

Tajfel, H., & Turner, J. C. (2004). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. *Political Psychology*, 276–293. https://doi.org/10.4324/9780203505984-16

Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to Shame, Proneness to Guilt, and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(3), 469–478. https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.469

Taylor, G. J. (2004). Alexithymia: 25 years of theory and research. In Emotional expression and health: Advances in theory, assessment and clinical applications.

Terry, M. L., & Leary, M. R. (n.d.). *Self-compassion, self-regulation, and health*. https://doi.org/10.1080/15298868.2011.558404

Thomason, S., & Moghaddam, N. (2021). Compassion-focused therapies for self-esteem: A systematic review and meta-analysis. In *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (Vol. 94, Issue 3). https://doi.org/10.1111/papt.12319

Trompetter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognitive Therapy and Research*, *41*(3), 459–468. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0

Williams, D. R., & Williams-Morris, R. (2000). Racism and mental health: The African American experience. Ethnicity and Health, 5(3–4). https://doi.org/10.1080/713667453

Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2019). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: a Systematic Review and Meta-analysis. In *Mindfulness* (Vol.

10, Issue 6, pp. 979–995). Springer New York LLC. https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6

Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. In *Clinical Psychology and Psychotherapy* (Vol. 27, Issue 3, pp. 300–329). John Wiley and Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/cpp.2429

Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L., & Miller, M. W. (2013). Sample Size Requirements for Structural Equation Models: An Evaluation of Power, Bias, and Solution Propriety. *Educational and Psychological Measurement*, *73*(6), 913–934. https://doi.org/10.1177/0013164413495237

Wong, C. C. Y., Knee, C. R., Neighbors, C., & Zvolensky, M. J. (2019). Hacking Stigma by Loving Yourself: a Mediated-Moderation Model of Self-Compassion and Stigma. *Mindfulness*, *10*(3), 415–433. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0984-2

Wood, L., Byrne, R., & Morrison, A. P. (2017). An Integrative Cognitive Model of Internalized Stigma in Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *45*(6), 545–560. https://doi.org/10.1017/S1352465817000224

Wood, L., Byrne, R., Burke, E., Enache, G., & Morrison, A. P. (2017). The impact of stigma on emotional distress and recovery from psychosis: The mediatory role of internalised shame and self-esteem. *Psychiatry Research*, *255*, 94–100. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.016

Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. In Autism Research (Vol. 15, Issue 5, pp. 778–790). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1002/aur.2696

Zessin, U., Dickh€, O., & Garbade, S. (2015). *The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis*. https://doi.org/10.1111/aphw.12051

Zhou, T., Wang, Y., & Yi, C. (2018). Affiliate stigma and depression in caregivers of children with Autism Spectrum Disorders in China: Effects of self-esteem, shame and family functioning. *Psychiatry Research*, *264*, 260–265. https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.03.071

Tables

Table 1

Descriptive statistic of participants

n	**689**
(male/female/nonbinary/ agender and not stated)	175 / 414 / 80 / 20
Mean age in years (SD)	36.5 (10.8)
Age range in years	18-76
Mean age at diagnosis (range)	35.9 (4-76)
Country of residence (%)	
Metropolitan France	86.2%
Overseas territories	2.8%
Switzerland	5.2%
Belgium	1.89%
Other	3.9%
Level of education (%)	
Secondary	3.9%
High school	5.2%
Vocational studies	13.4%
Higher education	77.6%
Occupation	
Employed full-time or part-time	60.1%
Unemployed or unable to work	24.6%
Student	17.7%
Retired	0.7%
Severity of depressive symptoms	
Normal	14.8%
Mild	11.9%
Moderate	28.1%
Severe	17.7%
Extremely severe	27.4%
Self-stigma	
Normal or mild	54.8%
Moderate to elevated	45.2%

Table 2

Correlation matrix

	n	M (SD)	Range	ISMI-9	DASS-21	EISS	SCS-short
ISMI-9	689	2.51 (0.49)	1.13-3.88				
DASS-21 (depression)	688	10.15 (5.17)	0-21	0.437***			
EISS	689	13.21 (4.11)	0-24	0.532***	0.493***		
SCS-short	689	2.29 (0.63)	1-4.33	-0.322***	-0.469***	-0.466***	
CAT-Q	689	118.26 (16.97)	52-156	0.197***	0.184***	0.183***	-0.133***

Note. ISMI-9, internalized stigma of mental illness scale – 9 items; DASS-21, depression, anxiety and stress scale, depression subscale only; EISS, Externalized and internalized shame scale; SCS-short, self-compassion scale-short form; CAT-Q, Camouflaging questionnaire; M, mean; SD, standard deviation; ***p<.001(Bonferroni adjustment)

Figures

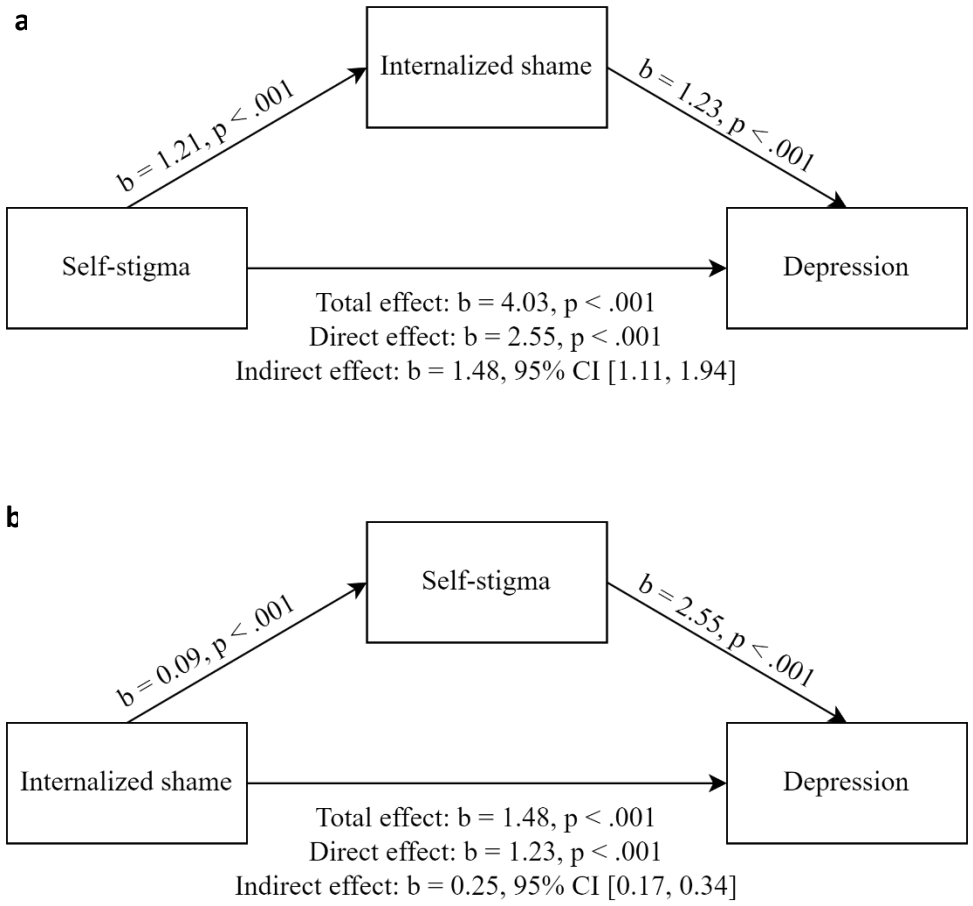


Figure 1

Simple mediations models

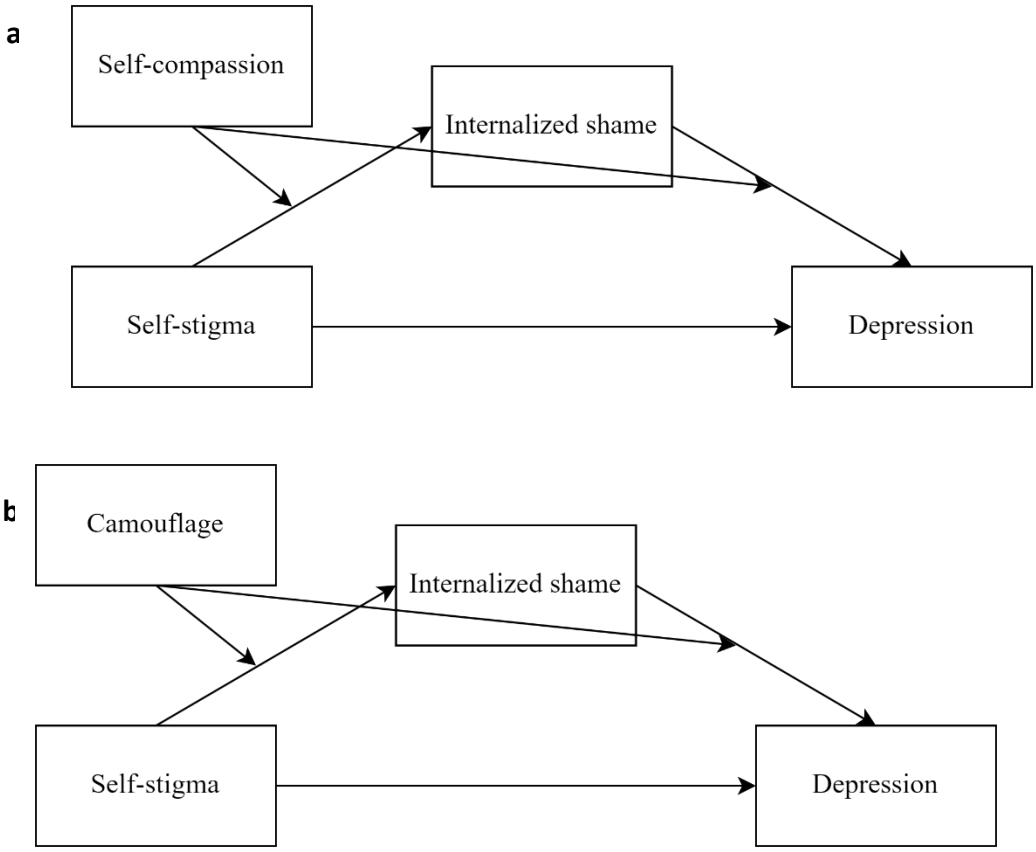


Figure 2:

The assumptive moderated mediations models

Étude complémentaire

«Avec autisme»,«autiste»,«sur le spectre»,«avec un TSA» ? Étude des préférences de dénomination et des facteurs pouvant les influencer auprès de la population française

Bureau, R., Dachez, J., Riebel, M., Weiner, L., & Clément, C.

A partir de cette même collecte de données, des analyses supplémentaires ont été réalisées afin d'examiner les préférences de dénomination de l'autisme par les personnes concernées. Le rôle de différents facteurs pour expliquer cette préférence a été examiné. Une préférence pour la dénomination « personne autiste » se dégage clairement parmi les personnes rapportant un diagnostic d'autisme. « Avec autisme », pourtant régulièrement utilisée dans le milieu professionnel, se classe en dernier choix. Le statut diagnostique, l'âge, le genre et la honte internalisée influencent significativement les préférences de dénomination. Ces analyses ont fait l'objet d'une publication, dont la référence et le lien d'accès sont donnés ci-dessous.

Bureau, R., Dachez, J., Riebel, M., Weiner, L., & Clément, C. (2024). «Avec autisme»,«autiste»,«sur le spectre»,«avec un TSA»? Étude des préférences de dénomination et des facteurs pouvant les influencer auprès de la population française. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatriqu*en

L'article est consultable en suivant ce lien :

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448724001732

Conclusions de la Partie 2 et liens avec la Partie 3

Dans cette deuxième partie de la thèse, nous avons évalué, à travers plusieurs études transversales, différentes étapes de notre modèle théorique de l'autostigmatisation et de ses conséquences. En effet, nous avons dans un premier temps examiné les attitudes des étudiants vis-à-vis des problèmes de santé mentale en comparaison aux problèmes de santé physique. Nos résultats ont infirmé nos hypothèses et indiquent des attitudes plus favorables envers les problèmes de santé mentale en comparaison aux problèmes de santé physique. Nous supputons que cet effet pourrait être lié à la période à laquelle nous avons réalisé la récolte de données, juste après les confinements liés au Covid. Ce résultat surprenant pourrait être lié à ce contexte spécifique où un climat anxiogène vis-à-vis des problèmes de santé physique – notamment infectieux – régnait, et où une forte sensibilisation au sujet des difficultés psychologiques a été mise en place, en particulier auprès des populations étudiantes. Ensuite, nous avons interrogé les liens entre honte et les conséquences négatives de l'autostigmatisation et examiné le potentiel rôle protecteur de l'autocompassion dans ces relations. Nos résultats en population étudiante, répliqués en population autiste, soutiennent notre modèle théorique. Autrement dit, la honte semble associée aux impacts négatifs de l'autostigmatisation. La prochaine partie de la thèse présente les recherches appliquées visant à évaluer la faisabilité et l'efficacité de la Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC) pour réduire l'autostigmatisation, la honte et leurs conséquences.

PARTIE 3 : La Thérapie Fondée sur la Compassion pour réduire la honte et l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie, *recherches interventionnelles.*

Chapitre 10 : Article 4 - Feasibility and Acceptability of Group Compassion-Focused Therapy to Treat the Consequences of Childhood Maltreatment in People With Psychiatric Disorders in France

Cette première étude de recherche appliquée avait pour objectif d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'intérêt clinique de notre programme groupal de Thérapie Fondée sur la Compassion pour les personnes suivant en psychiatrie qui font l'expérience d'une honte excarbée en lien avec des maltraitances vécues dans l'enfance. En effet, au-delà de l'autostigmatisation liée aux troubles psychiatriques et / ou du neurodéveloppement, le vécu de maltraitances infantiles est souvent associé à une dépréciation de soi importante qui se manifeste par un sentiment de honte exacerbé (Reid, 2018 ; Fowke et al., 2011). Dans le cadre de cette étude, réalisée au cours de mon année de Master 2, nous avons recruté 8 personnes suivies en psychiatrie ayant des antécédents de maltraitance qui présentaient un tableau clinique sévère avec des comorbidités. La faisabilité et l'acceptabilité ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire de satisfaction standardisé, des taux d'abandon et de l'assiduité. Les bénéfices cliniques ont été évalués par l'évolution des scores sur les échelles d'auto-compassion, de honte et de dimensions psychopathologiques. L'adhésion à la thérapie (75 %) et l'assiduité (88,3 %) ont été élevées, et tous les participants se sont déclarés très satisfaits. Après le traitement, l'auto-compassion a augmenté de manière significative ($p = 0,016$), et les scores de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique ont diminué. Notre étude est la première à montrer que la TFC en groupe transdiagnostique groupe est réalisable dans un contexte de soins de routine en France. Les changements dans les scores des questionnaires des symptomatologies indiquent la valeur clinique de l'intervention et encouragent la poursuite d'autres recherches pour déterminer son efficacité.

Sur la base de ce programme en 12 séances, qui s'est montré faisable, acceptable et pertinent pour traiter la honte et des symptomatologies diverses, nous avons développé l'intervention clinique présentée dans les chapitres suivants

BRIEF REPORT

Feasibility and Acceptability of Group Compassion-Focused Therapy to Treat the Consequences of Childhood Maltreatment in People With Psychiatric Disorders in France

Marie Riebel, MSc and Luisa Weiner, PhD

Downloaded from http://journals.lww.com/jonmd by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIHo4XMi0hCywCX1AWnYQp/IlQrHD3i3D0OdRyi7TvSFl4Cf3VC1y0abggQZXdgGj2MwlZLeI= on 04/11/2023

Abstract: Childhood maltreatment contributes to the development of psychiatric disorders. Shame appears to be an important mediating factor. Compassion-focused therapy (CFT) targets shame and seems relevant for adults with hard-to-treat psychiatric disorders associated with childhood maltreatment. Nevertheless, few studies have examined the feasibility and relevance of group CFT for this population and none in a French routine care setting. The aim of our study was to evaluate the feasibility and acceptability of group CFT for psychiatric disorders associated with childhood maltreatment. Eight adult patients with a history of childhood maltreatment participated in the 12-session group CFT. Feasibility and acceptability were assessed via a standardized satisfaction questionnaire, dropout rates, and attendance. Clinical benefits were assessed via changes in scores on scales of self-compassion, shame, and psychopathological dimensions. Adherence to therapy (75%) and attendance (88.3%) were high, and all participants reported high satisfaction. Posttreatment, self-compassion significantly increased ($p = 0.016$), and depression, anxiety, and posttraumatic scores decreased. Our study is the first to show that transdiagnostic group CFT (difficult-to-treat psychiatric disorders associated with a history of child maltreatment) is feasible in a French routine care setting. Changes in clinical scale scores after the intervention suggest the clinical value of the intervention and encourage further research of its effectiveness.

Key Words: Compassion-focused therapy, self-compassion, childhood maltreatment, feasibility, acceptability, transdiagnostic, shame

(*J Nerv Ment Dis* 2023;211: 393–401)

Childhood maltreatment includes emotional and physical neglect, emotional and physical abuse, and sexual abuse (Bernstein et al., 1994). Childhood maltreatment affects an average of 10% of children in high-income countries (Gilbert et al., 2009) and it is the most important risk factor for several psychiatric disorders that persist into adulthood (*e.g.*, Afifi et al., 2008; Chen et al., 2010; Dragioti et al., 2022; Kessler et al., 2010; Teicher et al., 2022).

Importantly, patients with a history of child maltreatment have more severe symptoms than patients without such a history, regardless of their psychiatric diagnosis (Teicher et al., 2022). Childhood maltreatment is involved in the multiplication of diagnoses (*i.e.*, comorbidities), and it increases the functional impact of the disorder(s), decreases the effectiveness of treatments, and increases the risk of suicide (*e.g.*, Afifi et al., 2008; Dube et al., 2001; Kessler et al., 2010; Lippard and Nemeroff, 2020; Nanni et al., 2012; Thomas et al., 2019). In particular, the shame associated with childhood maltreatment is one of the main mediators involved in the development of psychopathology in adulthood (Feiring, 2005; Milligan and Andrews, 2005; Sekowski et al., 2020; Wright et al., 2009).

Shame is an emotion with a negative valence influenced by the social environment (Goffnett et al., 2020). An important element of shame is negative self-evaluation and self-criticism, akin to rumination (Murphy et al., 2002). In addition to increasing the risk of psychopathology, shame can be a hindrance to the effectiveness of treatments as it influences the expression of symptoms and the patient's ability to disclose painful information and to seek help, and it can promote several types of avoidance, such as denial and dissociation (Gilbert and Procter, 2006; Macdonald and Morley, 2001). Importantly, changes in shame levels explain variations in functioning, whereas the severity of the abuse does not (Feiring et al., 2002). In a study conducted by Alix et al. (2017) in sexually abused adolescent girls, results of mediation and path analysis suggested that shame levels mediated the effect of self-blame on posttraumatic stress symptoms, hence suggesting that shame is a therapeutic target that should be prioritized in this population. In addition to sexually abused adolescent girls, recent studies have shown that high levels of shame are also frequent in adults who have been sexually (Reid, 2018), physically (Sekowski et al., 2020), and emotionally (Fowke et al., 2012; Shahar et al., 2015) maltreated. Given this, a growing number of studies indicate the potential usefulness of targeting shame in people presenting with sequelae of different forms of childhood maltreatment (*e.g.*, Alix et al., 2017; Fowke et al., 2012; Mojallal et al., 2021; Reid, 2018; Sekowski et al., 2020).

Several psychotherapeutic approaches target shame (Goffnett et al., 2020). In particular, compassion-focused therapy (CFT) has gathered a large body of evidence in the treatment of shame and self-blame in a wide range of clinical settings (Craig et al., 2020; Kirby et al., 2017; Mavituna et al., 2022). CFT integrates cognitive behavioral therapy (CBT) principles with evolutionary psychology, affective neuroscience, social and developmental psychology, as well as Buddhist psychology (Gilbert, 2009). Gilbert (2015) defines compassion as a motivation that orients to a "sensitivity to suffering in self and others with a commitment to try to alleviate and prevent it." CFT has been found to improve depressive, anxiety, and psychotic symptoms while reducing shame and self-criticism (Kirby et al., 2017).

An integral part of CFT involves psychoeducation about brain functioning, especially the roles of three emotional regulation systems: the threat detection and protection system, the drive system, and the soothing and social safety system (Gilbert et al., 2009). CFT proposes that psychological difficulties arise when the three emotional regulation systems are out of balance. Compassion allows the soothing system to be strengthened and activated and, thus, to regulate the threat and drive systems (Gilbert and Irons, 2005). Consistently, in people presenting with sequelae of childhood maltreatment, self-compassion has been reported to be a mediator of the association between cumulative interpersonal trauma exposure and the severity of complex posttraumatic stress disorder (PTSD) (McQuillan et al., 2022) and of the association between

Department of Psychiatry, University Hospital of Strasbourg, and Laboratoire De Psychologie Des Cognitions, University of Strasbourg, Strasbourg, France.
Send reprint requests to Marie Riebel, MSc, Laboratoire De Psychologie Des Cognitions (LPC), University of Strasbourg, Faculté De Psychologie, 12 Rue Goethe, 67000 Strasbourg, France. E-mail: marie.riebel@unistra.fr.
Marie Riebel: ORCID: 0000-0001-8849-4487.
Author contributions: M. R. and L. W. designed the research protocol. M. R. developed the intervention program and all therapy materials for patients (including therapy notebook, videos of practices, and psychoeducation materials). M. R. and L. W. recruited participants and conducted therapy sessions together. M. R. conducted the statistical analyses and wrote the first draft of the manuscript, which was then reviewed by L. W.
Funding: Marie Riebel conducted the study as a laureate of a young researcher scholarship by Fondation Fondamental.
Ethical considerations: Patients gave written consent to participate in the CFT group. The ethics committee of the Faculty of Medicine of the University of Strasbourg gave its approval for the study.
Both authors have read and approved the submitted manuscript.
Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.
ISSN: 0022-3018/23/21105–0393
DOI: 10.1097/NMD.0000000000001603

Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Downloaded from http://journals.lww.com/jonmd by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIHo4XMi0hCywCX1AWnYQp/IlQrHD3i3D0OdRyi7TvSFl4Cf3VC1y0abggQZXdgGj2MwlZLeI= on 04/11/2023

the severity of childhood maltreatment and emotion regulation difficulties in adulthood (Vettese et al., 2011).

Emotion regulation difficulties may in turn be involved in the emergence of a wide range of psychopathologies, including mood disorders, PTSD, and borderline personality disorder (Afifi et al., 2008; Amado et al., 2015; Cutajar et al., 2010; Kessler et al., 2010). Given this, theoretical studies have suggested interventions targeting self-compassion to be particularly relevant for adults who have experienced childhood maltreatment, irrespective of their main diagnosis. Nevertheless, to our knowledge, the feasibility of transdiagnostic CFT for individuals with sequelae of childhood maltreatment has never been evaluated.

The aim of the present study was to test the feasibility, acceptability, and clinical pertinence of group CFT for patients with complex psychiatric disorders (multidiagnosis) with a history of child abuse and/or neglect. We hypothesize that transdiagnostic group CFT will be feasible and acceptable; that is, dropout rates will be low, whereas attendance and satisfaction will be high. In addition, we expect that the therapy will be clinically relevant; that is, improvements in levels of shame and self-compassion, as well as decreases in depressive, anxiety, and posttraumatic symptoms, will be found posttreatment.

METHODS

Participants

Eight adult patients were recruited from the Psychiatry Department of the University Hospitals of Strasbourg after an admission interview and after completing the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Paquette et al., 2004; Scher et al., 2001).

The inclusion criteria for the study were as follows: CTQ scores above the cutoff established by Paquette et al. (2004) in at least one subscale (*e.g.*, emotional neglect ≥16, physical abuse ≥11, emotional abuse ≥16, physical neglect ≥14, sexual abuse ≥11), presence of shame and self-criticism observed during the admission interview, and presence of at least one diagnosed psychiatric disorder.

Criteria for noninclusion in the study were a psychotic or manic state, a substance use disorder, and no psychiatric follow-up.

The eight participants (four women, 50%) included in the study ranged in age from 20 to 31 years (mean [SD], 26.5 [3.11] years). Total childhood maltreatment scores on the CTQ ranged from 50 to 27 (mean [SD], 35.7 [9.16]). The CTQ total score of one participant who had autism spectrum disorder was much lower than that of the rest of the group (CTQ score, 26.5). However, we decided to include this participant because self-report questionnaires are known to suffer from several biases in autism (*e.g.*, alexithymia, lack of insight) (Poquérusse et al., 2018; Sandercock et al., 2020), which seemed to be present in this case and may have caused an underevaluation on the CTQ. Indeed, during the inclusion interview with the clinician, this patient reported a suicide in the family and high levels of emotional neglect and abuse.

Regarding the primary diagnosis, two participants had severe bipolar disorder (25%), three participants had PTSD (two had complex PTSD; 37.5%), one participant suffered from persistent depressive disorder with moderate severity (12.5%), and one participant had autism spectrum disorder with high severity (12.5%). Also, five participants had comorbid borderline personality disorder (62.5%). The severity of each diagnosis was evaluated by two clinical psychologists in association with each patient's psychiatrist based on the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition* (*DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013). Five patients had been hospitalized in psychiatric clinics in the past (62.5%) (Table 1), and two participants were inpatients at the beginning of the study (25%). In terms of psychotropic drugs, five patients were polymedicated (62.5%) and two patients were unmedicated; three patients were taking lithium (37.5%); three patients were under antipsychotic drugs (37.4%); two patients had antidepressant drugs (25%); two patients were taking antiepileptic drugs (25%); and one patient was under a psychostimulant drug (12.5%). Treatment of all participants was not changed during the intervention, and none of them followed a psychotherapy. They did, however, have regular contact with their psychiatrist, as part of their treatment as usual.

Material

Main Measures: Feasibility and Acceptability

To assess feasibility and adherence to the intervention, we assessed i) attrition rates, that is, the percentage of therapy dropouts, ii) patient attendance rates, that is, the overall percentage of attendance at group sessions, and iii) patient self-assessed satisfaction via the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Sabourin and Gendreau, 1988) posttherapy (T2).

The French version of the CSQ-8 has good reliability (Cronbach's $\alpha = 0.92$) and factorial validity (Sabourin and Gendreau, 1988). This eight-item scale measures patients' satisfaction of various aspects of mental health services on a Likert-type scale ranging from 1 to 4 (Attkisson and Zwick, 1982).

Secondary Measures: Clinical Relevance

To explore the clinical relevance of the intervention, changes in scores on shame, self-compassion, depression, anxiety, and traumatic symptoms scales before (T0) and after (T2) group CFTs were examined. In addition, patients also completed the depression, anxiety, stress,

TABLE 1. Sociodemographic and Mental Health Information of the Participants

	Age	Sex	Marital Status	Education	Professional Status	Diagnostics	Past Hospitalization in Psychiatry
P1	27	M	S	+9	Student	PDD	0
P2	28	M	R	+5	Student	BPD, PTSD	1
P3	25	F	R	+5	Student	ASD, PTSD	0
P4	26	M	R	+3	Student	PTSD, MDD, STPD	0
P5	27	F	R	+5	Unemployed	BD, BPD,	1
P6	27	F	R	+5	Unemployed	MDD, PTSD, BPD	2
P7	20	F	R	+1	Student	ED, PTSD, ADHD	2
P8	31	M	R	+5	Unemployed	BPD, BD, ADHD	6
Mean (SD)	26.5 (3.11)			5.5 (2.73)			1.5 (2)

PDD indicates persistent depressive disorder; BPD, borderline personality disorder; ASD, autism spectrum disorder; MDD, major depressive disorder; STPD, schizotypal personality disorder; BD, bipolar disorder; ED, eating disorder; ADHD, attention deficit hyperactivity disorder; R, relationship.

© 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Downloaded from http://journals.lww.com/jonmd by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIHo4XMi0hCywCX1AWnYQp/IlQrHD3i3D0OdRyi7TvSFl4Cf3VC1y0abggQZXdgGj2MwlZLeI= on 04/11/2023

shame, and self-compassion questionnaires at the midpoint of the therapy (T1).

To assess the level of shame, the French version of the Harder Personal Feelings Questionnaire-2 was used. This is a 16-item questionnaire developed to assess shame and guilt on a scale of 0 (never) to 4 (almost constantly) (Harder et al., 1992).

The Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003) consists of 26 items with a 5-point Likert scale and includes six subscales, that is, a) self-compassion, b) self-judgment, c) sense of common humanity, d) isolation, e) mindfulness, and f) overidentification. In addition, a total self-compassion score can be obtained. The French version of the SCS has good reliability and internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.94$) (Kotsou and Leys, 2016).

The Depression Anxiety and Stress Scales (DASS 42) were used to assess the evolution of depressive and anxiety symptoms during the course of CFT (Lovibond and Lovibond, 1995). The French version of the DASS 42 has good internal consistency; that is, the Cronbach's α value is 0.94 for the depression scale, 0.88 for the anxiety scale, and 0.91 for the stress scale (Ciobanu et al., 2018). The DASS consists of 42 items that can be scored from "did not apply to me at all" (0) to "applied to me very much, or most of the time" (4).

The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5) is a self-report measure of posttraumatic symptoms consisting of 20 items, with four subscales. Its French version has been validated and has excellent internal consistency (Cronbach $\alpha = 0.94$) (Ashbaugh et al., 2016).

Intervention

The transdiagnostic group CFT consisted of 12 weekly sessions of 2 hours 15 minutes, including a 15-minute break. Two clinical psychologists, trained in CBT and CFT, facilitated the therapy.

Before starting the group therapy, preadmission interviews were conducted with two clinical psychologists (L. W. and M. R.). Patients filled out the CTQ and particular attention was paid to self-critical thoughts and the feelings of shame. These individual sessions allowed establishing an initial history of the patients' difficulties and evaluating their motivation to participate in the group. After the preadmission interview, we received each participant during an individual session to build a case conceptualization based on the CFT model (Gilbert and Procter, 2006) and to carry out motivational work through the identification of individualized goals and potential obstacles (Steindl et al., 2018). Another individual session was held after session 6 of group therapy, with the aim of cultivating their motivation. To this aim, a matrix inspired by Acceptance and Commitment Therapy (Wilson, 2014) was completed collaboratively with the patients to help them engage in therapy and move forward in the direction of their values and goals.

The content of the 12 CFT group sessions is presented in Table 2 with each session's therapeutic aims and key practices. The program was constructed building on previous research in group CFT (*e.g.*, Andersen and Rasmussen, 2017; Cuppage et al., 2018; Gilbert and Procter, 2006; Lucre and Corten, 2013). Each participant received a therapy workbook to consolidate therapeutic learning. To promote generalization and skill use, participants were encouraged to practice the skills through videos (available here: https://youtube.com/playlist?list=PL0yjCwxuHM65-s1PF1IbW_sxL2lwuOJHe).

Each session began with a guided breathing or imagery practice and was followed by a group summary of the previous session and feedback on the practices performed during the week. After a 15-minute break, new content was discussed, and group experiential practices were conducted (*e.g.*, imagery, subgroup reflections, role plays, chair work) and then intersession practices were planned. The session closed with a compassionate imagery practice.

The first two sessions focused on psychoeducational contents such as the tricky brain problem and the three circles model with the overall aim of deshaming participants. Session 3 focused on identifying and responding to blocks, fears, and resistances to compassion (Steindl et al., 2022). Session 4 had a motivational focus: it explored the pros and cons of self-criticism and self-compassion and introduced the idea of compassionate thoughts. In session 5, we discussed the social construction of the self and created the image of an ideal compassionate other. In sessions 6 and 7, to cultivate the compassionate self, we presented and practiced distress tolerance skills. Session 8 focused on differentiating the multiple emotional selves and then using the compassionate self through the use of chair work to integrate these different emotional selves (Bell et al., 2021). In session 9, we explored the perfectionist self and then learned how to write a compassionate letter to oneself. Session 10 focused on how to compassionately deal with flashbacks and nightmares (Lee and James, 2011). Session 11 aimed at constructing a compassionate narrative of one's life path and working with shame memories. Lastly, session 12 focused on the key take-home learnings from the past 12 sessions and the creation of a personalized toolbox containing compassionate items.

Statistics

Descriptive feasibility results are expressed in terms of mean and standard deviation and percentages. To assess preliminary efficacy, we used the nonparametric Wilcoxon signed-rank test. We also calculated the effect size, *r*, via the pair rank-biserial coefficients. The values range from −1 (meaning that all values in the second sample are larger than all values in the first sample) to +1 (meaning that all values in the second sample are smaller than all values in the first) (Kerby, 2014). A value of *r* around 0.1 is considered a small effect size, *r* around 0.2 is considered a medium effect size, and *r* greater than 0.5 corresponds to a large effect size. We also used visual descriptions of the pretherapy and posttherapy changes using different graphical representations on which the normative values of the standardized questionnaires are shown.

RESULTS

Main Measures: Feasibility of the Transdiagnostic CFT Group

Attrition Rate

Two of the eight participants (25%) dropped out of therapy.

Attendance Rate

The average attendance rate for patients who completed therapy was 88.3% (range, 75%–100%; SD, 9%), indicating high adherence to therapy.

Satisfaction

Participants who completed therapy reported, via the CSQ-8, high levels of satisfaction with the therapy. Indeed, the mean (SD) score was 3.7 (0.25) out of 4. All participants gave the highest score (4/4) to the quality of the therapy sessions and their likelihood of recommending the therapy to a friend.

Secondary Measures: Preliminary Efficacy

The median (Md) total self-compassion scores on the SCS scale was significantly higher posttherapy (T2) (Md, 18.80) compared with pretherapy (T0) (Md, 14.35) ($z = 0$, $p = 0.016$), with a small effect size ($r = -1.00$). A significant increase in self-compassion was found at the midpoint of therapy (T1) (Md, 15.88) ($z = 0$, $p = 0.016$), with a small effect size ($r = -1.00$), and decreased significantly from midpoint (T1) until the end of therapy (T2) ($z = 0$, $p = 0.016$), with a small effect size ($r = -1.00$). These results suggest that both phases of intervention (sessions 1–6 and sessions 7–12) increased the level of self-compassion. Furthermore, the pretherapy individual self-compassion scores of all participants were below the mean of the general population (mean, 18.25) (Neff, 2003). Posttherapy, only one participant's score remained below the cutoff threshold (Fig. 1).

© 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

TABLE 2. Aims and Description of In-Session and In-Between Session Contents

	Aims and Contents	In-Session Practices	In-Between Session Practices
1	Presentation of the rules and functioning of the group, presentation of the participants and therapists Definition of compassion The tricky brain	Identifying old brain-new brain loops Soothing rhythm breathing (SRB)	SRB Worksheet 1: My motivations to engage on a compassionate path
2	Three emotion regulation systems (the three circles) Understanding the evolutionary function of emotions	Identifying personal emotion triggers SRB Safe place imagery	SRB and safe place imagery Worksheet 2.1: Drawing my three circles Worksheet 2.2: Emotion mindfulness exercise (labeling emotions moment after moment)
3	Identifying fears of compassion and obstacles How to understand and respond the fears of compassion	Skills for managing fears and resistance to compassion Functional analysis of self-critic and self-compassion through imagery and collective reflection Safe place imagery	SRB and safe place imagery Worksheet 3.1: Naming and responding to my fears of compassion compassionately Worksheet 3.2: My safe place
4	Exploration of pros and cons of self-critic and self-compassion The compassionate mind	Compassionate color imagery How to generate compassionate thinking	SRB and compassionate imagery (safe place and/or compassionate color) Worksheet 4.1: Compassionate thinking
5	Social construction of self and emotional conditioning	Creating the image of an ideal compassionate other Ideal compassionate other imagery	SRB and compassionate imagery (safe place and/or compassionate color and/or ideal compassionate other) Worksheet 5.1: The person I would like to be
6	Developing the compassionate self Distress tolerance skill part 1: the "3A"	Personal assessment of the "PACE skills" (French acronym for Compassionate Thoughts Attention, Behaviors and Emotions) Personalize the 3A skill (French acronym for Welcome suffering, Accept and tolerate, Access the compassionate self) Compassionate self-imagery	SRB and compassionate imagery (safe place and/or compassionate color and/or ideal compassionate other and/or compassionate self) Worksheet 6.1: Using the 3A
7	Distress tolerance skills part 2: STOP	Compassionate self-imagery Embodying the three central qualities of compassion: wisdom, caring motivation, and courage	SRB and compassionate imagery (safe place and/or compassionate color and/or ideal compassionate other and/or compassionate self) Worksheet 7.1: Activating the compassionate self in daily life: step 1
8	Multiple selves Cultivating the compassionate self	Multiple self-practice through chair work in little groups	SRB and compassionate imagery (safe place and/or compassionate color and/or ideal compassionate other and/or compassionate self) Worksheet 8.1: Activating the compassionate self in daily life: step 2 Worksheet 8.2: Multiple selves
9	Understanding the perfectionist self Compassionate letter	Guided imagery: addressing the perfectionist self with the compassionate self Reading examples of compassionate letters in little groups and collective reflection of the qualities of a compassionate letter	SRB and compassionate imagery (safe place and/or compassionate color and/or ideal compassionate other and/or compassionate self) Worksheet 9.1: Activating the compassionate self in daily life: part 3 Worksheet 8.2: Writing a compassionate letter about a small daily life struggle
10	Compassion for trauma Understanding the traumatized brain, flashbacks and nightmares	Compassionate behaviors for dealing with flashback and sleep difficulties	SRB and compassionate imagery (safe place and/or compassionate color and/or ideal compassionate other and/or compassionate self) Worksheet 10.1: Compassionate response to flashbacks and sleep difficulties Worksheet 11.2: Activating the compassionate self in daily life: part 4
11	Compassionate perspective about one's life narrative Compassionate perspective: KUWS acronym (knowledge, understanding, wisdom, strength)	Using compassionate skills for dealing with an invasive memory Using the KUWS acronym to give a new meaning to trauma Assessment of personal safe strategies	SRB and compassionate imagery (safe place and/or compassionate color and/or ideal compassionate other and/or compassionate self) Worksheet 11.1: Writing a compassionate letter for trauma Worksheet 11.2: Activating the compassionate self in daily life: part 5
12	Assessment of therapy, collective reflections Creation of a personalized compassionate toolkit	Personal and collective assessments of things that have changed Personal and collective assessment of helpful practices and skills Worksheet 12.1: Compassionate version of self	

© 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Downloaded from http://journals.lww.com/jonmd by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIHo4XMi0hCywCX1AWnYQp/IlQrHD3i3D0OdRyi7TvSFl4Cf3VC1y0abggQZXdgGj2MwlZLeI= on 04/11/2023

Downloaded from http://journals.lww.com/jonmd by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIHo4XMi0hCywCX1AWnYQp/IlQrHD3i3D0OdRyi7TvSFl4Cf3VC1y0abggQZXdgGj2MwlZLeI= on 04/11/2023

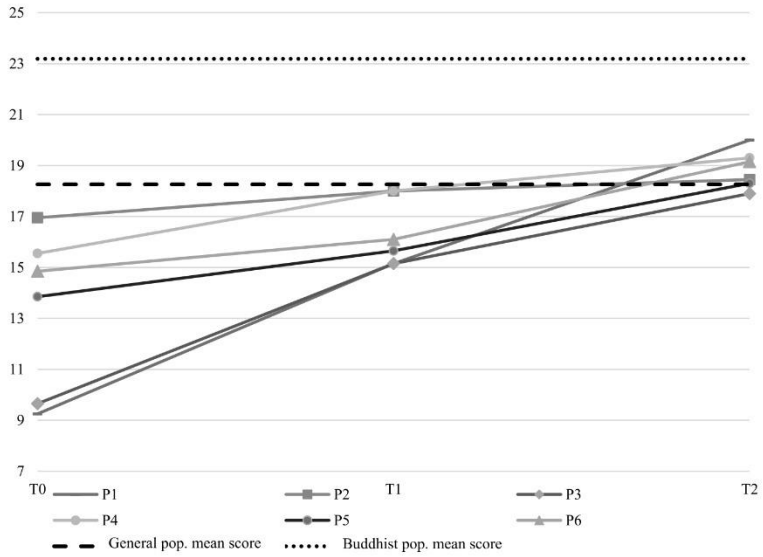


FIGURE 1. Change in total self-compassion scores for each participant (SCS).

Regarding changes in scores on the different subscales of the SCS, self-judgment scores were significantly lower posttherapy (Md, 2.75) compared with pretherapy (Md, 2.75) ($z = 21.0$, $p = 0.016$), with a small effect size ($r = 1.00$). The overidentification scores of the SCS also decreased significantly posttherapy (Md, 2.10) compared with pretherapy (Md, 3.00) ($z = 21.0$, $p = 0.016$), with a small effect size ($r = 1.00$). Moreover, the SCS common humanity score increased significantly posttherapy (Md, 3.25) compared with pretherapy (Md, 1.75) ($z = 0.0$, $p = 0.018$), with a small effect size ($r = -1.00$). In addition, posttherapy self-monitoring, common humanity, and mindfulness scores were normalized, that is, situated above the cutoff, and self-judgment and isolation scores were also normalized, that is, situated under the cutoff (Fig. 2). Regarding the shame score and the posttraumatic stress, depression, and anxiety measures, there were no significant changes at the group level (Table 3). The descriptive results are presented in Figures 3 and 4. At the individual level, several results are worth noting. Indeed, shame, depressive, anxiety, and posttraumatic symptoms improved for most patients (5/6), and the scores evolved from severe to the mild thresholds in most self-report questionnaires.

CONCLUSIONS

Our study is the first evaluating the feasibility of group CFT to treat the sequelae of childhood maltreatment in individuals presenting with complex (*i.e.*, multiple diagnoses) and chronic psychiatric disorders in a community French health care setting. The results suggest that transdiagnostic group CFT is feasible and seems to be clinically pertinent, as it was associated with a posttherapy increase in self-compassion in patients who had high initial levels of shame and self-criticism. These results are consistent with those of previous studies (Gilbert and Procter, 2006; Lucre and Corten, 2013; Judge et al., 2012), which have shown improved self-compassion and decreased shame after group CFT. For instance, Gilbert and Procter's (2006) pilot study of a transdiagnostic CFT group indicated a decrease in self-criticism, depression, and anxiety, as well as an

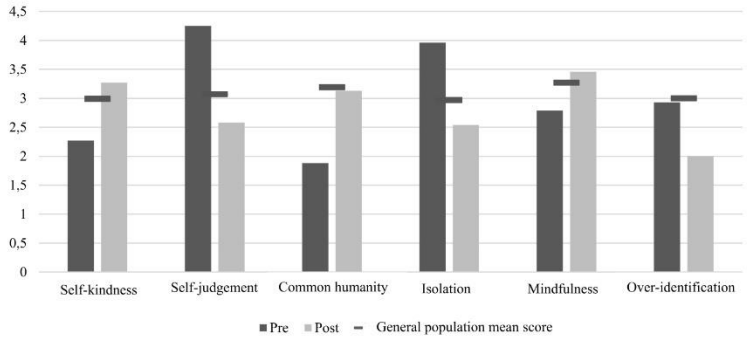


FIGURE 2. Change in mean scores of self-compassion subscales (SCS).

© 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

TABLE 3. Preliminary Effects of Therapy on Self-Compassion (SCS), Shame (HPFQ-2), Depression and Anxiety (DASS-42), and PTSD (PCL-5) by Wilcoxon Signed-Rank Tests

Measures	Pre, Mean (SD)	Post, Mean (SD)	Difference	Effect Size
Self-compassion	13.35 (3.187)	18.85 (0.772)	**0.016**	−1.00
Shame	27.00 (13.206)	21.00 (5.441)	0.207	0.619
Depression	25.50 (11.777)	16.00 (15.375)	0.293	0.524
Anxiety	14.50 (8.019)	7.00 (4.00)	0.156	0.714
PTSD	37.83 (11.957)	27.17 (16.750)	0.313	0.524

Significative results are presented in boldface format.

Downloaded from http://journals.lww.com/jonmd by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIHo4XMi0hCywCX1AWnYQp/IlQrHD3i3D0OdRyi7TvSFl4Cf3VC1y0abggQZXdgGj2MwlZLeI= on 04/11/2023

increase in self-compassion, in patients with unspecified psychiatric diagnoses. However, in this study, the mean depression score of patients at the beginning of therapy was at the "suspected depressive disorder" range and below the "confirmed depressive disorder" range, whereas the mean depression score reported by our patients was at the severe range. Thus, the severity of symptoms was greater in the participants of our study compared with the patients in the Gilbert and Procter (2006) study. Moreover, seven of our eight participants had at least one psychiatric comorbidity in addition to their main diagnosis, suggesting that the functional impairment associated with their psychiatric disorders was likely to be important. Another study included patients with various "chronic difficulties," that is, mood, personality, and unspecified anxiety disorders (Judge et al., 2012). They found an improvement in self-criticism, depression, anxiety, and stress symptoms after 12 to 14 group CFT sessions. Our results add to these and show that group CFT is feasible in patients with more complex psychopathological profiles due to comorbidities and a history of childhood maltreatment. Finally, Lucre and Corten's (2013) study with patients with unspecified personality disorders found that 16 group CFT sessions were related to a decrease in depression and anxiety scores. In this study, however, the severity of the disorders was not specified, and no comorbid disorders were reported. Overall, our results are consistent with the results of the three previous pilot studies indicating that transdiagnostic group CFTs are feasible and clinically encouraging. Importantly, our study provides evidence for the feasibility of group-based CFT in individuals with complex, difficult-to-treat disorders, associated with a number of comorbidities and a history of childhood maltreatment, thus representative of patients encountered in routine psychiatric practice.

In terms of acceptability, adherence to the therapy was high and participants reported high satisfaction with the intervention. Our attrition rate (25%) is consistent with studies of CFT groups, ranging from 15% (Andersen and Rasmussen, 2017) to 33% (Gilbert and Procter, 2006). In our study, the two participants who dropped out of therapy were the only two hospitalized at inclusion (P7 and P8). This may have had an impact on the adherence to the CFT group. Indeed, a recent study indicated

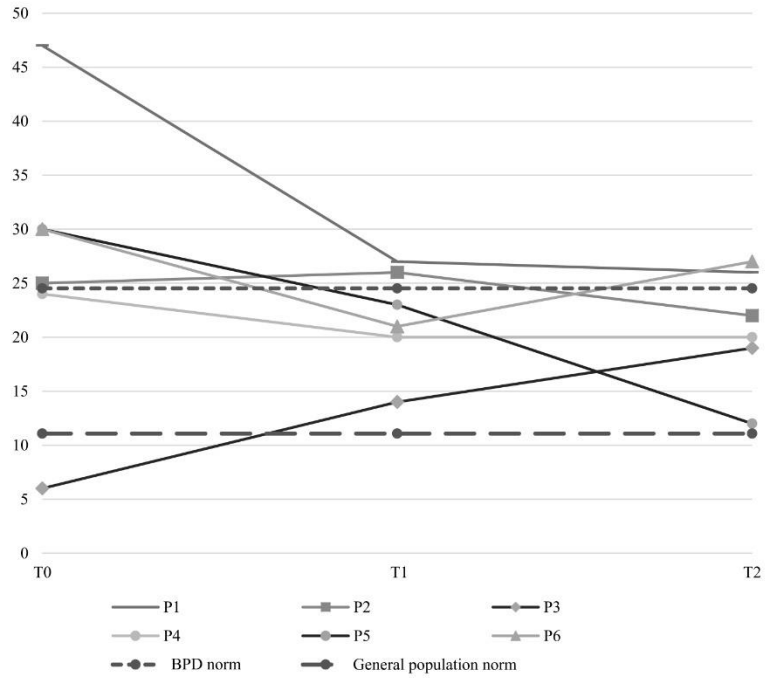


FIGURE 3. Change in shame scores (PQF-2) and the cutoffs for borderline personality disorder (BPD) and the general population.

© 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Downloaded from http://journals.lww.com/jonmd by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIHo4XMi0hCywCX1AWnYQp/IlQrHD3i3D0OdRyi7TvSFl4Cf3VC1y0abggQZXdgGj2MwlZLeI= on 04/11/2023

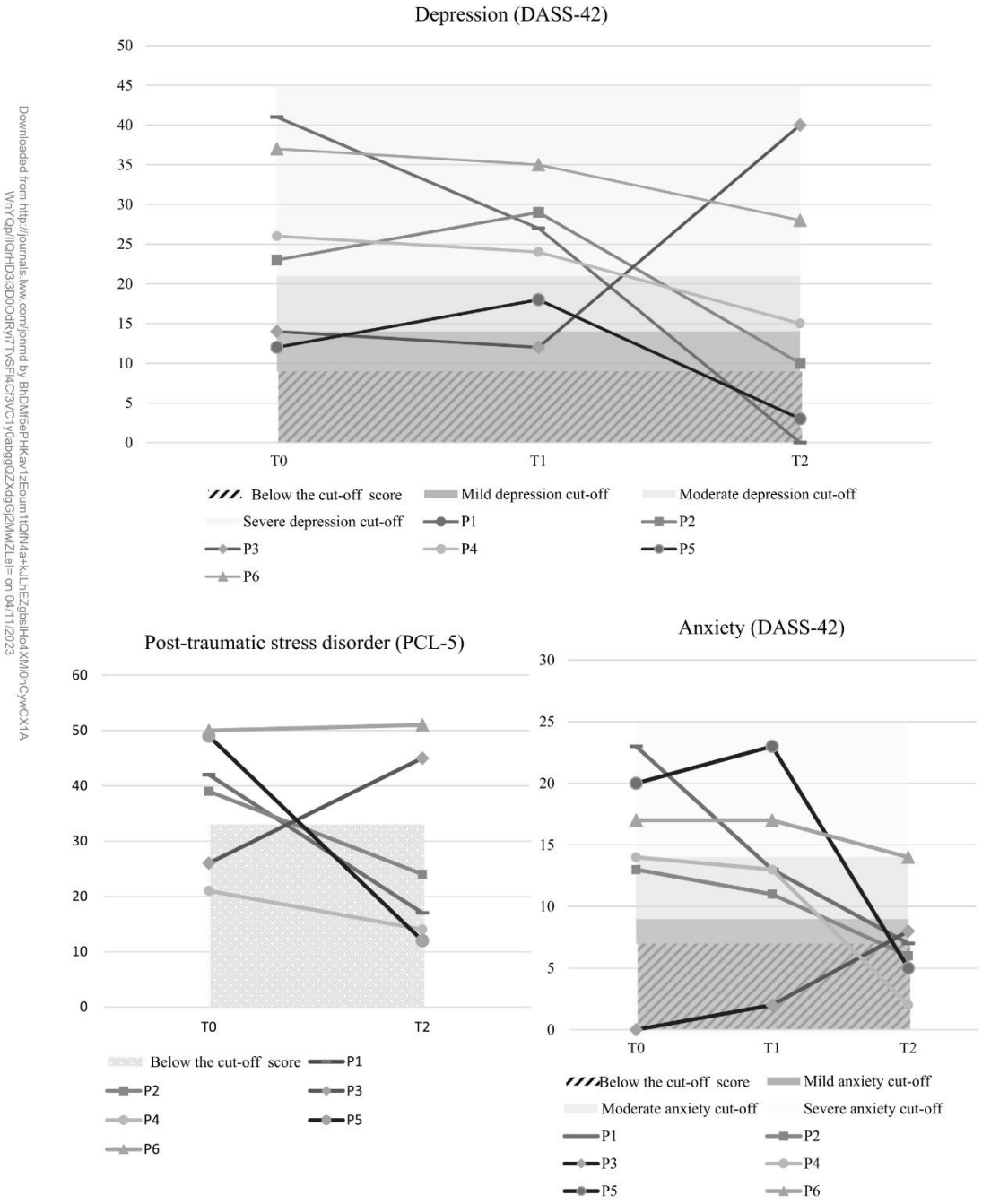


FIGURE 4. Change in individual depression, anxiety, and PTSD scores and severity cutoffs.

© 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

the feasibility of group CFT for inpatients, but the group setting recommended was that of an open group with independent sessions (Stroud and Griffiths, 2021). This was not the case for our intervention. It seems, therefore, that in the future, it would be relevant to include only outpatients in CFT groups with a predetermined number of sessions such as ours.

From a clinical standpoint, our results suggest that group CFT promoted an increase in self-compassion and a decrease in self-judgment in patients. Nevertheless, the effects on psychiatric symptoms (*i.e.*, depression, anxiety, and PTSD) were not significant at the group level, probably because of lack of statistical power. However, at the individual level, a decrease in depression, anxiety, and posttraumatic symptom scores was observed in all participants but participant 3. The latter saw her levels of depression, anxiety, and posttraumatic symptoms increase posttreatment, which can be explained by an important emotional avoidance linked to a taboo grief in her family, which probably changed during therapy. Indeed, because of the self-compassionate learning, which encouraged her to welcome suffering to be able to relieve it, the participant explained that she allowed herself to feel painful emotions whereas she felt she "had to be cheerful all the time" before therapy. This is consistent with the participant's scores on the self-compassion questionnaire, which increased from 9.65 pretherapy to 17.9 posttherapy, approaching the normal range of 18.26 found in the general population. Thus, in this patient, self-compassion increased in parallel with the increase in self-reported depressive symptoms, whereas the opposite relationship was observed in the other participants. These results suggest the relevance of conducting single-case studies, in addition to group studies, to assess individual mechanisms of change. Indeed, at the group level, we found that, posttherapy, 33%, 50%, and 67% of the participants were below the pathological thresholds for depression, anxiety, and PTSD, respectively, whereas before therapy, these rates were of 0%, 17%, and 33%. Nevertheless, this change was not homogeneous among participants. Overall, our results are consistent with those of Andersen and Rasmussen (2017), who conducted a transdiagnostic group CFT and observed an overall reduction in depression and anxiety symptoms posttherapy. Our results are also consistent with a systematic review that showed the effectiveness of group CFT in increasing self-compassion and reducing symptoms (Craig et al., 2020).

This study has several limitations. First, our study aimed to assess the feasibility of a community-setting transdiagnostic group CFT designed for "difficult-to-treat" patients with sequelae of childhood maltreatment. Given this, the sample size ($n = 8$) is modest. Larger sample sizes and a randomized controlled design are needed to evaluate the efficacy of the intervention (McLean et al., 2018). Second, a follow-up assessment was not performed and this should be included to determine the sustainability of effects of group CFT.

In conclusion, our study is the first to evaluate the feasibility and clinical pertinence of group CFT in a French community health care setting. Our results suggest that group CFT is feasible in patients frequently found in routine psychiatric practice, that is, patients presenting with sequelae of childhood maltreatment, complex clinical presentations, and multiple diagnoses. Indeed, attrition rates were low, satisfaction was high, and our group CFT seemed to improve patients' self-compassion and symptoms by targeting processes shared by several disorders, that is, shame and self-criticism. If future research confirms our preliminary results, group CFT could be easily disseminated given its transdiagnostic focus and structured group format.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank all the people who put their trust in us and had the courage to embark on the path of group CFT. We would also like to thank Sébastien Weibel for his help in the referral of patients and his contribution in developing the project, Malin Tronje for her proofreading of the therapy manual for the patients and her numerous advices in the first steps of setting up the group, Amaury Durpoix for his help in creating the YouTube videos, as well as Amaury Mengin and all the team with whom we work on a daily basis for the referral of patients and the supervision sessions. We also thank the Fondation Fondamental for the funding of this study (M. R.'s MSc funding).

DISCLOSURE

The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J (2008) Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health*. 98:946–952.

Alix S, Cossette L, Hébert M, Cyr M, Frappier J-Y (2017) Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls: The mediating role of shame. *J Child Sex Abuse*. 26:158–174.

Amado BG, Arce R, Herraiz A (2015) Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosoc Interv*. 24:49–62.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Andersen B, Rasmussen PH (2017) Transdiagnostic group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *J Compassionate Health Care*. 4:14.

Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A (2016) Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5). *PloS One*. 11:e0161645.

Attkisson CC, Zwick R (1982) The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Program Plann*. 5:233–237.

Bell T, Montague J, Elander J, Gilbert P (2021) Multiple emotions, multiple selves: Compassion focused therapy chairwork. *Cogn Behav Therap*. 14:E22.

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 151:1132–1136.

Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirakzadeh A (2010) Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 85:618–629.

Ciobanu T, Brodard F, Antonietti JM, Genoud PA, Brandner C (2018) Screening negative affectivity in young adults: Validation and Psychometric Evaluation of the French Version of the Depression Anxiety Stress Scales. *Can J Behave Sci*. 50:238–247.

Craig C, Hiskey S, Spector A (2020) Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Rev Neurother*. 20:385–400.

Cuppage J, Baird K, Gibson J, Booth R, Hevey D (2018) Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *Br J Clin Psychol*. 57:240–254.

Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J (2010) Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl*. 34:813–822.

Dragioti E, Radua J, Solmi M, Arango C, Oliver D, Cortese S, Jones PB, Shin JI, Correll CU, Fusar-Poli P (2022) Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: A meta-umbrella systematic review. *Mol Psychiatry*. 27:3510–3519.

Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH (2001) Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 286:3089–3096.

Feiring C (2005) Emotional development, shame, and adaptation to child maltreatment. *Child Maltreat*. 10:307–310.

Feiring C, Taska L, Lewis M (2002) Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Dev Psychol*. 38:79–92.

© 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Downloaded from http://journals.lww.com/jonmd by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIHo4XMi0hCywCX1AWnYQp/IlQrHD3i3D0OdRyi7TvSFl4Cf3VC1y0abggQZXdgGj2MwlZLeI= on 04/11/2023

Marie Riebel | Université de Strasbourg

Downloaded from http://journals.lww.com/jonmd by BhDMf5ePHKav1zEoum1tQfN4a+kJLhEZgbsIHo4XMi0hCywCX1AWnYQp/IlQrHD3i3D0OdRyi7TvSFl4Cf3VC1y0abggQZXdgGj2MwlZLeI= on 04/11/2023

Fowke A, Ross S, Ashcroft K (2012) Childhood maltreatment and internalized shame in adults with a diagnosis of bipolar disorder. *Clin Psychol Psychother*. 19:450–457.

Gilbert P (2009) Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat*. 15: 199–208.

Gilbert P (2015) The evolution and social dynamics of compassion. *Soc Pers Psychol Compass*. 9:239–254.

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

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

Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 373:68–81.

Goffnett J, Liechty JM, Kidder E (2020) Interventions to reduce shame: A systematic review. *J Behav Cogn Ther*. 30:141–160.

Harder DW, Cutler L, Rockart L (1992) Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *J Pers Assess*. 59:584–604.

Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P (2012) An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *Int J Cogn Ther*. 5:420–429.

Kerby DS (2014) The simple difference formula: An approach to teaching nonparametric correlation. *Compr Psychiatry*. 3:11–IT.

Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Aguilar-Gaxiola S, Alhamzawi AO, Alonso J, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, Chatterji S, de Girolamo G, Demyttenaere K, Fayyad J, Florescu S, Gal G, Gureje O, Haro JM, Hu CY, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lépine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Sagar R, Tsang A, Ustün TB, Vassilev S, Viana MC, Williams DR (2010) Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 197:378–385.

Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR (2017) A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behav Ther*. 48:778–792.

Kotsou I, Leys C (2016) Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS One*. 11:e0152880.

Lee D, James S (2011) Using compassion to understand your life story. In *The compassionate mind guide to recovering from trauma and PTSD* (pp 252–286). Oakland, CA: Harbinger Publications.

Lippard ET, Nemeroff CB (2020) The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *Am J Psychiatry*. 177:20–36.

Lovibond PF, Lovibond SH (1995) The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 33:335–343.

Lucre KM, Corten N (2013) An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder: Compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 86:387–400.

Macdonald J, Morley I (2001) Shame and non-disclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *Br J Med Psychol*. 74:1–21.

Mavituna S, Hahn E, Hahne I, Bergmann N, Pijnenborg M, Ta TMT, Tafelski L, Böge K (2022) Compassion-based approaches: A systematic review of their effectiveness and acceptability in schizophrenia spectrum disorders [published online ahead of print]. *Curr Psychol*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-02908-3.

McLean L, Steindl SR, Bambling M (2018) Compassion-focused therapy as an intervention for adult survivors of sexual abuse. *J Child Sex Abus*. 27:161–175.

McQuillan K, Hyland P, Vallières F (2022) Prevalence, correlates, and the mitigation of ICD-11 CPTSD among homeless adults: The role of self-compassion. *Child Abuse Negl*. 127:105569.

Milligan RJ, Andrews B (2005) Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: The role of shame, anger and childhood abuse. *Legal Criminol Psychol*. 10:13–25.

Mojallal M, Simons RM, Simons JS (2021) Childhood maltreatment and adulthood proneness to shame and guilt: The mediating role of maladaptive schemas. *Motiv Emot*. 45:197–210.

Murphy JM, Nierenberg AA, Monson RR, Laird NM, Sobol AM, Leighton AH (2002) Self-disparagement as feature and forerunner of depression: Findings from the Stirling county study. *Compr Psychiatry*. 43:13–21.

Nanni V, Uher R, Danese A (2012) Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 169:141–151.

Neff KD (2003) The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*. 2:223–250.

Paquette D, Laporte L, Bigras M, Zoccolillo M (2004) Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé Ment Au Qué*. 29:201–220.

Poquérusse J, Pastore L, Dellantonio S, Esposito G (2018) Alexithymia and autism spectrum disorder: A complex relationship. *Front Psychol*. 9:1196.

Reid JA (2018) The imprint of childhood abuse on trauma-related shame in adulthood. *Dignity J Sex Exploitation Violence*. 3.

Sabourin S, Gendreau P (1988) Assessing client satisfaction with mental health treatment among French-Canadians. *Appl Psychol*. 37:327–335.

Sandercock RK, Lamarche EM, Klinger MR, Klinger LG (2020) Assessing the convergence of self-report and informant measures for adults with autism spectrum disorder. *Autism*. 24:2256–2268.

Scher CD, Stein MB, Asmundson GJG, McCreary DR, Forde DR (2001) The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data. *J Trauma Stress*. 14:843–857.

Sekowski M, Gambin M, Cudo A, Wozniak-Prus M, Penner F, Fonagy P, Sharp C (2020) The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. *J Affect Disord*. 276:667–677.

Shahar B, Doron G, Szepsenwol O (2015) Childhood maltreatment, shame-proneness and self-criticism in social anxiety disorder: A sequential mediational model. *Clin Psychol Psychother*. 22:570–579.

Steindl S, Bell T, Dixon A, Kirby JN (2022) Therapist perspectives on working with fears, blocks and resistances to compassion in compassion focused therapy [published online ahead of print]. *Couns Psychother Res*. https://doi.org/10.1002/capr.12530.

Steindl SR, Kirby JN, Tellegan C (2018) Motivational interviewing in compassion-based interventions: Theory and practical applications. *Clin Psychol*. 22:265–279.

Stroud J, Griffiths C (2021) An evaluation of compassion-focused therapy within adult mental health inpatient settings. *Psychol Psychother*. 94:587–602.

Teicher MH, Gordon JB, Nemeroff CB (2022) Recognizing the importance of childhood maltreatment as a critical factor in psychiatric diagnoses, treatment, research, prevention, and education. *Mol Psychiatry*. 27:1331–1338.

Thomas S, Höfler M, Schäfer I, Trautmann S (2019) Childhood maltreatment and treatment outcome in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 140:295–312.

Vettese LC, Dyer CE, Li WL, Wekerle C (2011) Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *Int J Ment Health Addict*. 9:480–491.

Wilson KG (2014) *The ACT matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Wright MOD, Crawford E, del Castillo D (2009) Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl*. 33:59–68.

© 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Copyright © 2023 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Résultats complémentaires à l'Article 4 :

Expériences subjectives

En supplément des résultats quantitatifs présenté dans cet article, nous avons également recueillis l'expérience subjective des participants à travers des entretiens post-thérapie comprenant des questions ouvertes comme « *Qu'avez-vous trouvé de plus intéressant ? », « Qu'est-ce qui vous a semblé le moins utile ? »*. L'objectif de ces entretiens étaient de recueillir le vécu des participants afin de pouvoir mieux appréhender l'acceptabilité de notre intervention mais aussi d'identifier des axes d'amélioration du programme thérapeutique en 12 séances.

Trois thèmes principaux ont pu émerger de ces entretiens et sont présentés en Table 3: (i) : **le développement d'une relation à soi plus bienveillante** (e.g. : « *amélioration de mon point de vue sur moi-même, c'est-à-dire que je me sens avoir plus de valeur, être plus importante pour moi-même* », (ii) **une réduction de l'isolement** (e.g. : « *J'ai pu me sentir moins seule en voyant que d'autres personnes du groupe avaient des problèmes similaires* » et (iii) **développement de compétences** (e.g. : « *Constitution d'un filet de sécurité compassionnel personnel.*

Tableau 3 : *Expériences subjectives des participants à la TFC pour les PSP qui ont subi des maltraitances*

Thème	Exemples de propos des participants
Une relation à soi plus bienveillante	*Amélioration de mon point de vue sur moi-même, c'est-à-dire que je me sens avoir plus de valeur, être plus importante pour moi-même* *Ça m'a permis d'améliorer ma compréhension de moi-même et de mes sentiments, j'ai plus de recul sur mes pensées et les boucles et je vois aussi plus de nuances chez les autres, avant j'avais tendance à tout mettre dans un même sac, finalement tout n'est pas blanc ou noir.* *Je suis plus sereine et plus gentille avec moi-même.* *J'ai une nouvelle relation avec mon cerveau, je comprends mieux ses réactions, j'identifie certaines boucles vieux cerveau / nouveau cerveau plus facilement. Je comprends et parle mieux de mes sentiments.* *J'aborde mon passé et mon présent et futur de façon différente.*

	J'ai plus de facilité à m'ouvrir à quelque chose de plus vulnérable chez moi et moins envie de m'en cacher. Je m'entoure de moins de personnes mais j'ai des relations de meilleures qualités, des relations plus symétriques, où les deux donnent et reçoivent. Je me rends compte que c'est pas parce que je peux avoir des pensées négatives de moi que je peux accepter qu'on me traite mal. *J'apprends à désapprendre la fatalité, à avoir plus tolérance envers moi-même et plus de perspectives pour l'avenir. Je suis en train de trouver le bon équilibre entre accepter mes difficultés actuelles et me construire un avenir qui m'importe.*
Réduction de l'isolement	*J'ai pu me sentir moins seule en voyant que d'autres personnes du groupe avaient des problèmes similaires* *Avec le groupe, j'ai vu que ça n'arrive pas qu'à moi, je me sens moins isolé et ça m'aide à apprendre des nouvelles compétences au cerveau.* *Avec le groupe, je suis pas seul, ça m'aide beaucoup, ça permet ensuite de prendre soin de soi.* *Savoir que je ne suis pas seul à rencontrer des difficultés psychologiques* *Parler en groupe et écouter les autres pour s'enrichir* *Découverte de la richesse et de la joie que peut produire un travail de groupe*
Développement de compétences	*Ca a été un changement important de voir que je peux me rendre compte des pensées intrusives et que je peux m'en défaire.* *J'ai développé quelque chose comme un cocon de sérénité interne.* *J'ai trouvé la séance 5 la plus intéressante, les sois multiples : Déploiement détaillé des différentes émotions qui en permet une meilleure gestion* *J'ai des outils pour le quotidien et aussi en cas de difficultés* *Constitution d'un « filet de sécurité compassionnelle » personnel* *Le plus utile pour moi : les compétences du Rythme Respiratoire Apaisant (RRA) et de tolérance à la détresse (les 3A) : une application pratique à utiliser dans différentes situations*

Chapitre 11 : Article 5 - Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study

Dans l'étude présentée dans le précédent chapitre, nous avons pu voir que le parcours thérapeutique de la participante autiste était différent de celui des participants ayant des troubles psychiatriques. L'étude présentée dans ce chapitre s'appuie sur ce constat ainsi que sur l'Article 3 (voir chapitre 10) visant à tester le rôle protecteur de l'autocompassion à l'égard de l'autostigmatisation et de la honte en population autiste. En effet, cette dernière soutient notre modèle théorique et suggère donc l'intérêt de cibler l'autostigmatisation des personnes autistes par le développement de l'autocompassion. En nous appuyant sur ces résultats, nous avons mené une étude de cas unique pré-expérimental afin d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de notre programme de Thérapie Fondée sur la Compassion pour l'autostigmatisation auprès d'un adulte autiste ayant un niveau élevé d'autostigmatisation. Cette méthodologie permet de suivre au plus proche la trajectoire de notre patient au cours de la thérapie, semaine après semaine, permettent alors d'apporter un éclairage aux questionnements discutés dans l'article précédent pour lequel la méthodologie ne permettait pas de suivre précisément le parcours thérapeutique de notre patiente autiste au sein du groupe de TFC.

Il s'agit ici de la première étude, à notre connaissance, examinant la TFC spécifiquement en population autiste. Dans cet article, nous soulignons les éléments clefs de la TFC pour l'autostigmatisation et illustrons les étapes centrales du processus thérapeutique à l'aide de verbatim issues des séances. La conceptualisation de cas présenté dans l'article met en avant facteurs en jeu sur l'autostigmatisation du participant. Nos résultats indiquent une augmentation importante de l'autocompassion au fur et à mesure de la thérapie, effet maintenu au *follow-up* ; ainsi qu'une diminution modérée de l'autostigmatisation. De même, des mesures journalières de honte indiquent une diminution significative de la fréquence de cette émotion dans le quotidien du patient.

frontiers | Frontiers in Psychiatry

TYPE Original Research
PUBLISHED 08 January 2024
DOI 10.3389/fpsyt.2023.1281428

Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
Nichole E. Scheerer,
Wilfrid Laurier University, Canada

REVIEWED BY
Ru Ying Cai,
Autism Spectrum Australia, Australia
Fabrizio Stasolla,
Giustino Fortunato University, Italy

*CORRESPONDENCE
Marie Riebel
marie.riebel@unistra.fr

RECEIVED 22 August 2023
ACCEPTED 12 December 2023
PUBLISHED 08 January 2024

CITATION
Riebel M, Krasny-Pacini A, Manolov R, Rohmer O and Weiner L (2024) Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study. *Front. Psychiatry* 14:1281428. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1281428

COPYRIGHT
© 2024 Riebel, Krasny-Pacini, Manolov, Rohmer and Weiner. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Compassion focused therapy for self-stigma and shame in autism: a single case pre-experimental study

Marie Riebel[1,2]*, Agata Krasny-Pacini[3,4], Rumen Manolov[5], Odile Rohmer[1,2] and Luisa Weiner[1,2,6]

[1]Laboratoire de Psychologie des Cognitions (LPC, UR 4440), Université de Strasbourg, Strasbourg, France, [2]Centre d'Excellence STRAS&ND, Strasbourg, France, [3]Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France, [4]Inserm U1114, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France, [5]Faculty of Psychology, University of Barcelona, Barcelona, Catalonia, Spain, [6]Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Pôle de Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie, Strasbourg, France

Introduction: Exposure to public stigma can lead to the internalization of autism-related stigma (i.e., self-stigma), associated with negative health, occupational and social outcomes. Importantly, self-stigma is linked to shame and social isolation. Although elevated self-stigma has been reported in autistic adults, to the best of our knowledge, interventions designed to target this issue are lacking. Compassion is an effective way to reduce the emotional correlates of self-stigma (i.e., shame) and their impacts on mental health. However, no study has investigated whether compassion focused therapy (CFT) can effectively reduce self-stigma in autistic adults. The present study aims at investigating whether and how self-compassion improvement following CFT may reduce self-stigma and shame in an autistic individual.

Methods: A single case pre-experimental design (SCED) was used with weekly repeated measures during four phases: (i) pure baseline without any intervention (A), (ii) case conceptualization (A'), (iii) intervention (B) where CFT was delivered, (iv) follow-up without intervention (FU). The participant is a 46-year-old autistic man with high self-stigma and shame. Self-report measures of self-compassion and self-stigma and a daily idiographic measure of shame were used.

Results: There was a large increase in self-compassion between pure baseline (A) and the intervention phase (A'B) (Tau-U = 0.99), maintained at follow-up. Similarly, there was a moderate decrease of self-stigma (Tau-U = 0.32). In contrast, when we compared the whole baseline phase AA' (i.e., considering the conceptualisation phase as baseline) to the intervention (B), there was no change in self-stigma (Tau-U = −0.09). There was no change in self-stigma between the intervention (B) and follow-up (Tau-U = −0.19). There was a moderate decrease in daily shame reports between the baseline (AA') and the intervention (B) (Tau-U = 0.31) and a moderate decrease between the pure baseline (A) and intervention phase (A'B) (Tau-U = 0.51).

Conclusion: CFT was feasible for this autistic client and our results show that CFT led to the improvement of self-compassion. Changes on self-stigma measures were moderate. Self-stigma may need more time to change. Because self-stigma is involved in poorer social functioning and

mental health in autistic adults, our results are promising and suggesting conducting more large-scale studies on CFT in autistic adults.

KEYWORDS

autism, self-stigma, self-compassion, CFT, shame, compassion focused therapy

1 Introduction

Autism spectrum disorder (ASD) is defined as a neurodevelopmental condition, characterized by difficulties with social communication and interaction, altered sensory processing and patterns of repetitive behaviors and intense interests (1). Recent worldwide estimations of autism prevalence indicates that approximately 1% of the population is autistic (2). Importantly, lifetime prevalence of anxiety disorders and depressive disorders in autistic adults are particularly high, ranging from 23 to 42% (3). This elevated prevalence of mental health difficulties in autistic people is thought to be partially explained by the high levels of bullying they experience (4–6) and by the frequent experience of non-acceptance from others (7, 8). Such discriminative behaviors, probably linked to autism-related public stigma, can increase the likelihood of using camouflaging behaviors to pass as non-autistic (e.g., masking) (9), which is associated with poor mental health and increased isolation in in autistic people (10, 11).

The process of stigmatization encompasses three facets, contributing to the discrimination experienced by targeted groups. The first one, public stigma, refers to the negative attitudes, beliefs, and stereotypes held by the general population towards individuals or groups who are perceived as different or deviating from societal norms (12); affiliative stigma designates the prejudice and discrimination experienced by individuals who are closely associated with a stigmatized person or group (13); finally, self-stigma refers to the internalization of societal stereotypes and negative beliefs by individuals who belong to a stigmatized group (14). Importantly, self-stigma has been shown to lead to a decrease in self-esteem, self-efficacy, and a heightened feeling of shame or self-blame (14).

The relationship between self-stigma, shame and poor self-esteem may be explained by the social mentality theory (SMT; (15)). SMT conceptualizes stigma as a social threat that challenges the social ranking of the stigmatized individual, engendering feelings of inferiority (15). Thus, the perception of being on a lower social rank, akin to self-stigma, can provoke feelings of shame (16). Shame is defined as a self-conscious emotion, involving worthlessness, powerlessness, and isolation. Usually viewed as one of the most intense and incapacitating self-conscious emotions, shame can be understood as a socially focused emotion, cued by threats to the social self or one's status (17). Given its socially threatening nature, shame comes with a willingness to escape the situation, hide, or conceal deficiencies (18–20). Thus, shame is seen as the emotional consequence of self-stigma, linking stereotypes to behavioral consequences (e.g., social isolation) (21).

While numerous studies have investigated self-stigma associated with mental illness, studies concerning self-stigma in autism are scarce (22–26). This may seem surprising given the high prevalence of self-stigma in autistic adults, which ranges between 15% (22) and 45.2% (27) according to recent estimations. Furthermore, few studies have investigated shame and its relationship with self-stigma in autistic people. In a recent study led by our team in a sample of 689 autistic adults, self-stigma was found to be highly correlated to shame and shame mediated the relationship between self-stigma and depression (27). These results highlight the need to develop and evaluate specific interventions to target shame and self-stigma in autistic adults in order to mitigate the negative outcomes associated with the internalization of autism-related public stigma (e.g., social isolation and depression). Yet, to the best of our knowledge, interventions targeting shame and self-stigma in autistic adults are lacking.

Self-compassion has been recently put forward as a potential buffer of the effects of public stigma on self-stigma and mental health (28). Self-compassion is defined as kindness and support towards oneself when experiencing suffering (29). Self-compassion involves responding to life's difficulties in three specific ways: (i) kindness as opposed to self-judgement, (ii) mindfulness as opposed to over-identification to painful emotions and thoughts, and (iii) common humanity as opposed to isolation, that is, perceiving one's suffering as an integral part of the human experience. In non-autistic samples, self-compassion has been strongly associated with numerous health benefits such as higher levels of happiness and well-being, better sleep quality and lower levels of depression, anxiety, stress and self-harm (30–33). In the context of self-stigma, increasing self-compassion may therefore contribute to the reduction of self-blame and act as a buffer of the negative effects of public stigma, by facilitating social resources and increasing the willingness to ask for help (28). In addition, self-compassion may foster self-perspectives that are more balanced, first, accepting both positive and negative aspects of self and, second, learning how to observe and let go of self-stigmatizing thoughts, emotions and behaviors. This may, in turn, mitigate the negative outcomes associated with self-stigma (34).

Some empirical results provide support to Wong et al.'s (28) model, which highlights the protective role of self-compassion. For instance, a correlational study found that self-compassion partially mediated the relationship between self-stigma relative to one's weight and negative health outcomes (e.g., somatic symptoms and quality of life) (34). Similarly, in another study, self-compassion was found to moderate the impact of HIV-stigma and negative affect (35). Furthermore, self-compassion has been found to moderate the relationship between public stigma and the anticipated self-stigma of help seeking when one has a mental health problem (36).

Despite the elevated prevalence of self-stigma and mental health difficulties in autistic individuals, few studies have investigated self-compassion in relation to autism. Recently, two online studies found that autistic participants reported significantly lower self-compassion levels than non-autistic adults. Interestingly, in both groups, those with higher levels of self-compassion had fewer depression symptoms

(37, 38). Moreover, autistic traits and self-compassion in both autistic and non-autistic individuals have been found to be negatively correlated (38), suggesting that low levels of self-compassion are related to the cognitive style found in autism (e.g., social difficulties and cognitive inflexibility). Relatedly, Cai and Brown's (39) review paper suggested that self-compassion may improve mental health in autistic adults through the modification of emotions (as an emotion regulation strategy). Consistent with this view, empirical results by Cai et al. (40) demonstrated that emotion regulation mediated the relationship between self-compassion and anxiety/depression in autistic adults. Thus, it is likely that self-compassion may help autistic adults regulate their feeling of shame associated with self-stigma.

Interestingly, self-compassion has been recently found to moderate the relationship between self-stigma and depression in autistic adults (27) suggesting that an intervention aiming at increasing self-compassion might be useful for reducing self-stigma. In particular, compassion focused therapy (CFT) seems relevant in the context of self-stigma as it has shown its efficacy for targeting shame and hostile self-to-self relationship (41). CFT is a biopsychosocial, evolution-informed psychotherapeutic approach that builds on traditional cognitive behavioral therapy (CBT) principles and blends empirical knowledge from affective neuroscience, social and developmental psychology (16). Theoretical benchmarks in CFT includes an understanding of how evolutionary processes have shaped our minds and brains to serve a variety of functions. CFT focuses particularly on *social mentalities,* defined by Gilbert (42) as patterns of brain activity organizing our relationships and social roles by shaping different parts of our minds, i.e., motives, emotions, cognitions and behaviors. Relevant examples of social mentalities are the caregiving and care-receiving mentalities in contrast to threat-giving and threat-receiving social interactions. This understanding of social mentalities is relevant to the experience of stigma which can be understood as a social rank (dominant-subordinate) relationship. Because CFT provides an understanding of the function of threat-based processes, specifically when threat-giving and threat-receiving social rank mentalities have been internalized and used to interact with oneself, this therapeutic approach seems particularly relevant to target self-stigma. Moreover, CFT has gathered a large body of evidence in the treatment of shame and self-blame in a wide range of clinical settings (43, 44). Given its focus on the psychological processes and affective aspects that can be found in self-stigma, CFT may be more effective than existing interventions for the reduction of self-stigma and shame (45). CFT has not yet been evaluated in autistic individuals. However, a recent paper has provided strong theoretical support for the clinical relevance of CFT for the treatment of shame-related problems experienced by autistic adults (46). Hence, through its focus on self-compassion, CFT is likely to improve mental health by specifically targeting shame and self-blame (27).

The present study aims at investigating whether and how self-compassion improvement following CFT may reduce self-stigma and shame in an autistic individual. To do so, using a single case pre-experimental design, we will investigate whether and how scores of self-compassion, self-stigma and shame measures evolve following CFT in an autistic adult presenting with high levels of self-stigma. Specifically, we hypothesize that self-compassion scores will increase post-therapy, while self-stigma and shame scores will decrease. Single-case experimental designs constitute methodologies of growing interest in rehabilitation settings. These methodologies are recognized as relevant to investigate parameters related to the efficacy of a new intervention in a small number of participants before running a larger group trial (47).

2 Materials and methods

2.1 Design

To be included, the participant had to be autistic, present with an elevated score on the internalized stigma of mental illness (ISMI-9) (>2.5; (48)), have an IQ within the normal range, and be willing to participate in CFT. The participant was recruited from the University Hospital of Psychiatry clinics following his participation in a dialectical behavior therapy (DBT; (49)) program. A single case pre-experimental design (SCED; (50)) was used with weekly repeated measures of self-compassion and self-stigma as well as a daily ideographic measure of shame, during four phases, i.e., (i) pure baseline, (ii) conceptualisation, (iii) active compassion focused therapy, (iv) follow-up. Table 1 provides a detailed description of the contents and the duration of each phase. Using the baseline as a benchmark, the participant functions as his own control and the primary analysis is a comparison of weekly measures during the baseline, and the subsequent phases. The conceptualisation phase consisted of individual sessions with the participant to establish a working therapeutic alliance, identify goals and conceptualize his difficulties according to the CFT formulation. The active intervention phase consisted of 20 weekly individual CFT sessions. Throughout the study duration, the participant responded to weekly measures of self-compassion and self-stigma and daily measures of shame through an online journal that he chose to design (instead of using a paper survey). All sessions were conducted by a clinical psychologist trained in CFT. Ethical approval was assigned by the French ethics committee (Comité de Protection des Personnes Nord Ouest II) - (2022-A02501-42). Written informed consent was obtained from the participant for the publication of any potentially identifiable images or data included in this article.

2.2 Measures

Acceptability of the intervention was measured via the assiduity in sessions and his adherence to in-between sessions practices. The participant designed an online journal which was shared with the therapist where he took notes of his home practices.

2.2.1 Self-Compassion Short Scale

Self-compassion was measured with the Self-Compassion Scale (51) in its short version (52). The French validation of the scale in its long version indicates good psychometric properties (Cronbach $\alpha = 0.94$) (53) consistent with the results of the English short version of the scale (Cronbach $\alpha = 0.87$) (52). The scale consists of 12 items. The responders are asked to indicate how often they act toward themselves in difficult times using a Likert-scale ranging from 1 ("almost never") to 5 ("almost always"). For example, item 2 states "I try to be understanding and patient towards those aspects of my personality I do not like." Only total scores were used in this study as recommended by Raes et al. (52). The total score was calculated as a

TABLE 1 Description of phases.

	Baseline		Intervention phase	Follow-up
	A: Pure baseline	A': Case conceptualization	B: Active CFT	FU: Follow-up
Contents	No sessions with therapist.	Sessions with therapist consisted of assessment, formulation, therapeutic relationship, safety and safeness, tasks and goals.	Sessions with therapist consisted of CFT for self-stigma including elements of compassion mind training and working with shame and self-stigma using the compassionate self.	No sessions with therapist.
Number of weeks	5	4	20	5

total mean after having reversed coded the negative subscale items (self-judgment, isolation, and over-identification).

2.2.2 Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI-9)

Self-stigma was measured using the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) in its short 9-item version (54), it is an abbreviated version of the full 29-items designed to assess self-stigma among persons with psychiatric disorders (48). The scale is a self-report instrument with each item rated on a 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree) Likert scale. According to Ritsher and Phelan (48) a mean total score of >2.5 indicates high levels of self-stigma.

2.2.3 Daily reports of the feeling of shame

To further inspect the variations of feelings of shame on a daily basis, participant and researcher collaboratively decided to design a question aiming to assess shame. It was collaboratively decided to use the following question: *How often have I felt ashamed today?* The participant rated his feeling of shame on a Likert scale ranging from 1 (never) to 5 (most of the day).

2.3 Statistical analysis

The total scores calculated from the weekly measures of self-compassion and self-stigma were graphically displayed. Visual analyses focused on the following data features: level, trend, variability and overlap of data points (55). No visual aids were used in the process of visual inspection of the graphed data. The visual analysis of weekly measures were complemented with the use of statistical indicators. Tau was used when it was visually evident that there is no improving baseline trend, whereas Tau-U with baseline trend control was used when the visual analysis suggested the need to control for spontaneous improvement during the baseline.

Tau-U (56) has several versions, the simplest of which also quantifies overlap, but in a slightly different way as compared to NAP: if NAP is expressed in a scale from 0 to 100 and Tau is expressed in a scale from 0 to 1, Tau = 2 * (NAP/100) − 1 (57). This quantification is appropriate when there is no improving baseline trend. Given that there was no such trend for the shame data (unlike the measurements of self-compassion and self-stigma), we used Tau. Another version of Tau, Tau-U, allows quantifying monotonic baseline trend and correcting for this trend when representing the amount of nonoverlap. Therefore, we used Tau-U to evaluate the changes in self-compassion and self-stigma.

In addition to Tau calculations, we also used the percentage of goal obtained (PoGO) for self-compassion and shame in order to quantify to what extend goals were achieved (58). The set goals in the context of the calculation of PoGO was set *a posteriori*. Regarding daily reports of shame, the goal was set to 1 indicating "*I did not feel ashamed today*" and regarding self-compassion, the goal was set to 2.5 which corresponds to the benchmark from low self-compassion to moderate self-compassion (51).

The following comparisons were made: (i) A versus A'B phase, i.e., assuming that the conceptualisation phase A' is already an intervention because of the awareness and psycho-education it includes; (ii) AA' versus B, i.e., considering that the conceptualisation phase is part of the baseline because no active CFT ingredients are delivered; (iii) A'B versus FU and (iv) B versus FU.

2.4 Case illustration

2.4.1 Presenting problem and client description

Julian (a pseudonym) is a 46-year-old autistic man working as a free-lance web designer. He received an ASD diagnosis at age 41. In addition to ASD, Julian has been diagnosed with social anxiety and asthma. He currently takes no medication. Two years prior to his participation in CFT, he benefitted from DBT (59) which led to a significant reduction in self-harming behaviors and emotion dysregulation. However, Julian still struggles with a very depreciating self-image, feelings of inferiority and self-stigma since he has received the diagnosis of ASD (ISMI score of 3.3 at inclusion). Julian is divorced and has two children who are now adults. He lives alone and is involved in a romantic relationship. He reports suffering from loneliness and lack of friendships.

2.4.2 Intervention

2.4.2.1 Overview

To increase compassion for self, others, and the ability to receive compassion from others, the CFT therapist guides patients to develop feelings of warmth, safeness and soothing through compassionate mind training (16).

The intervention consisted of weekly, individual sessions of approximately 1 h. The content of the intervention was adapted from a group CFT program for self-stigma developed by our team, presented in Table 2 (45). However, since the therapy was conducted in an individual setting, it was possible to adapt the contents to individual situations. The twelve modules of the program were

TABLE 2 Content of modules and home practices of the COMPASS program (45).

Modules	Session title	Session content	Home practice
1	Welcoming and creating a safe place Definition of compassion and personal goals	Reflection on a safe place agreement for the therapy Exploration of what is (and what is not) compassion Short introducing to Soothing Rhythm Breathing (SRB)	Soothing rhythm breathing (SRB) (https://youtu.be/Md2c0h6bogE)
2	Compassion wisdom: the tricky brain and the social construction of self	SRB Tricky brain problem How and why we are different to other animals: our unique capacity for self-consciousness and self judgement ("not our fault") We are only one version of the infinite possible versions of self Understanding the influence of our social environment on our construction ("not our fault")	Soothing rhythm breathing (SRB) Identifying my own tricky brain loops
3	Compassion wisdom: Three emotional regulation systems	SRB Introducing the three circles model: threat, drive and soothing Evolutionary function of emotions	Soothing rhythm breathing (SRB) Drawing my three circles and identifying triggers
4	Compassion wisdom: stigma and self-stigma	SRB Introduction stigma and self-stigma Understanding the path from public stigma to self-stigma ("not our fault") through the social construction of self and the tricky brain Consequences of self-stigma through the lens of the 3-circle model	Soothing rhythm breathing (SRB) Filling the self-stigma model and tricky brain loops associated
5	Compassionate engagement: thinking, imagery and body postures can influence our physiology	SRB Introducing the mindfulness circle Thoughts and imagination can impact our physiology: experiencing with attention, postures, tones of voice, SRB Safe place imagery Ideal compassionate other imagery	Safe place imagery (https://youtu.be/Md2c0h6bogE)
6	Compassionate engagement: the compassionate self	Experiencing with the compassionate self (postures, tone of voice, feelings of warmth, actions)	Compassionate self-imagery (https://youtu.be/1KELVnBvvho)
7	Compassionate courage: multiple selves	Embodying the compassionate self to respond to the threat system thoughts and emotions	Compassionate self-imagery (https://youtu.be/1KELVnBvvho)
8	Compassionate courage: how to respond to the self-stigmatizing self	Exploration of self-stigma and self-critic: reasons to be and consequences Using compassionate self to respond to self-stigma	Compassionate self-imagery (https://youtu.be/1KELVnBvvho)
9	Compassionate courage: dealing with difficult emotions	Understanding of shame and guilt Responding to difficult emotions with compassion	Embodying compassionate self in everyday life
10	Compassionate courage: compassionate assertiveness	Understanding the components of compassionate assertiveness compared to submissive and aggressive expression Practicing compassionate assertiveness through role plays	Compassionately asking something we need
11	Compassionate courage: cultivating the compassionate self	Writing a compassionate letter Sharing of compassionate letters	Compassionate letter
12	Continuing my journey with compassion	Building my personal compassionate tool bag Plans for continuing practicing compassion Gratefulness and compassion wish	

conducted in 20 individual sessions. This program was built based on core CFT psychoeducation components and core experiential practices such as compassion focused imagery, chair work and letter writing. Details of the therapeutic sessions can be found in Table 2. Each session started with a soothing rhythm breathing practice and contained psychoeducation elements, socratic dialogue around a theme and in-session experiential practices such as compassionate imagery, role plays and chair work. The overall aim of the CFT program is to help the patient shift from a hostile and critical self-to-self relationship to a more compassionate relationship to self. Indeed, the participant develops a compassionate identity through which he can respond to parts of oneself that might suffer. During the therapy process, the clinician adapted CFT exercises to fit the interests of the participant (60). For example, the participant's interest in writing was used to create dialogues between different selves based on the CFT framework.

2.4.2.2 Case formulation (phase A')

The CFT case formulation is evolution-informed and helps creating a de-shaming and de-pathologizing understanding of one's difficulties. Specifically, psychoeducation in CFT involves elucidating the evolutionary origins of our brains, helping clients recognize that our brains are tricky and reassuring them that they are not to blame (61). Brain functions that were advantageous for our survival over millions of years can now pose considerable difficulties in our daily lives. For instance, our brains possess an inherent tendency to be hyper-aware of threats, guided by the principle "better safe than sorry." For a more comprehensive understanding of the evolution-informed psychoeducation in CFT, see Gilbert (62) for a review. Case conceptualization in CFT comprises an evolution-informed psychoeducation and entails an understanding of one's difficulties within this functional framework.

Using Socratic dialogue, the *fundamental fears* of Julian, consisting of external fears (i.e., in relation to how others perceive oneself; e.g., "fear *that others will make fun of me and reject me*") and internal fears (i.e., fears related to one's own perception of oneself; e.g., "*I am scared to fall apart*") were normalized through the exploration of *historical influences* (see Figure 1). In particular, the therapist explored early memories with an emphasis on experiences of warmth and safeness as opposed to memories of feeling threatened and ashamed. For example, as a child, Julian had a speech impediment which led to school bullying; he felt excluded and ashamed. Julian also reported the loss of his feeling of safeness following the divorce of his parents, as his mother left home while he had been sent away for holidays during the summer. Concerning feelings of warmth, Julian felt safety around his father and grandmother. Julian developed feelings of inadequacy and loneliness that might be explained by the school bullying he experienced and by the abrupt departure of his mother. Safety strategies were then identified as behaviors used to avoid or escape situations that may bring about his fundamental fears and other painful emotions. For instance, Julian often escaped social situations and fled home to find a place where he felt safe. Internal protective reactions include hypervigilance regarding his social behaviors (e.g., ruminations over how to react to prevent rejection and mockery from others). During the conceptualization phase, the therapist normalized these safety strategies as they were viewed through the lens of their protective functions. For example, monitoring his behaviors might have prevented further harm in the past (e.g., from bullies at school). However, these safety strategies have led to unintended consequences, e.g., fatigue. Interestingly, fatigue may be related to camouflaging, which is defined by Hull et al. (63) as coping strategies including "explicit techniques to appear socially competent and finding ways to prevent others from seeing their social difficulties." Camouflaging is highly prevalent in autistic adults and is associated with fatigue and negative mental health outcomes (64, 65). All of these can fuel the development of high standards towards oneself and a self-critical self-to-self relation. Indeed, Julian felt "*bullied at school and now I am my own persecutor*." One of the purposes of collaborative case conceptualization is to de-shame those unintended consequences. Consistently, the CFT framework employs the terminology "*safety behaviors*" instead of "*dysfunctional behaviors*" to acknowledge that the patient is doing their best to feel safe. In other words, the patient is doing their best given the social construction of the self and the way the human brain evolved from an evolutionary perspective (i.e., in CFT, the human brain is called the "tricky" brain). In addition to the specific components of the CFT case conceptualization, the strengths of the participant were highlighted (66). The latter factors were related to important values such as creativity and love for the arts.

Following the case conceptualization, three therapeutic goals were identified: i.e., "be less self-critical towards and accept my imperfections," "start writing my novel," "connect with people."

2.4.2.3 Compassion focused therapy (during phase B)

The 20 therapy sessions were based on the group program developed by our team (Table 2). The program is a step-by-step manualized CFT treatment targeting self-stigma. In this study, the same treatment contents were applied, albeit more flexibly, to adapt to the participant's individual needs. The primary objective of the intervention was to assist the client in cultivating a caregiving and care-receiving mentality, which involved nurturing a compassionate mind or compassionate self. The compassionate self served as a foundation for the client to effectively respond to his emotions and experiences rooted in threat. Thus, the patient sought to foster his compassionate self, equipping himself with the necessary qualities and skills to incorporate compassion into his relationship with himself and with his recently discovered autistic identity. The intervention is illustrated through the presentation of some key therapeutic practices below. Based on the key adaptations suggested by Keenan et al.'s (60) first-hand account of DBT, the main adaptations of CFT for this specific person consisted of connecting the therapeutic tasks to his specific interests, that is, the arts (literature, classical music, and visual arts). Hence, the key practices outlined below were developed based on Julian's interests. Also, we provided Julian with a therapy booklet containing visual summaries of key psychoeducational contents and worksheets to guide him with his home practices.

2.4.2.3.1 First session: getting acquainted with compassion

Julian initially associated the words "*altruism, non-judgment, openness, empathy*" with compassion. After validating this intuitive wisdom, we explored the meaning of compassion through the recall of a memory where he felt willing to help someone. We specified the two psychologies of compassion, i.e., (i) sensitivity to suffering in self and others and (ii) engagement to alleviate and prevent suffering (16). Julian then provided a recent example where he acknowledged that he could understand the person's difficulties from a cognitive standpoint, which he called "*external knowledge*," but he explained how difficult it was to have "*internal knowledge*," that is, feel compassion. A metaphor to explain the difference between knowing and feeling was then used based on Julian's practice of music: "*I am a pianist, I could play cello or doublebass, I know how music works, but I am not a cello or doublebass player, I cannot feel the music on cello like I feel it when I play piano*." This highlighted that one can practice feeling compassion just like one can learn to play a new instrument. At first, it might be difficult and require a deliberate effort but, with training, compassionate feelings may emerge. This first session helped to reinforce Julian's engagement in the therapy and his willingness to cultivate compassion.

2.4.2.3.2 Cultivating the compassionate self

Compassionate mind training is an essential component of CFT (67). To cultivate the evolved social mentality for caring and compassion, different practices with breathing, body posture, voice

tone, and imagery were used. The objective was to build and train a compassionate self, able to give compassion to one's own suffering.

The first CFT technique used was Soothing Rhythm Breathing (SRB). SRB allows to experiment the connection between bodily sensations, emotions, and mental processes; this in turn helps to regulate arousal (see (68) for more details about SRB). SRB is a breathing method that permits to decrease respiration frequency and increase heart rate variability (HRV) (69). To do so, it was important that SRB was experienced as a technique that goes beyond mere relaxation; instead, it is aims to function as a cue to activate the soothing system while simultaneously regulating the threat system (70). Indeed, greater HRV is linked with reduced negativity bias and an enhanced willingness to embrace novelty (71). In Julian's case, a cognitive shift through SBR was reported after his second independent practice with this breathing method "*in a time of stress when many thoughts were present*," "*through breathing, the thoughts left, slowing down, as if we were stopping time*." After the first introduction of SRB, each session started with a SRB practice, which was progressively complemented with new learnings such as a soft internal voice tone or a friendly facial expression. Indeed, SRB constitutes the initial phase of most therapeutic tasks in CFT (68, 72). We used posture and breathing exercises to establish physiological safeness, fostering a compassionate mind. In session 3, Julian reported that he had turned to SRB spontaneously during a difficult situation where he felt tense and angry while he was driving home. Instead of stopping on the side of the road and taking a nap to calm down, he "*…used the vibrations on the steering wheel as an anchor that helped me to calm down*." He highlighted that this was very effective and soothing: "*this strategy of calm through breathing, while driving, is less risky than stopping on the side of the road to sleep*." Thus, there was generalization of new learning and SRB became a helpful strategy to regulate intense emotions. Based on the intuitive wisdom Julian showed in this situation, the therapist suggested that he could use the same strategy during other difficult situations. For instance, in the city, if intense tension arises, Julian usually sits down and plugs his ears. He dislikes this behavior and chose to practice SRB instead while holding a small object of his choosing (i.e., a specific rock), to feel "anchored' akin to the feeling he reported while touching the steering wheel. As the weeks went by and Julian continued to regularly practice SRB, he shared in week 21 (10th session of active CFT) "*I know it's there, I can activate it when I need*" and "*there is a part of me in this rock, the part that is wise and compassionate*."

Another fundamental technique in CFT consists of training the caring system through compassion focused imagery (e.g., compassionate memories, visualizing caring individuals, creating a safe place, imagining a compassionate color and a compassionate ideal person). These practices were first conducted in session and debriefed with the therapist who targeted the sensations and feelings during the practices. Julian was able to experiment further at home through audio recordings of the sessions or with videos made by the therapist (73). These practices increased his familiarity with the feelings and sensations associated with compassion. To facilitate the implementation of these practices, we relied on Julian's love for the arts. For example, Julian chose specific music pieces to accompany certain compassionate practices. His safe place was first chosen to be his grandmother's house, which was associated with warmth and feeling of safeness but also a sense of loss, grief, and deep sadness. After different explorations of potential safe places, Julian thought of an arts foundation he used to visit with his grandmother; this safe place helped him feel warmth, a sense of safeness and openness and he felt welcomed there exactly for the person he is. Julian discovered that looking at a picture of the arts foundation helped him to feel peaceful. Between-sessions practices consisted of SRB and compassionate imagery. Examples of his personal notes regarding these between-session practices are presented in Table 3.

In CFT, training of the compassionate mind can include role plays, chair work and embodiment practices. These were particularly difficult for Julian at first as they tapped on one of his fundamental fears, i.e., "*others will make fun of me*." To facilitate these practices, the therapist first asked Julian to choose an object that had special meaning for him and to bring it to the next therapy session. The therapist then interviewed Julian as he embodied the compassionate object (75). This allowed him to experiment embodiment practices in a safe and playful way as he embodied a toy from his childhood. This therapeutic task was also a way to experiment giving himself compassion through a third person perspective.

2.4.2.3.3 The multiple selves

Since the beginning of the intervention, Julian was introduced to the concept of having multiple selves, where each emotion was treated as a separate entity. For instance, when he expressed feeling sadness, the therapist acknowledged this as the expression of his "sad self." This approach aimed to foster a more relational perspective towards emotions, allowing the client to engage with them as distinct entities rather than becoming overwhelmed by them. Throughout sessions, the therapist guided Julian to identify, label and picture his different parts. The different selves were explored by the therapist with an attitude of curiosity. Here again, Julian was able to fully embody his different parts, e.g., "sad self," "angry self," and the therapist asked questions like "*Angry self, what would you like to say?*" "*how does the anger manifests in your body?*" "*What would you do if you could take control over Julian?*" This allowed Julian to become aware of different emotional parts within himself and to better understand the underlying motives and needs of each part. For example, we explored the "blaming self" that emerged during a difficult situation (i.e., Julian was not invited for the birthday of his friend) (*cf.* Table 4).

In CFT, a relational approach is used to explore the different parts of the self, akin to defusion described in mindfulness-based approaches (e.g., Acceptance and Commitment Therapy; (76)). In addition to defusion, in CFT, the therapist explores how the client would like to respond to the parts within himself to foster understanding and compassion. This allowed Julian to identify certain qualities ("*kindness, generosity, altruism, gentleness, understanding, tolerance and strength*"), which were then useful to guide him in constructing his compassionate self. This ideal compassionate self was further reinforced through imagery practices, role-playing and embodiment exercises, allowing him to immerse in the role and experience the compassionate attributes firsthand. Painful emotions were explored through the lens of the multiple selves and then integrated trough the compassionate self that validated the needs of each part.

2.4.2.3.4 Bringing compassion into daily life

As Julian's compassionate identity became more clear, other therapeutic tasks were included to embody his compassionate self in his daily life. This started at home while doing activities such as

Marie Riebel | Université de Strasbourg

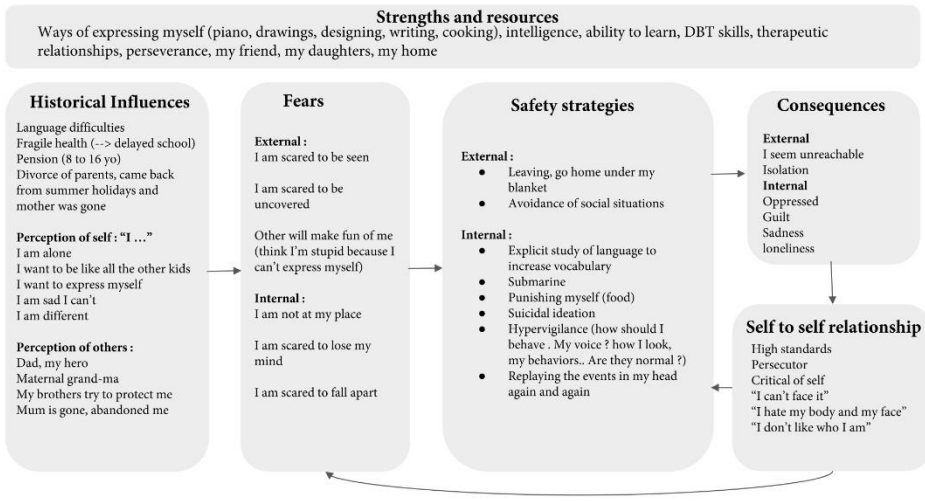


FIGURE 1
Conceptualization of Julian's difficulties.

TABLE 3 Compassionate object interview.

Aims	Relating to aspects of self as if he was the compassionate object. This experience of self as an external person permits to transfer interpersonal behaviors and competencies to self. It can increase the client ability to mentalise and generate self-compassion by focusing on self from an external perspective (74).
Therapist questions	How long have you been in Julian's life? What role do you have for Julian? What do you do for Julian? When does Julian turn towards you? When does Julian need you? Why are you so important for Julian? How do you feel about him? What do you wish for Julian? What would like him to know?

listening to music, playing the piano, or doing house chores. Julian deliberately changed his body postures and internal voice tone, mindfully observing his sensations, and looking at the world through the eyes of his compassionate self. After practicing at home, Julian was encouraged to practice outside. This was a stressful situation for Julian as he felt inadequate and feared the mockery and rejection of others. To embody his compassionate self, Julian shifted from the ashamed self to the compassionate self when going to the bakery and talking to the salesperson. He did so via the practice of SRB, intentionally changing his body posture and voice tone, he observed "*when I change my posture, others change too*." He also noticed that he felt more comfortable and talked more during the conversation. He still felt anxious but instead of having the "blaming self / the spear" run the show and make him feel inferior, the compassionate self encouraged him. Julian acknowledged that "*Compassion is part of me now*," highlighting how his compassionate self had been incorporated in his sense of identity.

2.4.2.3.5 Compassion for the stigmatized self

Julian's interest in writing was an important asset when the compassionate self was to give compassion to the stigmatized self. Indeed, one of the main practices of CFT is the compassionate letter writing (68). To do so, one writes a letter to oneself (i.e., the part who is suffering) through the lens of the part of the self who is wise, caring, and strong, i.e., the compassionate self. Before writing the letter, Julian first practiced SRB and immersed himself in a compassionate self-imagery. Then he identified the part of the self who was suffering, i.e., the stigmatized self, validated its suffering, shared his compassionate wisdom about humankind's tricky brains (i.e., "even though it is not my fault, it is my responsibility"), and showed support and willingness to change. This practice cued an important fear of compassion, which led Julian to postpone its writing. Some time was taken during sessions to identify key fears and resistances and to compassionately respond to them. Motivational interviewing techniques were used to help him activate his compassionate self and start writing (77). During this process, Julian noted "*Even if I do not act, I can see and identify how I can make progress and I stop bullying myself.*" With the compassionate self, Julian wrote himself a letter that progressively became the novel he wanted to write for a long time (i.e., one of the therapy's goal). In week 25, he felt that "*The therapy allowed me to move forward and feel safe. My writing project takes up more and more space.*" This highlights the importance in CFT of creating safeness and of cultivating the courage, through compassion, to achieve the goals of one's life worth living.

TABLE 4 Example of the blaming self.

The blaming self/"the spear"	
Sensations	Jaws are tensed, like having a spear through the chest
Emotion	Shame
Thoughts	I am not normal, and I deserve to be punished. I must isolate. I must harm myself
Behaviors	I cannot speak, urge to punch my hands into a wall
Underlying need	To be included and accepted

3 Results

3.1 Acceptability

The participant did not drop out of therapy, nor did he miss any session. Julian completed an online journal shared with the therapist where he took note of his practices of soothing rhythm and compassion focused imagery. In total, during the compassionate mind training phase and follow-up, he wrote 125 entries about soothing rhythm practices and several compassionate imagery practices such as the "safe place" and "compassionate color." In the journal entries, Julian wrote how he felt before, during and after the practices as well as any practice-related discoveries or comments. Example of journal entries of practices are presented in Table 5.

3.2 Self-compassion, self-stigma and shame

Figures 2–4 graphically display the participant's weekly measures of self-stigma and self-compassion and daily reports of shame.

3.2.1 Visual inspection

Visually, self-compassion increased while shame decreased across the pure baseline (A) and the conceptualization phase (A'). Regarding self-compassion during the active treatment period (B), there was some variability around scores of 1.5 to 1.8 until week 21 followed by a consistent increase of scores for 5 weeks up to 3 which then decreased slightly to reach a score of 2.2 at the end of the active treatment phase. Self-compassion increased again during the follow-up period and ranged between 2.5 and 2.8 during the 5-week follow-up period suggesting that the amelioration of self-compassion during the intervention was maintained post-therapy.

Regarding self-stigma scores, the trend is less straightforward than for self-compassion. Indeed, there is a large variability of self-stigma scores during the pure baseline period (A) making the changes in self-stigma across the subsequent phases difficult to interpret. In the conceptualization phase (A'), self-stigma progressively decreased but the variability of scores persisted, suggesting that the conceptualization phase had a small effect on self-stigma. During the active therapeutic phase (B) and the follow-up period, self-stigma scores continued to show great variations.

Daily reports of shame during the pure baseline period (A) indicate that Julian frequently felt ashamed. At the beginning of the conceptualization (A'), Julian reported a high level of shame which showed a sudden subsequent decrease. During the start of the active treatment phase (B), shame was reported to be more present than for the rest of this phase suggesting a decrease of shame during the CFT phase as compared to the baseline. This reduction of shame was maintained during the follow-up period.

3.2.2 Statistical analyses

Tau-U was calculated to investigate changes across the different phases. Results are given in Table 6 and interpreted according to Vannest and Ninci (78): A 0.20 improvement can be considered a small change, 0.20 to 0.60 a moderate change, 0.60 to 0.80 a large change, and above 0.80 a large to very large change. Statistical analysis indicates a large increase in self-compassion between the baseline (including the conceptualization phase) and the active treatment phase (Tau-U = 0.74). If the baseline phase is considered without the conceptualization phase, the change is very large (Tau-U = 0.99). These results suggest that self-compassion increases during the conceptualization phase even though there is no active compassionate mind training during the conceptualization sessions. There is no difference between the intervention phase and the follow-up (Tau-U = 0.00) suggesting that the amelioration of self-compassion is maintained after the intervention. Regarding self-stigma, there is a moderate decrease of self-stigma between the baseline (including the conceptualization phase) and the active treatment phase (Tau-U = 0.32). In contrast, when we compare the baseline without the conceptualization phase with the intervention phase (which includes the conceptualization), there is no change in self-stigma (Tau-U = −0.09). There is no change in self-stigma between the intervention and follow-up (Tau-U = −0.19). Regarding daily shame, there is moderate decrease in shame between the baseline including the conceptualization phase and the active treatment phase (Tau-U = 0.31) and a moderate decrease between the baseline (without the conceptualization phase) and the intervention phase including the conceptualization (Tau-U = 0.51).

The percentages of goals obtained were calculated for both self-compassion and shame (Table 7). Between baseline (including the conceptualization phase) and the active intervention phase, 64.91% of goal in self-compassion was obtained. When we include the conceptualization phase as part of the intervention, the percentage of goal is almost the same (62.49%). Across the intervention phase and the follow-up phase the percentage of goal obtained is very high: 143.10%. Considering that the goal was set as the benchmark between low self-compassion to moderate self-compassion, this result suggests that during the follow-up, self-compassion was consistently higher that the "moderate" cut-off. Regarding daily shame reports, the percentage of goal obtained is also very similar whether we include the conceptualization in the baseline or the intervention phase, respectively 90.21 and 92.51%. In the follow-up, the percentage of goal remained high suggesting that the effects of the intervention on daily shame reports remained stable during the follow-up.

4 Discussion

In this study, as recommended by recent literature referring to healthcare and rehabilitation, we used a single case pre-experimental design to evaluate the feasibility and efficacy of CFT for reducing self-stigma in an autistic adult (47). To do so, we investigated whether and how scores of self-compassion, self-stigma and shame measures

TABLE 5 Examples of Julian's journal entries of compassion practices at home.

Week number and period	Type of practice	How I felt before	How I felt during	How I felt after	Comments
Week 13 Compassionate mind training	Soothing rhythm breathing	Very angry	The first minutes are difficult	Relieved, soothed, calm	
Week 14 Compassionate mind training	Safe place	Tired, angry	It is difficult to keep focus	A little bit calmer	I cannot seem to choose my safe place, several images come to my mind
Week 22 Compassionate mind training	Safe place	Tensed	The successive heat waves we are experiencing at the moment allow me to give more reality to this place. I've often been there when it was hot, and very quickly, flagrances of pine and stones splashed by watering invade my thoughts	Happy and at peace	Now that I've identified my place of serenity, everything is much simpler
Week 27 Compassionate mind training	Compassionate self	Tired	I feel good and happy to practice this	Peaceful	I've just come from a nature walk, I'm sitting on a bench in the sun
Week 44 Follow up	Soothing rhythm breathing	Wilful	I think back to Marie's words before I left, and her encouragement, which for me was an expression of a certain kindness	I'm confident I'll have a beautiful day	I came across Agnes Obel's name in one of my music playlists, and I must confess to having been very moved by the memory of my first listen. This "incident" undoubtedly reconciled me with the practice of soothing breathing rhythms, the very thing I had long abandoned, so unable was I to find the answers to my inner suffering. Now I know that this name and the music behind it are like all the lights in the sky when the night is at its darkest

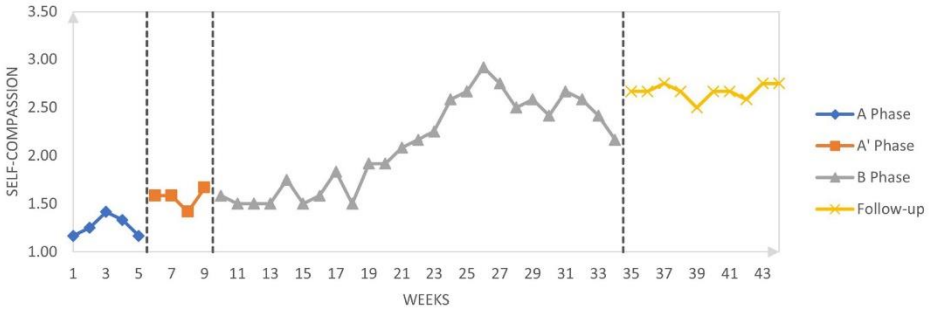


FIGURE 2
Weekly self-compassion scores across phases.

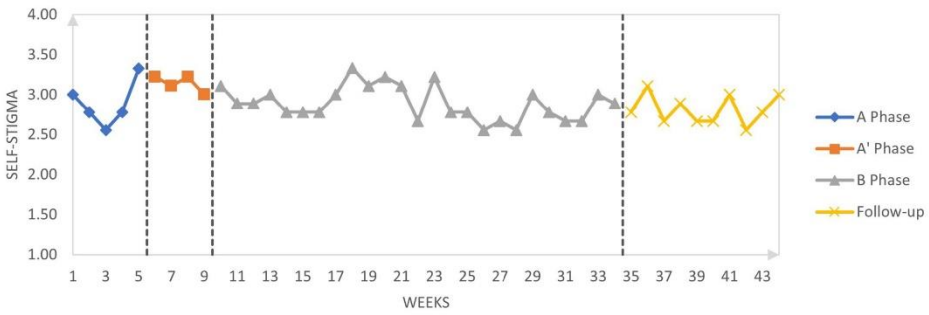


FIGURE 3
Weekly self-stigma scores across phases.

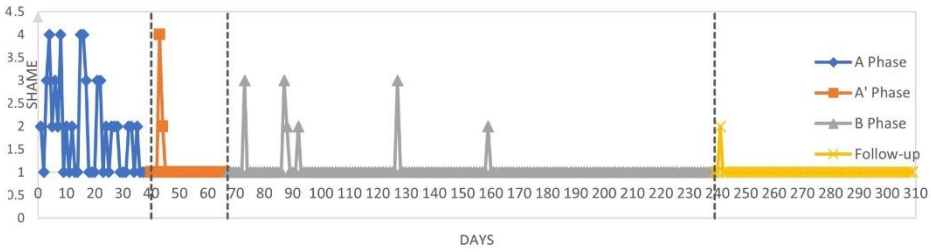


FIGURE 4
Daily reports of shame across phases: "How often I have felt ashamed today?".

TABLE 6 Tau calculations for the weekly measures of self-compassion and self-stigma.

	AA' versus B	A versus A'B	B versus Follow-up**	A'B versus Follow-up**
Weekly self-compassion*	0.74	0.99	0.00	−0.08
Weekly self-stigma*	0.32	−0.09	−0.08	−0.19
Daily shame	0.31	0.51	0.02	0.03

*Tau-U was used in order to include baseline trend correction. **If intervention effects are maintained over time, a Tau/TAU-U close to zero is expected.

evolved through a baseline period, a conceptualization phase, CFT and a follow-up period.

First of all, we found that CFT was highly acceptable and feasible with this autistic client. Indeed, Julian was very diligent with session attendance and in-between sessions practices, with more than a hundred entries in his log of home practices across the intervention and follow-up phases. This result is important given that barriers to accessing care are numerous in this population, including clinician attitudes about autism and the importance of flexibility for the individualization of treatment (79). In addition, the individual format of the intervention allowed the therapist to adapt the sessions to better fit the needs of the participant. For example, the client's interests and passions were used in the therapeutic tasks, which may have contributed to increase the acceptability of CFT (60).

In terms of the efficacy measures, self-compassion increased throughout the conceptualization, CFT and follow-up phases. More specifically, self-compassion increased while shame decreased across the baseline and the conceptualization phase. This is consistent with the de-shaming function of case conceptualization in CFT (80). Indeed, the collaborative creation of a common understanding of the client's difficulties through a compassionate lens may have been effective in reducing shame (i.e., "we did not choose to have a brain that functions this way and can create difficult emotions and ruminations, nor did we choose the context in which we grew up"). In other words, the idea that "it is not my fault" brought about in the conceptualization phase might explain the reduction of shame found during this phase as opposed to the pure baseline phase.

In contrast to self-compassion, the self-stigma measure showed high variability during the baseline, making subsequent results and changes difficult to interpret. A moderate decrease in self-stigma was nevertheless found between the baseline and the intervention

TABLE 7 Percentage of goal obtained for weekly self-compassion and daily shame.

	AA′ versus B	A versus A′B	B versus Follow-up	A′B versus Follow-up
Self-compassion	Effect size estimate: 64.91 Standard error: 10.91 95% CI: [43.53, 86.29]	Effect size estimate: 62.49 Standard error: 8.61 95% CI: [45.61, 79.37]	Effect size estimate: 143.10 Standard error: 43.37 95% CI: [58.10, 228.11]	Effect size estimate: 136.02 Standard error: 33.07 95% CI: [71.20, 200.85]
Shame	Effect size estimate: 90.91 Standard error: 27.12 95% CI: [37.75, 144.07]	Effect size estimate: 92.51 Standard error: 25.30 95% CI: [42.92, 142.09]	Effect size estimate: 76.69 Standard error: 58.38 95% CI: [−37.74, 191.12]	Effect size estimate: 81.43 Standard error: 52.28 95% CI: [−21.04, 183.89]

phase, which was maintained at follow-up. Similar results were found on the daily reports of shame, consistent with the idea that shame is strongly associated with self-stigma in autistic and non-autistic people) (27, 81). The moderate changes in self-stigma might be explained by different factors. First, internalized stigma is the result of frequent and repeated exposure to stigmatizing attitudes and experiences of discrimination. Thus, although self-compassion significantly increased during treatment and this change was maintained at follow up, self-stigma may take more time to change, especially because public stigma remains prevalent. Relatedly, it is worth noting that, as the therapy advanced and self-compassion increased, the participant progressively exposed himself to social situations that he avoided before, momentarily increasing his anxiety, and feelings of inadequacy. Indeed, increased social exposure to a non-autistic world comes with a high risk to face negative attitudes from others (64), and this might explain the results found in our study. Another explanation is related to the scale that was used to assess self-stigma, i.e., the ISMI (54). Indeed, the ISMI was validated for measuring self-stigma related to psychiatric disorders, thus it is possible that the ISMI did not fully capture autism-related self-stigma.

Overall, our results suggest that self-compassion increased following CFT, but self-stigma decreased only moderately. We speculate that this is due to the persistence of autism-related stigma in our society. Hence, in addition to tackling self-stigma, it is crucial to address and fight autism-related public stigma within our societies. To achieve this, it is pivotal to implement anti-stigma programs targeting the general public, families of autistic individuals, teachers, and health practitioners. However, existing programs are scare, have shown limited effectiveness so far (82), and changing public attitudes takes effort and time. Some studies focusing on anti-stigma programs for autism have shown promising results but have been constrained by methodological limitations, such as short-term effects and lack of behavioral measures (83–86). Considering these challenges, in addition to working on reducing public stigma, this study demonstrates how CFT may decrease autism-related self-stigma and thus addresses one of the facets of the stigmatization process. By doing so, CFT could contribute to reduce the negative health consequences associated with stigma in autistic individuals.

From a qualitative standpoint, Julian reported that the therapy helped him become less self-critical and self-stigmatizing, suggesting that, from a subjective perspective, self-stigma decreased. Indeed, during the last sessions of the therapy, Julian shared that writing his novel meant that he was embracing who he was, i.e., "*I accept who I am*." He shared that his novel was now part of his life and contributed to "*his acceptance of his difference*," that is, he accepted and embraced his autistic identity instead of camouflaging it in most occasions or avoiding social situations. Consistently, he mentioned "*I show myself as I am, I have no more desire to be a chameleon because I know it's destructive, I have no more need to hide*" "*I'm naked, camouflage falls off, I am now more sensitive to my environment, I have not fallen back into the idea of being perfect, I have my flaws, they make up my personality*." He also noticed that he was more aware of his emotions "*My awareness and acuity when it's happening improved, there is now a real synchronization when it's happening, so I can see what I can use right away to be helpful*." Furthermore, Julian reported "*I can notice I've been hurt by someone and I'm able to ask for an apology, compassion goes in both directions*," suggesting that his self-compassion, but also compassion for others increased following CFT. Hence, the self-reported decrease in self-stigma through self-compassion seems to have allowed him to hide and avoid less while decreasing his use of camouflaging behaviors. In addition, he acknowledged that CFT also helped him become more aware of his emotions, a finding in line with previous studies using CFT (87). Both results are clinically important given that camouflaging, social isolation, and emotion dysregulation have been found to be involved in the high rates depression, anxiety and suicidality in autistic adults (7, 65, 88, 89).

As a pilot clinical study, this research presents with limitations. Firstly, the shift between the baseline and the intervention phase is not clear-cut, given that the conceptualization phase can be either seen as part of the baseline or the intervention. This is particularly the case in an A-B single case design such as ours. Further research should aim at replicating our results and explore changes across the conceptualization and active treatment phases possibly with a larger sample of autistic individuals. Moreover, to decrease the load on the participant, only selected measures of self-stigma, self-compassion and shame were used. However, given the link between self-stigma and mental-health, future studies should consider using measures of psychopathology (e.g., depression and anxiety scales) and quality of life to explore the effects of the intervention more broadly. Furthermore, because autism can take many shapes, further research should include larger scale studies involving a wide variety of autistic clients (e.g., multiple baseline SCED design and randomized controlled studies). Finally, research should investigate the types of adaptations of CFT required for autistic clients more broadly.

In conclusion, the present study adds to the CFT literature by demonstrating its acceptability and preliminary efficacy in

reducing self-stigma in autistic adults. Given that self-stigma seems to be involved in the diminished social functioning of autistic adults as well as in the maintenance of co-occurring disorders, our results are particularly promising and point to the need to conduct more large-scale studies on CFT in autistic adults.

Data availability statement

The raw data supporting the conclusions of this article will be made available by the authors, without undue reservation.

Ethics statement

Ethical approval was assigned by the French Ethics Committee (Comité de Protection des Personnes Nord Ouest II) - (2022-A02501-42). The studies were conducted in accordance with the local legislation and institutional requirements. The participants provided their written informed consent to participate in this study.

Author contributions

MR: Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Funding acquisition, Investigation, Methodology, Resources, Writing – original draft, Software, Visualization. AK-P: Methodology, Writing – review & editing, Supervision. RM: Methodology, Writing – review & editing. OR: Writing – review & editing. LW: Conceptualization, Supervision, Writing – review & editing, Project administration.

Funding

The author(s) declare financial support was received for the research, authorship, and/or publication of this article. This research was funded through doctoral fellowships granted to MR by the University of Strasbourg. Funding to finance this study has been requested after a public invitation to tender from the General Directorate for Healthcare Provision (DGOS) (national PHRC). The funding body did not have any role in the design of the study and in writing the manuscript. The study was coordinated by the University Hospital of Strasbourg (PHRC N 2021 – HUS N° 8566).

Acknowledgments

The authors wish to warmly thank the participant in the research for his active involvement in the research process.

Conflict of interest

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher's note

All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.

References

1. Volkmar FR, Reichow B. Autism in DSM-5: progress and challenges. *Mol Autism*. (2013) 4:13. doi: 10.1186/2040-2392-4-13

2. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: a systematic review update. *Autism Res*. (2022) 15:778–90. doi: 10.1002/aur.2696

3. Hollocks MJ, Lerh JW, Magiati I, Meiser-Stedman R, Brugha TS. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. (2019) 49:559–72. doi: 10.1017/S0033291718002283

4. Bejerot S, Mörtberg E. Do autistic traits play a role in the bullying of obsessive-compulsive disorder and social phobia sufferers? *Psychopathology*. (2009) 42:170–6. doi: 10.1159/000207459

5. Hebron J, Humphrey N, Oldfield J. Vulnerability to bullying of children with autism spectrum conditions in mainstream education: a multi-informant qualitative exploration. *J Res Spec Educ Needs*. (2015) 15:185–93. doi: 10.1111/1471-3802.12108

6. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Blumberg SJ. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 national health interview survey. *Natl Health Stat Rep*. (2015) 2015:1–20.

7. Cage E, Di Monaco J, Newell V. Experiences of autism acceptance and mental health in autistic adults. *J Autism Dev Disord*. (2018) 48:473–84. doi: 10.1007/s10803-017-3342-7

8. Jacoby EC, Walton K, Guada J. Community perspectives on adults with autism Spectrum disorder. *Occup Ther Ment Health*. (2019) 35:72–91. doi: 10.1080/0164212X.2018.1507774

9. Perry E, Mandy W, Hull L, Cage E. Understanding camouflaging as a response to autism-related stigma: a social identity theory approach. *J Autism Dev Disord*. (2022) 52:800–10. doi: 10.1007/s10803-021-04987-w

10. Cage E, Troxell-Whitman Z. Understanding the reasons, contexts and costs of camouflaging for autistic adults. *J Autism Dev Disord*. (2019) 49:1899–911. doi: 10.1007/S10803-018-03878-X

11. Mazumder R, Thompson-Hodgetts S. Stigmatization of children and adolescents with autism spectrum disorders and their families: a scoping study. *Rev J Autism Dev Disord*. (2019) 6:96–107. doi: 10.1007/s40489-018-00156-5

12. Pescosolido BA. The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove? *J Health Soc Behav*. (2013) 54:1–21. doi: 10.1177/0022146512471197

13. Huang CH, Li SM, Shu BC. Exploring the relationship between illness perceptions and negative emotions in relatives of people with schizophrenia within the context of an affiliate stigma model. *J Nurs Res*. (2016) 24:217–23. doi: 10.1097/jnr.0000000000000124

14. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. (2002) 1:16.

15. Gilbert P, Miles JNV. Sensitivity to social put-down: It's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personal Individ Differ*. (2000) 29:757–74. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00230-5

16. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat*. (2009) 15:199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264

17. Gilbert P. The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clin Psychol Psychother*. (2000) 7:174–89. doi: 10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U

18. Gilbert P. The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *Br J Med Psychol*. (1997) 70:113–47. doi: 10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x

19. Gilbert P. What is shame? Some core issues and controversies In: P Gilbert and B Andrews, editors. *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*. Oxford University Press. (1998) 3–38.

20. Tangney JP, Wagner P, Gramzow R. Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *J Abnorm Psychol.* (1992) 101:469–78. doi: 10.1037/0021-843X.101.3.469

21. Schibalski JV, Müller M, Ajdacic-Gross V, Vetter S, Rodgers S, Oexle N, et al. Stigma-related stress, shame and avoidant coping reactions among members of the general population with elevated symptom levels. *Compr Psychiatry.* (2017) 74:224–30. doi: 10.1016/j.comppsych.2017.02.001

22. Bachmann CJ, Höfer J, Kamp-Becker I, Küpper C, Poustka L, Roepke S, et al. Internalised stigma in adults with autism: a German multi-center survey. *Psychiatry Res.* (2019) 276:94–9. doi: 10.1016/j.psychres.2019.04.023

23. Botha M, Dibb B, Frost DM. "Autism is me": an investigation of how autistic individuals make sense of autism and stigma. *Disabil Soc.* (2022) 37:427–53. doi: 10.1080/09687599.2020.1822782

24. Dubreucq J, Plasse J, Gabayet F, Faraldo M, Blanc O, Chereau I, et al. Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *Eur Psychiatry.* (2020) 63:e13. doi: 10.1192/j.eurpsy.2019.12

25. McDonald TAM. Correction to: discriminative and criterion validity of the autism Spectrum identity scale (ASIS). *J Autism Dev Disord.* (2020) 50:340–1. doi: 10.1007/s10803-019-04228-1

26. Shtayermman O. An exploratory study of the stigma associated with a diagnosis of Asperger's syndrome: the mental health impact on the adolescents and young adults diagnosed with a disability with a social nature. *J Hum Behav Soc Environ.* (2009) 19:298–313. doi: 10.1080/10911350902790720

27. Riebel M, Bureau R, Rohmer O, Clément C, Weiner L. Self-compassion as an antidote to self-stigma and shame in autistic adults. (Submitted).

28. Wong CCY, Knee CR, Neighbors C, Zvolensky MJ. Hacking stigma by loving yourself: a mediated-moderation model of self-compassion and stigma. *Mindfulness.* (2019) 10:415–33. doi: 10.1007/s12671-018-0984-2

29. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers.* (2007) 41:139–54. doi: 10.1016/J.JRP.2006.03.004

30. Brown L, Houston EE, Amonoo HL, Bryant C. Is self-compassion associated with sleep quality? A meta-analysis. *Mindfulness.* (2021) 12:82–91. doi: 10.1007/s12671-020-01498-0

31. Cleare S, Gumley A, O'Connor RC. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: a systematic review. *Clin. Psychol. Psychother.* (2019) 26:511–30. doi: 10.1002/cpp.2372

32. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev.* (2012) 32:545–52. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003

33. Zessin U, Dickhäuser O, Garbade S. The relationship between self-compassion and well-being: a meta-analysis. *Appl Psychol Health Well Being.* (2015) 7:340–64. doi: 10.1111/aphw.12051

34. Hilbert A, Braehler E, Schmidt R, Lowe B, Hauser W, Zenger M. Self-compassion as a resource in the self-stigma process of overweight and obese individuals. *Obes Facts.* (2015) 8:293–301. doi: 10.1159/000438681

35. Skinta MD, Fekete EM, Williams SL. HIV-stigma, self-compassion, and psychological well-being among gay men living with HIV. *Stigma Health.* (2019) 4:179–87. doi: 10.1037/sah0000133

36. Heath PJ, Brenner RE, Lannin DG, Vogel DL. Self-compassion moderates the relationship of perceived public and anticipated self-stigma of seeking help. *Stigma Health.* (2018) 3:65. doi: 10.1037/sah0000072

37. Cai RY, Gibbs V, Love A, Robinson A, Fung L, Brown L. "Self-compassion changed my life": the self-compassion experiences of autistic and non-autistic adults and its relationship with mental health and psychological wellbeing. *J Autism Dev Disord.* (2022) 53:1066–81. doi: 10.1007/s10803-022-05668-y

38. Galvin J, Richards G. The indirect effect of self-compassion in the association between autistic traits and anxiety/depression: a cross-sectional study in autistic and non-autistic adults. *Autism.* (2022) 27:1256–70. doi: 10.1177/13623613221132109

39. Cai RY, Brown L. Cultivating self-compassion to improve mental health in autistic adults. *Autism Adulthood.* (2021) 3:230–7. doi: 10.1089/aut.2020.0034

40. Cai RY, Love A, Robinson A, Gibbs V. The inter-relationship of emotion regulation, self-compassion, and mental health in autistic adults. *Autism* in Adulthood. (2023) 5:335–42. doi: 10.1089/aut.2022.0068

41. Goffnett J, Liechty JM, Kidder E. Interventions to reduce shame: a systematic review. *J Behav Cogn Ther.* (2020) 30:141–60. doi: 10.1016/J.JBCT.2020.03.001

42. Gilbert P. Social mentalities: a biopsychosocial and evolutionary approach to social relationships In: MW Baldwin, editor. *Interpersonal Cognition*. New York: The Guilford Press (2005). 299–333.

43. Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Rev Neurother.* (2020) 20:385–400. doi: 10.1080/14737175.2020.1746184

44. Kirby JN, Gilbert P. Commentary regarding Wilson et al. (2018) "effectiveness of 'self-compassion' related therapies: a systematic review and Meta-analysis." all is not as it seems. *Mindfulness.* (2019) 10:1006–16. doi: 10.1007/s12671-018-1088-8

45. Riebel M, Rohmer O, Weiner L. Compassion focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: The COMpassion for psychiatric disorders and self-stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study. *Trials.* (2023) 24:393. doi: 10.1186/s13063-023-07393-y

46. Mason D, Acland J, Stark E, Happé F, Spain D. Compassion-focused therapy with autistic adults. *Front Psychol.* (2023) 14:1267968. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1267968

47. Krasny-Pacini A, Evans J. Single-case experimental designs to assess intervention effectiveness in rehabilitation: a practical guide. *Ann Phys Rehabil Med.* (2018) 61:164–79. doi: 10.1016/j.rehab.2017.12.002

48. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res.* (2004) 129:257–65. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003

49. Linehan MM. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press (1993).

50. Gast DL, Ledford JR. *Single Case Research Methodology. 3rd* ed Routledge (2018).

51. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity.* (2023) 2:223–50. doi: 10.1080/15298860309027

52. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clin Psychol Psychother.* (2011) 18:250–5. doi: 10.1002/cpp.702

53. Kotsou I, Leys C. Self-compassion scale (SCS): psychometric properties of the French translation and its relations with psychological well-being, affect and depression. *PLoS One.* (2016) 11:e0152880. doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0152880

54. Kratochwill TR, Hitchcock JH, Horner RH, Levin JR, Odom SL, Rindskopf DM, et al. Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial Spec. Educ.* (2013) 34:26–38. doi: 10.1177/0741932512452794

55. Kratochwill T. R., Hitchcock J., Horner R. H., Levin J. R., Odom S. L., Rindskopf D. M., et al. (2010). Single-Case Designs Technical Documentation. What Works Clearinghouse. Available at: http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/wwc_scd.pdf.

56. Parker RI, Vannest KJ, Davis JL, Sauber SB. Combining nonoverlap and trend for single-case research: tau-U. *Behav Ther.* (2011) 42:284–99. doi: 10.1016/J.BETH.2010.08.006

57. Pustejovsky JE. Procedural sensitivities of effect sizes for single-case designs with directly observed behavioral outcome measures. *Psychol Methods.* (2019) 24:217–35. doi: 10.1037/met0000179

58. Ferron J, Goldstein H, Olszewski A, Rohrer L. Indexing effects in single-case experimental designs by estimating the percent of goal obtained. *Evid Based Commun Assess Interv.* (2020) 14:6–27. doi: 10.1080/17489539.2020.1732024

59. Bemmouna D, Coutelle R, Weibel S, Weiner L. Feasibility, acceptability and preliminary efficacy of dialectical behavior therapy for autistic adults without intellectual disability: a mixed methods study. *J Autism and Dev Disord.* (2021) 52:4337–54. doi: 10.1007/S10803-021-05317-W

60. Keenan EG, Gurba AN, Mahaffey B, Kappenberg CF, Lerner MD. Leveling up dialectical behavior therapy for autistic individuals with emotion dysregulation: clinical and personal insights. *Autism Adulthood.* (2023). doi: 10.1089/AUT.2022.0011

61. Gilbert P. A brief outline of the evolutionary approach for compassion focused therapy. *EC Psychol Psychiatry.* (2017) 3:218–27.

62. Gilbert P. Compassion: from its evolution to a psychotherapy. *Front Psychol.* (2020) 11:586161. doi: 10.3389/fpsyg.2020.586161

63. Hull L, Petrides KV, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S, Lai MC, et al. "Putting on my best Normal": social camouflaging in adults with autism Spectrum conditions. *J Autism Dev Disord.* (2017) 47:2519–34. doi: 10.1007/S10803-017-3166-5

64. Bureau R, Riebel M, Weiner L, Coutelle R, Dachez J, Clément C, et al. French Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q)s. *J Autism Dev Disord.* (2023) 1–10.

65. Cook J, Hull L, Crane L, Mandy W. Camouflaging in autism: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* (2021) 89:102080. doi: 10.1016/J.CPR.2021.102080

66. Dudley R, Kuyken W, Padesky CA. Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualisation. *Clin Psychol Rev.* (2011) 31:213–24. doi: 10.1016/J.CPR.2010.07.005

67. Irons C, Heriot-Maitland C. Compassionate mind training: an 8-week group for the general public. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* (2021) 94:443–63. doi: 10.1111/PAPT.12320

68. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Int. J. Cogn. Ther.* (2010) 3:97–112.

69. Laborde S, Allen MS, Borges U, Dosseville F, Hosang TJ, Iskra M, et al. Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: a systematic review and a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* (2022) 138:104711. doi: 10.1016/J.NEUBIOREV.2022.104711

70. Di Bello M, Ottaviani C, Petrocchi N. Compassion is not a benzo: distinctive associations of heart rate variability with its empathic and action components. *Front Neurosci.* (2021) 15:617443. doi: 10.3389/FNINS.2021.617443/BIBTEX

71. Petrocchi N, Cheli S. The social brain and heart rate variability: implications for psychotherapy. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* (2019) 92:208–23. doi: 10.1111/PAPT.12224

72. Gilbert P. *Mindful compassion*. Hachette UK (2013).

73. Riebel M, Weiner L. Feasibility and acceptability of group compassion-focused therapy to treat the consequences of childhood maltreatment in people with psychiatric disorders in France. *J Nerv Ment Dis.* (2023) 211:393–401. doi: 10.1097/NMD.0000000000001603

74. Bell T, Montague J, Elander J, Gilbert P. "A definite feel-it moment": embodiment, externalisation and emotion during chair-work in compassion-focused therapy. *Couns Psychother Res.* (2020) 20:143–53. doi: 10.1002/capr.12248

75. Lucre K, Clapton N. The compassionate kitbag: a creative and integrative approach to compassion-focused therapy. *Psychol Psychother.* (2021) 94:497–516. doi: 10.1111/papt.12291

76. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy In: F Arthur, editor. *Encyclopedia Cognitive Behavior Therapy*, vol. 6. New York: Guilford Press (1999)

77. Steindl SR, Kirby JN, Tellegan C. Motivational interviewing in compassion-based interventions: theory and practical applications. *Clin Psychol.* (2018) 22:265–79. doi: 10.1111/cp.12146

78. Vannest KJ, Ninci J. Evaluating intervention effects in single-case research designs. *J Couns Dev.* (2015) 93:403–11. doi: 10.1002/JCAD.12038

79. Brede J, Cage E, Trott J, Palmer L, Smith A, Serpell L, et al. "We have to try to find a way, a clinical bridge" - autistic adults' experience of accessing and receiving support for mental health difficulties: a systematic review and thematic meta-synthesis. *Clin Psychol Rev.* (2022) 93:102131. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102131

80. Heriot-Maitland C, Levey V. A case report of compassion-focused therapy for distressing voice-hearing experiences. *J Clin Psychol.* (2021) 77:1821–35. doi: 10.1002/jclp.23211

81. Hasson-Ohayon I, Ehrlich-Ben Or S, Vahab K, Amiaz R, Weiser M, Roe D. Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. *Psychiatry Res.* (2012) 200:802–6. doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2012.07.038

82. Godeau E, Vignes C, Sentenac M, Ehlinger V, Navarro F, Grandjean H, et al. Improving attitudes towards children with disabilities in a school context: a cluster randomized intervention study. *Dev Med Child Neurol.* (2010) 52:e236–42. doi: 10.1111/J.1469-8749.2010.03731.X

83. Campbell JM, Ferguson JE, Herzinger CV, Jackson JN, Marino CA. Combined descriptive and explanatory information improves peers' perceptions of autism. *Res Dev Disabil.* (2004) 25:321–39. doi: 10.1016/j.ridd.2004.01.005

84. Ranson NJ, Byrne MK. Promoting peer acceptance of females with higher-functioning autism in a mainstream education setting: a replication and extension of the effects of an autism anti-stigma program. *J Autism Dev Disord.* (2014) 44:2778–96. doi: 10.1007/s10803-014-2139-1

85. Schachter HM, Girardi A, Ly M, Lacroix D, Lumb AB, Van Berkom J, et al. Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* (2008) 2:18. doi: 10.1186/1753-2000-2-18

86. Staniland JJ, Byrne MK. The effects of a multi-component higher-functioning autism anti-stigma program on adolescent boys. *J Autism Dev Disord.* (2013) 43:2816–29. doi: 10.1007/s10803-013-1829-4

87. Gilbert P, Simos G. (Eds.). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications.* Routledge (2022).

88. Cassidy S, Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S. Risk markers for suicidality in autistic adults. *Mol Autism.* (2018) 9:42. doi: 10.1186/s13229-018-0226-4

89. Conner CM, Golt J, Righi G, Shaffer R, Siegel M, Mazefsky CA. A comparative study of suicidality and its association with emotion regulation impairment in large ASD and US census-matched samples. *J Autism Dev Disord.* (2020) 50:3545–60. doi: 10.1007/s10803-020-04370-1

Chapitre 12 : Article 6 - Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMpassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study

Ce dernier chapitre portant sur nos contributions empiriques marque l'aboutissement, et esquisse les perspectives, des différents travaux présentés jusqu'ici. En effet, nous présentons notre article, publié dans la revue Trials. Cet article présente les objectifs, la méthodologie et le plan de traitement des données d'une étude contrôlée randomisée multicentrique, comprenant six centres hospitaliers français. Cette étude vise à évaluer l'efficacité de la Thérapie Fondée sur la Compassion pour l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie, avec un objectif de recrutement d'un échantillon de 336 personnes réparties dans trois groupes. Dans cette étude, nous visons à comparer le programme ComPASS, l'intervention groupale de TFC – notre condition expérimentale – à notre adaptation française du programme Ending Self-Stigma (ESS ; Lucksted et al., 2017 ; mentionné dans le chapitre 5) – notre condition contrôle active – ainsi qu'au traitement usuel – condition de contrôle passive. Nous faisons l'hypothèse principale d'une plus grande diminution de l'autostigmatisation dans la condition expérimentale comparativement aux deux conditions contrôles, d'une meilleure adhésion à la thérapie dans la condition expérimentale que la condition contrôle active et d'une plus grande pérennisation des résultats pour la condition expérimentale. Outre l'évaluation de l'autostigmatisation via l'ISMI (Boyd Ritscher et al., 2003), nous évaluons également les attitudes par le biais de la Visual Aproach and Avoidance by the Self Task (VAAST ; voir chapitre 8). Après la présentation de l'article publié, nous présenterons les résultats préliminaires de cette étude en cours d'inclusion. Les premiers résultats présentés dans le cadre de cette thèse incluent certaines mesures quantitatives principales ainsi que ceux issus d'analyses thématiques d'entretiens semi-directifs post-thérapie.

Riebel *et al. Trials* (2023) 24:393
https://doi.org/10.1186/s13063-023-07393-y

Trials

STUDY PROTOCOL Open Access

Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the self-stigma of mental disorders: the COMpassion for Psychiatric disorders, Autism and Self-Stigma (COMPASS) study protocol for a randomized controlled study

M. Riebel[1], O. Rohmer[1], E. Charles[2], F. Lefebvre[3], S. Weibel[2] and L. Weiner[1,2*]

Abstract

Background People with mental disorders face frequent stigmatizing attitudes and behaviors from others. Importantly, they can internalize such negative attitudes and thus self-stigmatize. Self-stigma is involved in diminished coping skills leading to social avoidance and difficulties in adhering to care. Reducing self-stigma and its emotional corollary, shame, is thus crucial to attenuate the negative outcomes associated with mental illness. Compassion-focused therapy (CFT) is a third-wave cognitive behavioral therapy that targets shame reduction and hostile self-to-self relationship and allows for symptom improvement while increasing self-compassion. Although shame is a prominent part of the concept of self-stigma, the efficacy of CFT has never been evaluated in individuals with high levels of self-stigma. The purpose of this study is to evaluate the efficacy and acceptability of a group-based CFT program on self-stigma, compared to a psychoeducation program for self-stigma (Ending Self-Stigma) and to treatment as usual (TAU). We hypothesize that diminished shame and emotional dysregulation and increased self-compassion will mediate the relationship between self-stigma improvements post-therapy in the experimental group.

Methods This seven-center trial will involve 336 participants diagnosed with a severe mental illness and/or autism spectrum disorder and reporting high levels of self-stigma. Participants will be randomized into one of three treatment arms: 12 week-treatment of compassion-focused therapy (experimental arm), 12 week-treatment of Psychoeducation (active control arm), and TAU (treatment as usual—passive control arm). The primary outcome is the decrease of self-stigma scores on a self-report scale, i.e., ISMI, at 12 weeks. Secondary endpoints include sustainability of self-stigma scores (ISMI) and self-reported scores regarding target psychological dimensions, e.g., shame and emotional regulation, social functioning, and psychiatric symptoms. Assessments are scheduled at pretreatment, post-treatment (at 12 weeks), and at 6-month follow-up. Acceptability will be evaluated via (i) the Credibility and Expectancy Questionnaire at T0, (ii) the Consumer Satisfaction Questionnaire for Psychotherapeutic Services posttreatment and at 6-month follow-up, (iii) attendance, and (iv) dropout rates.

*Correspondence:
L. Weiner
weiner.l@gmail.com
Full list of author information is available at the end of the article

© The Author(s) 2023. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Discussion This study will evaluate the potential efficacy and acceptability of a group-based CFT program on the decrease of self-stigma and thereby contribute to the continuing development of evidence-based therapeutic interventions for the internalized stigma of mental and neurodevelopmental disorders.

Trial registration ClinicalTrials.gov NCT05698589. Registered on January 26, 2023

Keywords Compassion-focused therapy (CFT), Randomized controlled trial (RCT), Self-stigma, Cognitive-behavioral therapy, Shame, Autism spectrum disorder, Bipolar disorder, Schizophrenia, Borderline personality disorder, Depression, Ending Self-Stigma, Severe mental illness (SMI)

Administrative information

Note: The numbers in curly brackets in this protocol refer to the SPIRIT checklist item numbers. The order of the items has been modified to group similar items (see http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/spirit-2013-statement-defining-standard-protocol-items-for-clinical-trials/).

Title {1}	**Compassion-focused therapy (CFT) for the reduction of the internalized stigma of mental disorders: a multi-center, prospective, randomized, controlled study**
Trial registration {2a and 2b}	Registered on January 26, 2023: clinicaltrials.gov NCT05698589
Protocol version {3}	Version 1 of 01-3-2022
Funding {4}	Funding to finance this study has been requested after a public invitation to tender from the General Directorate for Healthcare Provision (DGOS) (national PHRC).
Author details {5a}	M. Riebel: Laboratoire de Psychologie des Cognitions (Unistra), France O. Rohmer: Laboratoire de Psychologie des Cognitions (Unistra), France E. Charles: Strasbourg University Hospital (SUH), France S. Weibel: Strasbourg University Hospital (SUH), France L. Weiner: Strasbourg University Hospital (SUH), France; Laboratoire de Psychologie des Cognitions (Unistra), France
Name and contact information for the trial sponsor {5b}	Strasbourg University Hospital (SUH) 1, place de l'Hôpital, F-67 091 STRASBOURG cedex DRCI@chru-strasbourg.fr
Role of sponsor {5c}	The funders played no role in the design of the study; collection, analysis, and interpretation of the data; and writing the manuscript.

Introduction

Background and rationale {6a}

Severe mental illness (SMI) is defined as a chronic mental disorder that results in severe dysfunction interfering with or substantially limiting one or more major life activities [1]. The definition proposed by the US National Institute of Mental Health includes three dimensions: diagnosis, chronicity, and associated disability [1]. Examples of disorders categorized as SMI include psychotic disorders, mood disorders (i.e., bipolar disorder and recurrent depression), and personality disorders (e.g., borderline personality disorder). The World Mental Health (WMH) Surveys estimate that the annual prevalence of SMI is between 4 and 6.8% of adults [2]. Despite the existence of pharmacological and psychological treatments with proven efficacy in reducing symptoms, the social inclusion of people with SMI remains dramatically reduced.

It is now widely recognized that factors other than symptoms of the condition and adverse effects of pharmacological treatments can interfere with the prognosis and the social inclusion of people with psychiatric disorders. Specifically, stigmatizing attitudes and behaviors that people with SMI face from others can negatively impact the course of their illness [3–5]. In response to stigmatizing behaviors, they tend to isolate themselves and avoid medical care, as well as social and professional situations, with the risk of hindering care and the overall process of personal recovery and integration into society [6]. Relatedly, SMI is the first cause of occupational disability as well as one of the first causes of unemployment [7] and work absenteeism in Europe [8].

The internalization of stigma, i.e., self-stigma, is thought to be one of the main causes of the reduced social inclusion of people with SMI [9–11]. Self-stigma is defined as the process by which an individual internalizes negative messages about their own social group and applies them to themselves [12]. This phenomenon, which is strongly associated with negative emotions (i.e., shame) [13], self-critical thoughts, and a significant fear of public stigma—that is, stigmatizing attitudes and behaviors from others [3]—prevents individuals from fulfilling and pursuing their life goals [14]. In particular, self-stigma is involved in diminished coping skills that lead to social avoidance and difficulties in adhering to care [7]. Considered as the affective component of self-stigma [13], shame is highly associated with negative self-evaluation and self-criticism, greater severity of clinical presentations, and impeding treatment [15–17]. In addition

to increasing the risk of psychopathology, shame can thus be a hindrance to the effectiveness of treatments as it influences the expression of symptoms and the patient's ability to disclose painful information and to seek help, and it can promote several types of avoidance, such as dissociation and therapy drop-out [16].

Given the relationship between self-stigma and personal recovery in people with SMI, a growing number of studies have focused on this issue in recent years. For instance, a recent systematic review reported high levels of self-reported self-stigma in people with SMI but also in neurodevelopmental conditions such as autism spectrum disorder (ASD) [18]. In addition, recent meta-analyses and systematic reviews have highlighted the negative consequences of self-stigma on multiple aspects associated with the quality of life and the well-being of patients. For example, self-stigma in SMI and ASD is related to lower self-esteem and a reduced feeling of self-efficacy [19, 20], as well as lower levels of quality of life, increased risk of depressive and anxious symptoms, and increased hopelessness [19, 21, 22]. From a personal recovery perspective, self-stigma is linked to impaired social functioning, high levels of social withdrawal, high rates of unemployment, and reduced motivation to engage in pro-health behaviors, i.e., poorer physical health and poorer treatment adherence [18, 23–25]. Reducing self-stigma and its emotional corollary, i.e., shame, is thus crucial to attenuate the disability associated with mental illness and improve the quality of life and social inclusion of people with SMI and ASD.

Over the last decade, research focusing on the social inclusion and personal recovery of people with SMI and ASD has focused increasingly on psychosocial treatments aimed at reducing self-stigma. However, psychological treatments for the reduction of self-stigma remain rare, and recent meta-analyses and systematic reviews have highlighted several methodological pitfalls in existing studies assessing the feasibility and efficacy of interventions (e.g., lack of randomized controlled studies) [26, 27]

Interventions aimed at reducing self-stigma can be classified into four categories (i) psychoeducation, (ii) second-wave cognitive behavioral therapies (CBT) aiming to change beliefs (internalized stereotypes) related to mental illness, (iii) interventions targeting the disclosure of one's mental illness, and (iv) multi-component interventions. On average, the existing interventions are composed of 10 sessions and are carried out in groups [26–29].

Among the interventions designed to reduce self-stigma in people with SMI, group psychoeducation has been the most studied [26–28]. In particular, the Ending Self-Stigma (ESS) program [12, 29, 30] is among the rare interventions whose efficacy has been tested via a randomized controlled trial (RCT) [30]. The ESS program is a 9-session manualized group intervention during which participants learn skills aimed at reducing self-stigma. Sessions consist of learning cognitive strategies (e.g., identifying and changing self-stigmatizing thoughts) and problem solving. In their study, Lucksted et al. [30] compared this intervention to treatment as usual (TAU) and found an immediate improvement in the alienation and stigma resistance subscales of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) [31] but no improvement on the total self-stigma score. Moreover, the effects were modest, failed to be significant at 6 months of post-treatment follow-up, and the authors reported a very high drop-out rate and low attendance (only 43% of participants attended at least 7 sessions). Similar results suggesting the high attrition rate of the ESS have been reported in a more recent study [12]. The latter indicates no superior effects of ESS compared to a nonspecific health and well-being program. These different trials emphasize the limitations of the ESS (e.g., the attrition rates, the inconclusive results when the ESS was compared to an active control group, and the lack of sustainability of self-stigma outcomes at follow-up). Given that the affective component of self-stigma, i.e., shame, was not targeted by the ESS, we hypothesize that high levels of shame lingered post-therapy leading both to social avoidance and high rates of drop-out.

Overall, despite the aforementioned limitations, psychoeducation programs such as the ESS [30] remain recommended in recent meta-analyses and systematic reviews as they cumulated the highest level of evidence for reducing self-stigma associated with SMI. The aim of our compassion-focused intervention is to address the main limitations of more traditional approaches that do not address the shame associated with self-stigma. To do so, unlike traditional CBT and psychoeducation programs, our intervention aims to directly target the affective component of self-stigma, i.e., shame [13, 17], through compassion-focused therapy (CFT) [16, 32].

CFT is part of third-wave CBT. Importantly, CFT specifically targets shame reduction and hostile self-to-self relationships and allows for symptom improvement [33] while increasing self-compassion, a major resilience factor [34]. In CFT, compassion is defined as a motivation that orients to *a sensitivity to suffering in self and others with a commitment to try to alleviate and prevent it* [35]. CFT builds on traditional CBT principles and blends empirical knowledge from affective neuroscience, social and developmental psychology, and mindfulness. CFT has gathered a large body of evidence in the treatment of shame and self-blame in a wide range of clinical settings [e.g., [16, 33, 36–40]].

Although CFT focuses on the treatment of shame-related difficulties, few studies have focused on the relationship between self-stigma and self-compassion. In a recent study, Wong et al. [11] provided a theoretical framework emphasizing the potential benefits of CFT for self-stigma. According to the authors, self-compassion could buffer the negative effects of stigma by facilitating more social resources and increasing the willingness to ask for help [11]. Therefore, given its focus on the psychological processes and affective aspects of self-stigma, CFT may be more effective than existing interventions in the reduction of self-stigma and shame [11]. More specifically, CFT targets emotions and attitudes (i.e., shame and avoidance) directly and could address the gaps of existing interventions, which focus mainly on cognitive (beliefs and stereotypes) changes. Supportive of this view, numerous social psychology studies suggest that it is necessary to target the affective dimensions of stigmatizing attitudes (i.e., shame) to achieve lasting behavioral changes [4, 41, 42]. Indeed, emotions and feelings are better predictors of change in behaviors than beliefs (for reviews, see [43, 44]).

The purpose of our study is to evaluate the efficacy and acceptability of a transdiagnostic CFT group for self-stigma compared to ESS [30] and treatment as usual (TAU). CFT has been found to be feasible and to reduce shame in SMI including personality disorders [37], patients with psychosis [45, 46], as a transdiagnostic group [47] and, in a pilot study led by our group, in patients presenting with SMI and ASD [48]. However, CFT has not been used to specifically target self-stigma and shame in this population. Our adaptation of CFT aims to address the limitations of existing self-stigma reduction programs such as the ESS [e.g., [30]], i.e., (i) lack of superior effects when compared to active control interventions, (ii) low attendance and high dropout rates, and (iii) lack of long-term effects, which can be attributed to the fact that interventions aimed at deconstructing beliefs and did not target shame.

Objectives {7}

The primary objective of our study is to evaluate the efficacy of a 12-week CFT group in decreasing self-stigma associated with severe psychiatric disorders and ASD by comparing its immediate effects to the effects of the Ending Self-Stigma (ESS) psychoeducation program [29] and to TAU.

The secondary objectives of our study are as follows:

1. To evaluate the maintenance of effects on self-stigma scores in the three groups of treatment (CFT, ESS, and TAU) at 6-month follow-up (V2)
2. To assess the effects of treatment (CFT, ESS, and TAU) at baseline (V0), post-treatment (V1), and at 6 months follow-up (V2) on target psychological dimensions (shame, self-compassion, emotional regulation, automatic avoidance tendencies toward mental illness)
3. To assess the effects of treatment (CFT, ESS, and TAU) at baseline (V0), post-treatment (V1), and at 6 months follow-up (V2), on social functioning and psychiatric measures (psychiatric symptoms, depression, anxiety and stress, social functioning, access to care, recovery, functional remission)
4. To assess the psychological factors mediating (shame, self-compassion, and emotional dysregulation) the efficacy of CFT on the self-stigma measure (V1)
5. To evaluate the acceptability of the active interventions (CFT and ESS): pretreatment (V0) via a treatment credibility measure, during treatment via attrition rate, session attendance and group cohesion, and post-treatment (V1) via patient satisfaction and treatment side effects In addition, in the coordinating center, qualitative interviews will assess the acceptability of the active interventions.

Trial design {8}

This project is a seven-center, prospective, randomized, parallel-group, controlled superiority trial with three arms: an experimental arm with 12 CFT group sessions; an active control arm with 12 psychoeducation-ESS group sessions, and a passive control arm consisting of TAU. The allocation ratio is 1:1.

Methods

Study setting {9}

The COMPASS trial will be performed in 7 French national centers (Strasbourg University Hospital, Psychotherapeutic Center of Nancy, le Vinatier Hospital, Montpellier University Hospital, Bordeaux University Hospital, Clermont-Ferrand University Hospital, Reims University Hospital). Patients will be recruited by psychiatrists or psychologists in the seven centers, where data will be collected during the trial.

Participants

Eligibility criteria {10}

The included centers are nationally recognized as central coordinators of care (within a recovery of mental disorders model) in their respective regions.

Inclusion criteria

Patients must meet the following criteria to be eligible for the study:

- Patients≥ 18 years of age
- Patient affiliated to a social health insurance plan (beneficiary or beneficiary's family)
- Patient with one or several diagnoses of chronic psychiatric disorder (schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder, recurrent major depression, borderline personality disorder) or a neurodevelopmental disorder (autism spectrum disorder) treated as an outpatient or in a day hospital
- CGI-Severity score < 6, assessed by the psychiatrist [49]
- ISMI score indicating moderate to high self-stigma (> 2) [50]

Non-inclusion criteria

They will not be eligible for the study if any of the following applies:

- Patient in an exclusion period determined by a previous or ongoing study
- Patient participating in an interventional study involving psychotherapy or an experimental drug
- Patient in acute episode of their disorder according to the CGI Severity score
- Patient in a medical emergency or immediate life-threatening situation
- Patients with an intellectual disability (IQ < 70) estimated via the fNART [51]
- Legal issues: care under constraint or patient deprived of freedom because of a judicial - measure
- Patient who does not speak and read French sufficiently

Inclusion criteria for individuals who will perform the interventions

- The facilitators of both psychotherapies are mental health professionals or peer support worker.
- In each psychotherapy group of 8 patients, one of the facilitators is a senior psychologist.

Senior psychologists are trained in either (i) CFT for the experimental arm or (ii) the ESS program for the active control arm

Who will take informed consent? {26a}

Patients diagnosed with one or several diagnoses of chronic psychiatric disorder (schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder, recurrent major depression, borderline personality disorder) or ASD, treated as outpatients or in a day hospital, will be screened for eligibility to participate in this study.

After at least 2 weeks of reflection after receiving study information during a routine visit, patients (or their legal representative) are invited to meet with the research psychiatrist to discuss any remaining questions and sign the informed consent.

Additional consent provisions for collection and use of participant data and biological specimens {26b}

This trial does not involve collecting biological specimens for storage.

Interventions

Explanation for the choice of comparators {6b}

There are two control groups (active and passive control): The active control group consists of a 12-week treatment of ESS psychoeducation, because recent meta-analysis and systematic review recommended this treatment [30]. The passive control group consists of 12 weeks of treatment as usual (TAU—e.g., visits in the context of a day hospital or as an outpatient). Given the limited number of interventions targeting internalized stigma in France, TAU is the comparator of choice.

Intervention description {11a}

Participants randomized to the experimental arm and the active control arm will begin the intervention (CFT or ESS) within 1 month, to allow for the formation of a group of 8 individuals for each active arm.

Both therapies (CFT and ESS) will follow the same modality: groups of 8 participants, 12 sessions of therapy facilitated by 2 co-therapists (one senior psychologist and one mental health professional or peer support worker). The duration of each session will be 2 h including a 15-min break. For both therapies, a whiteboard and therapy manuals (booklets for the participants with summaries of key information and worksheets and booklets for the facilitators) will be provided with aims and contents for each session and examples of verbatim for the therapist. Both therapies will include in-between session practices for the participants.

Participants randomized to the TAU arm will pursue their routine care (including visits to their psychiatrist and other treatment modalities delivered in their

routine care with the exception of specific psychotherapies, such as CBT).

Experimental arm (CFT)

CFT is an experiential therapy. As such, in addition to psychoeducation components (e.g., compassion from an evolutionary and neuroscientific perspective, the tricky brain problem, emotion regulation systems) and explicit learning of emotion regulation skills (in particular, shame), experiential exercises are provided in-sessions (e.g., chair work, role plays, guided mental imagery) and in-between session practices will be provided with video guides, made available for the participants online (e.g., soothing rhythm breathing, safe place imagery, compassionate self-imagery). The overall aim of the CFT program is to help participants shift from a hostile and critical self-to-self relationship to a more compassionate relationship to self. To increase compassion for self, others and the ability to receive compassion from others, the CFT therapist guides patients to develop feelings of warmth, safeness, and soothing through compassionate mind training [32]. To do so, an integral part of CFT involves learning about brain functioning, specifically the roles of three emotion regulation systems: (i) the threat detection and protection system, (ii) the drive system, and (iii) the soothing and social safety system [32]. CFT proposes that psychological difficulties arise when the three emotional regulation systems are out of balance. Compassionate mind training strengthens the soothing system which can then regulate the threat and drive systems [52].

Active control arm (psychoeducation-ESS)

ESS sessions cover topics such as the path from public stigma to self-stigma and modifying self-stigmatizing thoughts through cognitive restructuring techniques. Participants will be encouraged to do home practices (e.g., writing about the pros and cons of self-stigmatizing thoughts) between sessions.

Tables 1 and 2 show the detailed descriptions of CFT and ESS programs.

Passive control arm (TAU)

Participants will not participate in any intervention aimed at reducing self-stigma. They will continue their usual treatment which might include weekly visits to their psychiatrist. Participants and therapists in each center will receive, after the study period, access to the ESS notebook.

Criteria for discontinuing or modifying allocated interventions {11b}

Participants may withdraw their consent and request to leave the study at any time for whatever reason. The investigator must document the reasons for early discontinuation as fully as possible. The investigator has the right to discontinue a subject's participation in the study, temporarily or permanently, for any reason that is in the best interest of the subject.

Participants who prematurely discontinue the study procedure will continue follow-up in the study until the end-of-study visit scheduled in the protocol. The criteria for premature termination of participation by the investigator are long-term hospitalization (more than 1 month).

For patients in the three arms, in case of premature termination of participation in the study by decision of the investigator or the patient/guardian, the self-report questionnaires including the ISMI will be administered one last time to the exiting participant, if the patient/guardian agrees. A semi-structured evaluation interview will also be conducted.

Strategies to improve adherence to interventions {11c}

Supervision sessions will be held monthly with the Strasbourg team to increase adherence to the psychotherapy models. Moreover, ESS clinicians will not deliver CFT (and vice versa) in order to increase adherence.

Members of the Strasbourg team will participate in monthly supervision sessions with the developers of ESS and group CFT expert clinicians to increase adherence.

Treatment fidelity checks (via fidelity tracking sheets) will be conducted by observers (e.g., graduate-level psychology students) to ensure reliable delivery of treatment and make further replication possible.

Relevant concomitant care permitted or prohibited during the trial {11d}

During the trial, all concomitant treatments are accepted except CFT and CBT (including psychoeducation) for self-stigma. A participant starting psychotherapy in parallel to their participation in the protocol will be kept in the group for ethical and clinical reasons. Their data will be excluded from the study.

Provisions for post-trial care {30}

Strasbourg University Hospital, the sponsor of the study, has taken out an insurance policy for the entire duration of the study that covers its own public liability as well as that of any person involved in the conduct of the trial

Table 1 Title, content of sessions, and home practices of the CFT program (experimental arm)

Session number	Session title	Session content	Home practice
1	Welcoming and creating a safe place Definition of compassion and personal goals	• Introducing members of the group and therapists • Collective reflection on a safe place agreement for the group • Exercise: step in/me too • Exploration of what is (and what is not) compassion • Identification of personal objectives for the therapy • Short introducing to soothing rhythm breathing (SRB)	Soothing rhythm breathing (SRB) https://youtu.be/Md2c0h6bogE)
2	Compassion wisdom: the tricky brain and the social construction of self	• SRB • Tricky brain problem • How and why we are different to other animals: our unique capacity for self-consciousness and self-judgment ("not our fault") • We are only one version of the infinite possible versions of self • Understanding the influence of our social environment on our construction ("not our fault")	Soothing rhythm breathing (SRB) Identifying my own tricky brain loops
3	Compassion wisdom: three emotional regulation systems	• SRB • Introducing the three circles model: threat, drive, and soothing • Evolutionary function of emotions	Soothing rhythm breathing (SRB) Drawing my three circles and identifying triggers
4	Compassion wisdom: stigma and self-stigma	• SRB • Introduction stigma and self-stigma • Understanding the path from public stigma to self-stigma ("not our fault") through the social construction of self and the tricky brain • Consequences of self-stigma through the lens of the 3-circle model	Soothing rhythm breathing (SRB) Filling the self-stigma model and tricky brain loops associated
5	Compassionate engagement: thinking, imagery, and body postures can influence our physiology	• SRB • Introducing the mindfulness circle • Thoughts and imagination can impact our physiology: experiencing with attention, postures, tones of voice, SRB • Safe place imagery • Ideal compassionate other imagery	Safe place imagery https://youtu.be/Md2c0h6bogE
6	Compassionate engagement: the compassionate self	• Experiencing with the compassionate self (postures, tone of voice, feelings of warmth, actions)	Compassionate self-imagery https://youtu.be/1KELVnBvvho
7	Compassionate courage: multiple selves	• Embodying the compassionate self to respond to the threat system thoughts and emotions	Compassionate self-imagery https://youtu.be/1KELVnBvvho
8	Compassionate courage: how to respond to the self-stigmatizing self	• Exploration of self-stigma and self-critic: reasons to be and consequences • Using compassionate self to respond to self-stigma	Compassionate self-imagery https://youtu.be/1KELVnBvvho
9	Compassionate courage: dealing with difficult emotions	• Understanding of shame and guilt • Responding to difficult emotions with compassion	Embodying compassionate self in everyday life
10	Compassionate courage: compassionate assertiveness	• Understanding the components of compassionate assertiveness compared to submissive and aggressive expression • Practicing compassionate assertiveness through role plays	Compassionately asking something we need
11	Compassionate courage: cultivating the compassionate self	• Writing a compassionate letter • Sharing of compassionate letters	Compassionate letter

Table 1 (continued)

Session number	Session title	Session content	Home practice
12	Continuing my journey with compassion	• Reflection on the last 12 weeks • Building my personal compassionate tool bag • Plans for continuing practicing compassion • Gratefulness and compassion wish	

regardless of the nature of the relationship that exists between these persons and the sponsor.

Outcomes {12}

Primary outcomes

The decrease in scores on the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) [31] will be our primary outcome. The ISMI scale has good psychometric qualities in its various language versions [20]. This measure is a 29-item self-report questionnaire with five subscales: (1) alienation, (2) endorsement of perceived stereotypes, (3) discrimination, (4) social withdrawal, and (5) resistance to stigma. The participant must select their response on a 4-point Likert scale ranging from strongly disagree (1) to strongly agree (4).

The ISMI scale will be administered before therapy (V0), at the end of therapy (V1), and 6 months after the end of therapy (V2). If CFT is efficacious in reducing self-stigma, ISMI scores will decrease significantly between V0 and V1, and this decrease will be greater for CFT than for psychoeducation (ESS) and TAU.

Secondary outcomes

Assessment of the maintenance of self-stigma scores:

- To evaluate the maintenance of effects on *self-stigma* in the three groups of treatment (CFT, psychoeducation, and TAU) at 6-month follow-up (V2) the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) [31] will be applied.

Assessment of the effects of treatment (CFT, psychoeducation, and TAU) at baseline (V0), post-treatment (V1), and at 6 months follow-up (V2) on target psychological dimensions and assessment of the psychological factors mediating the efficacy of CFT on the self-stigma measure:

- The Internalized and Externalized Shame Scale (EIS) [53] will be used to measure shame. It consists of 9 items ranging from 1 (not at all) to 4 (a lot).
- The Phenomenological Body Shame Scale – Revised (PBSS-R) [54] will also be used to measure body-related shame. Each of the 8 items is scored on a scale ranging from 1 (not at all) to 5 (extremely).
- The Self-Compassion Scale (SCS) [55] will be applied to measure self-compassion. The 26 items are scored on a scale ranging from 1 (almost never) to 5 (almost always).
- The Difficulties in Emotional Regulation Scale – 16 items version (DERS-16) [56] will be used to measure emotional regulation competencies. Each item is scored on a scale ranging from 1 (almost never) to 5 (almost always).
- The automatic avoidance tendencies toward mental disorders (VAAST) [57, 58] assesses the participants' automatic avoidance tendencies toward mental disorders. The VAAST simulates the approach and avoidance movements of the whole self by manipulating the visual information provided to the participants. A stimulus first appears in the center of the screen in a simulated street background. Participants have to press the "move toward" or the "move away" key as a function of the stimulus category and the instructions. This complementary measure allows to circumvent some biases (such as social pressures) in the responses to the self-report scales.

Assessment of the effects of treatment (CFT, psychoeducation, and TAU) at baseline (V0), post-treatment (V1), and at 6 months follow-up (V2) on social functioning and psychiatric symptoms:

- The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) [59, 60] will be used to assess psychiatric symptoms. The BPRS is a rating scale which a clinician or researcher may use to measure psychiatric symptoms such as depression, anxiety, hallucinations, psychosis, and unusual behavior. The rater enters a number for each of the 24 symptom constructs that ranges from 1 (not present) to 7 (extremely severe).
- The Depression, Anxiety, and Stress Short Scale – 21 items version (EDAS 21) [61, 62] will be applied to measure depression, anxiety, and stress. Each item is scored on a scale ranging from 0 (did not apply to me) to 3 (applies to me very much, or most of the time).
- The Social Functioning Questionnaire (SFQ) [63] will be used to measure social functioning. It consists

Table 2 Title, content of sessions, and home practices of the pychoeducation-ESS program (active control arm)

Session number	Session title	Session content	Home practice
1	What is stigma regarding mental illness, where does it come from; what are its impacts?	Self-reflections regarding stigma. Myths and facts about mental illness	Identifying negative ideas and assumptions about mental illness
2	What is internalized stigma and what are its impacts?	Self-reflections regarding internalized stigma Common stereotypes and their connections to internalized stigma	Identifying negative ideas and assumptions about myself linked to my mental illness
3	"Automatic thoughts" as part of internalized stigma	The 3C's strategy to ameliorate/challenge them, part 1: catch it	Catching automatic thoughts
4	Completing the 3C's strategy	Part 2: check it and change it. The thoughts behaviors-feelings cycle and internalized stigma	The 3C practice: catch, check, change
5	Importance of and strategies for strengthening yourself	"Growing" the positive aspects of yourself that you may have put on the back burner due to mental illness and other challenges	Facets of myself Reclaiming and strengthening parts of my true self
6	Increasing belonging	Part 1: the importance of belonging and positive connections with others in staying strong, resisting internalized stigma, enhancing quality of life, and reducing alienation	Adding to belonging: identifying: activity, value, interest
7	Increasing belonging	Part 2: practical strategies for increasing belonging	Adding to belonging: next steps
8	Increasing belonging	Part 3: the importance of and strategies for optimizing relationships with family and close friends. Increasing the positive, reducing the negative, taking care of oneself to enjoy the former, and tolerate the latter	Increasing belonging with family and friends
9	Responding to stigma, disrespect, or discrimination from others	Part 1: in ways that do not lead to internalized stigma, revisiting the thoughts feelings-behaviors cycle	Managing discrimination related to mental illness
10	Responding to stigma, disrespect, or discrimination from others	Part 2: cognitive and behavioral strategies	Managing discrimination related to mental illness
11	Course recap	Summary of each session and its accompanying strategies	My tools and strategies
12	Next steps	Crafting an action plan for after the class. Course evaluation	

of 16 items divided into two subscales: (1) the frequency of occurrence for different activities/events and (2) the participants' satisfaction regarding said activities/events. Items of subscale 1 are rated from 0 (never) to 1 (everyday), and items of subscale 2 are rated from 0 (very unsatisfied) to 4 (very satisfied).

- The Barriers to Accessing Care (BACES-EN-VI) [64] will be applied to assess participants' access to care. Only the subscale concerning barriers to accessing care related to the stigma of mental illness will be used. The 12 items of the subscale are scored using a scale ranging from 0 (not at all) to 3 (a lot).
- The Recovery Assessment Scale – short version (RAS) [65, 66] will assess participants' recovery from the disorder. It consists of 20 items ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree).
- The Functional Remission of General Schizophrenia Scale (the mini-FROGS) [67] will assess functional remission. The clinician-researcher will rate the 4 items, using a scale ranging from 1 (does not do it) to 5 (does it perfectly).

To evaluate the *acceptability* of the active interventions (CFT and ESS):

- The Credibility and Expectations Questionnaire [68, 69] will be applied to assess self-reported treatment credibility at V0. This questionnaire contains 6 items rated either from 1 to 9 or from 0 to 100% and evaluates whether the participants "think" or "feel" that their treatment will be efficient.
- The Group Questionnaire [70] will be used to measure group cohesion 3 times during the intervention (sessions 1, 6, and 12). It consists of 30 items addressing the group leaders, the other group members, and the group in general. Each item is scored using a scale ranging from 1 (not true at all) to 7 (very true).
- The Consumer Satisfaction Questionnaire for Psychotherapeutic Services (CSQ-8) [71] will be applied as a self-report measure assessing participants' satisfaction at the end of the 12-week program. The 8 items are scored on a scale ranging from 1 to 4. Higher scores are indicative of elevated satisfaction.
- The attendance rate will be determined by the number of group sessions attended by the patient, and the drop-out rate will be determined by the number of patients lost to follow-up in each arm. In addition to the Consumer Satisfaction Questionnaire for Psychotherapeutic Services questionnaire (CSQ 8) [71], the avoidance of participants (due to self-stigma) in several social situations during the last 6 months, and the satisfaction with the interventions will be assessed via semi-structured interviews conducted at V2 by clinician-researchers blind to the status of patients (in the Strasbourg center only, for the 3 groups—CFT, ESS, and TAU).

Participant timeline {13}

Information briefing (> D7 before V0)

The investigator (psychiatrist) will offer patients the opportunity to participate in the study during a routine consultation, providing full details about the study procedure: the nature of the study, the objectives of the therapy, and the reasons for the indication. They will give the information leaflet entitled "Information leaflet for adult patients" to the patient which consists of information on the trial, with a consent form. For patients under guardianship, information adapted to their capacity to understand will be given. If the guardian is absent during this visit, the study information document can be sent to them by e-mail or by post by the physician. The guardian will be invited to accompany the patient to the inclusion visit so that the investigator can give them the information in person and answer any questions they may have. Consent may be signed by the guardian prior to the inclusion visit (V0), if the guardian agrees to the person's participation. The patient/tutor/guardian will be informed that they will not be allowed to participate in an interventional study involving psychotherapy or an experimental drug for the duration of their participation in the protocol. The patient/tutor/guardian will be informed about the importance not to disclose their assigned treatment group to the psychiatrist involved in the recruitment process during their participation in the study, in order to keep the psychiatrist blinded for post-treatment evaluations using the BPRS and the Mini-FROGS. The patient/tutor/guardian is free to accept or reject the offer to participate. They will be given sufficient time (7 days minimum) to think over their decision.

Inclusion visit (V0)

The first appointment at the hospital center is organized with the person (and the tutor/guardian, if applicable) to provide all necessary information about the intervention. The investigator answers all the questions the patient might have. The eligibility of the patients (inclusion and non-inclusion criteria) will be carried out by the psychiatrists in each center. The following routine evaluations will be conducted: intellectual disability estimated via the fNART, severity of self-stigma estimated by the ISMI, and severity of mental illness via CGI score.

Individuals with scores as indicated below will be included in the study; an inclusion number will be allocated to the patient:

- ISMI self-questionnaire score ≥ 2
- IQ > 70
- CGI-Severity score < 6

Following this and if they meet the eligibility criteria and they agree to participate in the study, the patient may sign the consent form. The consent of the subject under guardianship will also be sought to the extent that their condition permits, and their refusal or revocation of acceptance will not be overridden. The patient/tutor/guardian will be given a copy of the informed consent.

The date on which the person agrees to participate in the research is noted in their medical record, as well as the date on which they object to participation, if applicable.

Randomization

The investigator (psychiatrist) will then confirm the eligibility of the patient to another investigator (psychologist or nurse) of their team, who will be in charge of the randomization of the patients on the CleanWEB platform. This will ensure a blind assessment of the post-treatment evaluation by the psychiatrist at V1 and V2 (i.e., the BPRS and Mini-FROGS scales).

Patients will be randomized by the psychologist or the nurse into one of the following arms:

> Experimental arm: 12 week-treatment of compassion-focused therapy (CFT) (i.e., psychoeducation on the model, experiential in-session exercises, and in-between session compassion practices, video-guided practices). Sessions cover several topics: psychoeducation on compassion from an evolutionary and neuroscientific perspective, emotion regulation skills (especially shame), and compassion practices.
> Active control arm: 12 week-treatment of the psychoeducation program *Ending Self-Stigma* (ESS) [29]. Sessions cover topics such as modifying self-stigmatizing thoughts and homework.
> Passive control arm: patients follow their usual care, i.e., TAU (e.g., psychiatric, psychological, day hospital), which will be unchanged during the 12-week period. Following their 10-month participation in the study, they will be given access to the written material used for the ESS.

Participants will then be asked to complete self-report questionnaires assessing self-compassion, shame, depression, anxiety, barriers to care, social functioning, recovery, and functional remission. During this visit, the cognitive task assessing avoidance/approach attitudes toward mental illness (VAAST) will also be carried out by the psychologist or the nurse.

Two individual sessions with a clinician (engagement phase) will be conducted between V0 and the beginning of CFT and ESS (i.e., within 1 month). These sessions will include motivational interviewing techniques and case conceptualization aimed at increasing the participant's level of engagement in therapy.

Experimental or control therapies (12 weeks)

Participants randomized to the experimental arm and the active control arm will begin the intervention (CFT or ESS) within 1 month, to allow for the formation of a group of 8 individuals for each active arm. Participants randomized to the TAU arm will pursue their routine care.

Both therapies (CFT and ESS) will follow the same modalities: groups of 8 patients, facilitated by 2 co-therapists (one senior psychologist and one mental health professional or peer support worker). Sessions will have a duration of 2 h including a 15-min break, therapy manuals and a whiteboard will be used and both therapies will include homework practices.

Follow-up visit V1 (end of treatment + 1 week)

This visit corresponds to the end-of-treatment assessment (T1) for patients in each arm, starting at week 18 after inclusion (following the last group session for the active arm and the active control arm). This evaluation includes the administration of the self-report questionnaires, including the ISMI, and the administration of the cognitive task (VAAST). A psychiatrist blinded to the experimental arm of the patient will conduct an evaluation of psychiatric symptoms and functional remission via the BPRS and the Mini-FROGS.

Follow-up visit V2 (end of treatment + 6 months)

This visit corresponds to the follow-up assessment (T2) for patients of each arm, starting 6 months after the last group treatment session (and 9 months after the inclusion of the TAU group). This evaluation includes the administration of the self-report questionnaires, including the ISMI, the administration of the cognitive task (VAAST). A psychiatrist blinded to the experimental arm of the patient will conduct an evaluation of psychiatric symptoms and functional remission via the BPRS and the Mini-FROGS.

Moreover, in the Strasbourg center only, a semi-structured interview will be led by a clinical psychologist blinded to the experimental arm of the patient (i.e., a clinical psychologist not involved in the trial to make sure that they had no previous contact with the participant). The interview will assess the avoidance of participants (due to self-stigma) in several social situations as well as their satisfaction with the intervention (CFT and ESS).

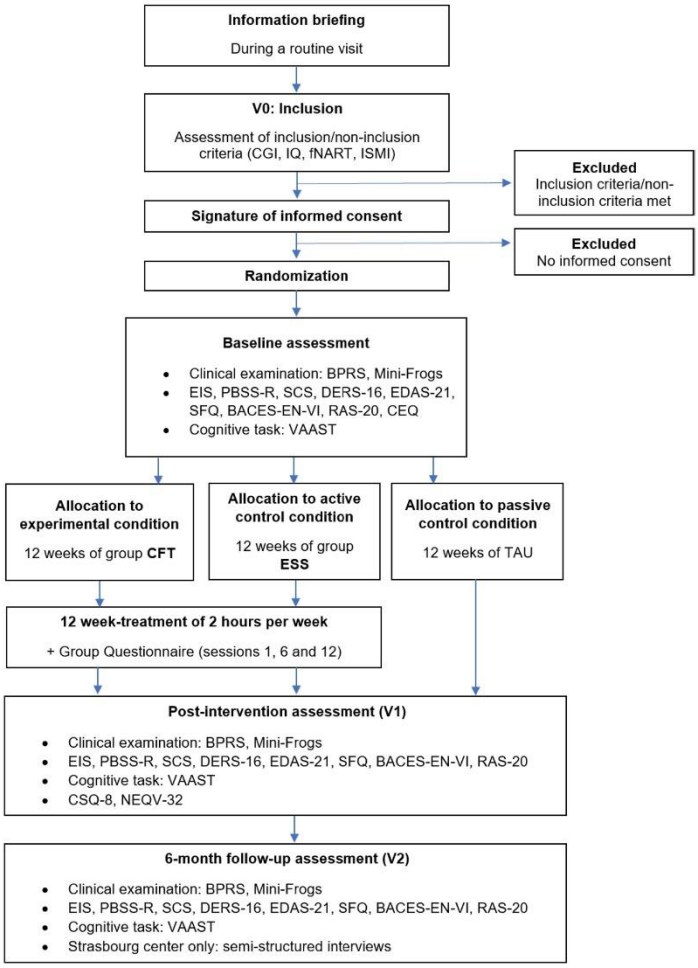


Fig. 1 Flow chart of the COMPASS study

An additional 1-month window will be allowed to conduct this visit. The participation of patients ends at the end of this visit (Fig. 1). Table 3 shows the schedule for the COMPASS study.

Sample size {14}

Taking the effects obtained in the article *Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment and perceived discrimination of persons with schizophrenia* [72], for the TAU and ESS groups and adding a CFT group with a stronger and lasting effect, the means and standard deviations of the ISMI before the therapy, after the therapy, and after 6 months follow-up used to estimate the sample size are respectively 2.46 ± 0.39, 2.43 ± 0.29, and 2.46 ± 0.39 for the TAU group; 2.45 ± 0.48, 2.20 ± 0.41, and 2.40 ± 0.48 for the psychoeducation group; and 2.45 ± 0.48, 2.10 ± 0.41, and 2.20 ± 0.48 for the CFT group. With 84 patients in each group, the power is more than 85% between the TAU and psychoeducation groups after the therapy and more than 99% between CFT and

Table 3 Schedule for the COMPASS study

	STUDY PERIOD				
	Enrolment	Allocation	During interventions	Posttest	6-month follow-up
TIMEPOINT	t_0	*12-week intervention*		t_1	t_2
ENROLMENT:					
Eligibility screen	X				
Informed consent	X				
Allocation		X			
INTERVENTIONS:					
Experimental group		←	—	→	
Active control group		←	—	→	
Passive control group		←	—	→	
ASSESSMENTS*:					
Clinical examination (BPRS, Mini-FROGS)	X			X	X
CEQ	X				
CSQ-8, NEQV-32				X	
EIS, PBSS-R, SCS, DERS-16, EDAS 21, SFQ, BACES-EN-VI, RAS-20	X			X	X
Fnart, ISMI	X			X	X
Group questionnaire			X[b]		
Cognitive task: VAAST	X			X	X
Semi-structured interview [a]					X
Recording of adverse events				X	X
Recording of concomitant treatments	X			X	X

the other groups after 6 months. In order to consider the possible loss to follow-up, the sample size is increased by 33% to obtain 112 patients in each group. The total sample size is therefore 336 participants.

Recruitment {15}

A large network of professionals in institutions or in private practice (e.g., psychiatrists, psychologists) of the geographical area of all the participating centers of the study will be deployed to refer patients to the investigating teams. All the hospital centers are central coordinators of the care of patients with SMI and ASD in their respective areas; moreover, all of them propose care within a recovery model of psychiatric disorders. These factors guarantee that many patients with SMI and ASD can be recruited in these centers and that all centers will show high levels of implication in the recruitment and adherence to the psychotherapeutic models proposed.

Patients will be recruited into the psychiatric and mental health department of each center during a routine clinical consultation. The inclusion period is 48 months. This is a realistic duration given the significant number of patients to be enrolled. The study is scheduled to involve 7 French national centers, with 24 patients to be enrolled per center (one randomization blocks of 24 patients—3 groups of 8 patients in CFT, ESS, and TAU—in each center; the Strasbourg center will recruit 192 patients, i.e., 8 randomization blocks).

Assignment of interventions: allocation

Sequence generation {16a}

Randomization will be done through the CleanWEB® platform, which will be accessed by the investigator or a designated person, using their personal access codes. The investigating team and the sponsor will receive an email confirming the randomization. Patients will be randomized over a period of 1 month before the start of the interventions, to allow the 3 groups of treatment to be formed (CFT, ESS, TAU), so that each group starts the allocated therapy at the same time.

The randomization will be stratified by center, with a 1:1 ratio for allocation to the 3 groups. Patients will be recruited until they form a group of 24 people allowing to randomize them in one of the 3 conditions, in groups of 8 people matched on gender and diagnostic group (4 possibilities: (1) psychotic disorder, (2) mood disorder, (3) personality disorder, and (4) autism spectrum disorder, referring to (1) schizophrenia-spectrum disorder, (2) bipolar disorder and depression, (3) borderline personality disorder, and (4) autism spectrum disorder). This process will be reiterated at least once in each center:

Concealment mechanism {16b}

Concealment will be ensured as the CleanWEB® platform will not release the randomization code until the patient has been recruited into the trial.

Implementation {16c}

The allocation sequence is configured by the data manager who is blinded to the allocation group. Participants will be enrolled and assigned to interventions by investigators of the center team (different from the psychiatrist performing the clinical examination).

Assignment of interventions: blinding

Who will be blinded {17a}

Participants will be informed of the group which they are allocated to. Care providers are informed of which treatment group they are facilitating. The psychiatrist performing the clinical examination and assessing the outcomes (at V0, V1, V2) is not involved in the randomization process and remains blind to the groups to which patients are attributed throughout the trial. The allocation sequence is configured by our data manager who is blinded to the allocation group.

In the Strasbourg center only, the clinical psychologist administrating the semi-structured interview will be blinded to the experimental arm of the patient (i.e., a clinical psychologist not involved in the trial to make sure that they had no previous contact with the participant).

Procedure for unblinding if needed {17b}

The design is open-label with only outcome assessors and the clinical psychologist performing the semi-structured interviews being blinded so unblinding will not occur.

Data collection and management

Plans for assessment and collection of outcomes {18a}

Self-report questionnaires will be completed on a survey software (Limesurvey) using a tablet computer at V0, V1, and V2, in order to increase the ease of use for participants.

Clinician-reported data will be collected on the online survey software (CleanWeb) by the investigators and will be stored on a secure hospital server.

The assessors will be trained to use the study instruments prior to the inclusion phase. The respective measurement tools that will be applied are described in the outcomes section {12} including information on reliability and validity. In order to promote data quality, we only included validated scales.

Plans to promote participant retention and complete follow-up {18b}

Patients enrolled in the study will receive a compensation (i.e., 100 euros) at the end of the last visit with the psychiatrist. To receive the compensation, participants must have completed the visits V1, V2, and V3.

For patients in the three arms, in case of premature termination of participation in the study by decision of the investigator or the patient/guardian, the self-report questionnaires including the ISMI will be administered one last time to the exiting participant, if the patient/guardian agrees. A semi-structured evaluation interview will also be conducted. For patients who quit the study prematurely, all data collected before the decision to interrupt the study will be analyzed.

A participant starting psychotherapy in parallel to their participation in the protocol will be kept in the group for ethical and clinical reasons. Their data will be excluded from the study.

Data management {19}

All study data will be anonymized and then entered into an electronic case report form by the investigator or a person appointed by the investigator. A record of all changes made to the case report forms will be retained. This record must make it possible to ascertain for any given change the previous value, the date of the change, and the person who made the change. In accordance with ICH-GCP part 11, the investigator will append his or her

signature to validate the authenticity and accuracy of the data in the case report form and the signature being electronic in electronic case report forms.

The database connected to the CleanWEB® electronic case report forms is hosted by TELEMEDICINE Technologies S.A.S., which possesses a number of dedicated virtual data centers. This company ensures data confidentiality, security, and integrity in accordance with a safety plan predefined by the sponsor and compliant with international recommendations (ICH-GCP part 11).

Trial data will be managed using the CleanWEB® software solution marketed by TELEMEDICINE Technologies S.A.S.

The list of people authorized to access the data is established by the project lead (coordinating/principal investigator) and the sponsor. Each person will be given strictly private, confidential login details to access the CleanWEB® input masks.

The coherence of the data collected will be verified by computer according to rules predefined between the sponsor and investigator and described in the monitoring plan. Queries will be sent to the investigator to clarify or correct certain data items. Every change will be traced via an audit trail, which may be consulted using CleanWEB®.

Confidentiality {27}

The principal investigator will ensure that patient anonymity is observed and retains a confidential list identifying the patients included. In accordance with Article R.5121-13 of the French Public Health Code, the investigators and all those who are to work on the trial are bound by professional secrecy with regard in particular to participants and the results obtained. Without the sponsor's consent, they may give information relating to the trials to the health minister, public health physicians, public health pharmacists, or the director and inspectors of the French National Agency for Medicines and Health Products Safety only.

The processing of personal data used within the framework of the study will be carried out according to the conditions laid down by Law 78-17 of January 6, 1978 (as amended) relating to information technologies, data files and civil liberties, and the regulations established to implement it, and by the European Directive UE 2016/679 dated 27 April 2016 related to personal data protection.

The data processing performed within the framework of this study will be carried out in accordance with all the provisions of reference methodology MR-001 on data processing in clinical trials as updated on 3r May 2018, by decision 2018-153 of the CNIL. Strasbourg University Hospital signed an MR-001 compliance statement on January 8, 2009.

Plans for collection, laboratory evaluation, and storage of biological specimens for genetic or molecular analysis in this trial/future use {33}

N/A: no collection, laboratory evaluation, and storage of any biological specimens for genetic or molecular analysis in this trial/future use.

Statistical methods

Statistical methods for primary and secondary outcomes {20a}

The statistical analysis will have descriptive and inferential. The analyses will be carried out according to Bayesian methods.

The descriptive statistical analysis of the categorical variables will be performed by giving the frequencies, the cumulative frequencies, the proportions, and the cumulative proportions of each value. Whenever useful, cross-tabulations will be given with frequencies, proportions by row, proportions by column, and proportions of the total for each box in the table. For each continuous variable, the location parameters (mean, median, minimum, maximum, first and third quartiles) and the dispersion parameters (variance, standard deviation, range, interquartile range) will be given. The continuous variables will be described with histograms (with different bin width and with kernel density estimation). The normality of the distributions will be tested using a normality test, such as the Shapiro-Wilk test, and will be assessed graphically using a normal quantile plot.

To fulfill the primary objective, a generalized Bayesian linear regression model will be performed in order to estimate the effect of the treatment considering the center and the subject as a random effect. According to the distribution of the primary endpoint, i.e., the ISMI, the linear regression will be Gaussian, beta, or gamma.

To fulfill the secondary objectives, a generalized Bayesian linear regressions model will be performed: binary variables will be analyzed with a Bayesian logistic regression, score variables will be analyzed with a Bayesian beta regression, count variables will be analyzed with a Bayesian Poisson regression, and continuous variables will be analyzed with a Bayesian linear regression.

Priors will be firstly weakly informative and secondly more informative in a sensitivity analysis.

For each analysis, the posterior distribution of the parameter of interest (rate, proportion, mean, odds-ratio, regression coefficient, etc.) will be estimated using Markov chain Monte Carlo (MCMC) draws. The default number of iterations is 100,000 with a burn-in of 10,000 and a thinning of 2 on each of 3 chains. Algorithm convergence will be assessed graphically and with the Gelman-Brooks-Rubin (GBR) test. Autocorrelation will be assessed graphically, and if required, the number

of iterations and thinning will be increased to reduce as much as possible the autocorrelation.

The mechanisms underlying the relationship between the intervention and the primary endpoint will be identified by carrying out an estimation of the causal mediation effect using the Baron and Kenny procedure though the quasi-Bayesian approximation. This allows for obtaining total, direct, indirect effects and the percentage of mediation. The potential mediators that will be tested include self-compassion, shame, and emotional dysregulation.

The statistical analyses will be run with the following software: R (with all the relevant packages), OpenBUGS, and JAGS, in their most up-to-date version at the time of analysis.

There is no significance level in Bayesian statistics. An effect will then be considered significant if its probability to exceed a prespecified threshold value, given the data, is strictly larger than 0.975 or strictly lower than 0.025. Credibility intervals will be provided at 95%.

Lexical/semantical analyses

The data obtained via 48 semi-directed interviews (the first two samples recruited in Strasbourg) will be analyzed using the software Iramuteq 0.7 (R interface for multidimensional analysis), which is designed to perform lexical/semantical analysis. First, we will extract the most listed characteristics, independently of grammatical form. Second, we will analyze specificities for each subgroup of patients. Third, to check if these specificities have a statistical meaning, we will extract relative occurrences (occurrences depending on the total number of words produced) for these characteristics and compare the number of relative occurrences for each type of subgroup, using the chi^2 test.

Interim analyses {21b}

Stopping of the trial could also be based on interim data analysis if clearly one treatment is better than the other, but no interim analysis is planned.

Methods for additional analyses (e.g., subgroup analyses) {20b}

No additional analyses are planned.

Methods in analysis to handle protocol non-adherence and any statistical methods to handle missing data {20c}

Subjects with at least one non-missing data, for a given analysis, will be included in the analysis.

In order to minimize attrition bias, an intention-to-treat analysis and specific techniques for handling missing data will be performed.

Missing data frequency will be listed for every variable. A univariate and bivariate (i.e., for each relevant group) description will be provided. Monotone patterns will be looked for and a probable missing data mechanism (completely at random, at random, or not at random) will be identified.

Missing data will be treated according to their frequency in a given analysis. Simple deletion will be considered if the proportion of missing data is smaller than 3%. For a missing data proportion between 3 and 20%, multiple imputations will be used. For larger proportions of missing data, the relevance of each analysis will be discussed and, if required, specific models will be used.

Multiple imputations will be implemented and run directly within the Bayesian model scripts.

Plans to give access to the full protocol, participant-level data, and statistical code {31c}

The consent form, information material, and database are available from the corresponding author on request.

Oversight and monitoring

Composition of the coordinating center and trial steering committee {5d}

The coordinating center in Strasbourg will be led by MR, SW, and LW and include 2 additional psychologists. Their role is to supervise the inclusion process (communication, information of potential recruits, consent) and to explain and guide the other centers in their own inclusion and assessment process, providing standardized documents for the inclusion call, communication means, and data storage. The psychotherapy coordinating team (LW, MR) will also hold monthly supervision sessions to increase adherence to the psychotherapy models. This coordinating group will meet weekly. A scientific committee, composed of the main investigator (LW), associated scientific member and investigator (MR), the methodologist (LF), and a promoter representative, wrote the protocol, selected the investigators, and will decide whether to modify, continue, or stop the project.

Composition of the data monitoring committee, its role, and reporting structure {21a}

A data manager configured the online survey software (CleanWeb) for hetero-reported data and the investigator (MR) configured the online survey for self-reported questionnaires (Limesurvey). They made sure data storage was secure. Any modification will be referred to the ethics committee (Comité de Protection des Personnes - Nord Ouest II).

Adverse event reporting and harms {22}

According to article L1123-10 of the French Code of Public Health (*Code de la Santé Publique*), any adverse reaction/incident will be reported through the Ministry

of Health's Adverse Health Event Reporting Portal. These events will be reported in the case report form, from the time that written informed consent is given, up until the end of the subject's participation in the study.

Frequency and plans for auditing trial conduct {23}

All data, documents, and reports may be audited or inspected. The investigators undertake to comply with the requirements of the sponsor and of the competent authority with regard to any audit or inspection of the study. The audit may pertain to any stage of the study, from the development of the protocol to the publication of the results, as well as to the binning of data used or produced within the framework of the study.

A clinical research associate delegated by the sponsor may visit each study center while the trial is being launched, once or several times during the trial depending on the inclusion rate, and at the end of the trial. Depending on the level of monitoring set out in the monitoring plan, these visits are carried out to check adherence to the protocol, verify informed consent, check the reporting of serious adverse events and recording of adverse events, and ensure quality control by comparing data in the case report form against the subject's source documents.

Plans for communicating important protocol amendments to relevant parties (e.g., trial participants, ethical committees) {25}

In accordance with Article L1123-9 of the French Public Health Code, all substantial modifications will give rise to an application for a binding opinion from the IRB and an application for authorization from the competent authority. Any modification of the protocol, of the instructions, or of the consent form will be referred to the ethics committee (*Comité de Protection des Personnes - Nord Ouest II*). Modified and approved versions of these documents will be transmitted by the promoter to the study coordinating team and to the French agency for health products and medications safety (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)*). The promoter will update the information about the trial on ClinicalTrials.gov.

Dissemination plans {31a}

Trial results will be communicated at international meetings and via publication of the findings. Trials results will also be communicated to healthcare professionals during hospital meetings and national psychiatry conferences. At the end of the trial, we will also organize an online communication of the results for the participants.

Discussion

To the best of our knowledge, ours will be the first multicentered randomized controlled trial evaluating the efficacy and the acceptability of a group-based CFT program on decreasing the self-stigma associated with severe mental illness and ASD. To do so, we will compare a 12-week group CFT program to a psychoeducation program for self-stigma (Ending Self-Stigma) and to treatment as usual (TAU).

Several programs targeting self-stigma have been studied, but given their methodological pitfalls, e.g., lack of randomized controlled studies, lack of sustainability of effects, and low attendance rates, recent studies have emphasized the need to devise innovative approaches [27]. Our trial aims at responding to these gaps in the literature by conducting a large-scale multi-centered randomized trial comparing an innovative intervention for self-stigma to ESS and TAU. ESS was chosen as our active control group because it has been evaluated via two randomized trials and is widely used as routine practice across the world [12, 29]. The results of the first RCT comparing ESS to TAU indicate no improvement in the total self-stigma score after the intervention nor at the 6-month follow-up [29]. There was however an immediate improvement in the alienation and stigma resistance subscales of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) [31], but the effects were modest and were no longer significant at 6 months of post-treatment follow-up. In addition, the authors reported a very high drop-out rate and low attendance [29]. The second RCT, comparing ESS to an active control group (non-specific health and well-being program), found no superiority of ESS [12]. Because ESS only targets self-stigmatizing thoughts and behaviors but does not target shame, we hypothesize that the latter might explain the high rates of drop-out and lack of immediate and long-term efficacy of the treatment on reducing self-stigma. This is why CFT, which has been shown to reduce shame across a wide range of clinical populations, should lead to better self-stigma outcomes than the ESS and TAU [73]. In particular, we hypothesize that changes in shame will mediate the relationship between the intervention and self-stigma outcomes.

Given the numerous negative outcomes associated with the self-stigma of mental illness, our findings could significantly improve the well-being, the physical health, and the social inclusion of people with SMI and/or ASD.

Indeed, if our 12-session group program produces a significant decrease in self-stigma and shame scores and improves participants' social inclusion in a long-term perspective, it could become an empirically assessed viable option specifically suited to the needs of people presenting with SMI or ASD, whose quality of life is

diminished due to high self-stigma. Moreover, in terms of format and content, this 12-session-manualized-group CFT has many advantages. Indeed, by targeting key transdiagnostic psychological processes—i.e., self-stigma and shame—it can increase the feasibility and dissemination of the intervention to a high number of clinical contexts (e.g., community health centers, different clinical populations).

Our study protocol presents some limitations. First, the distribution of diagnostic categories might present some inevitable variability across different hospital centers involved. However, our purpose is to propose a transdiagnostic intervention. Relatedly, facilitators' backgrounds will vary depending on the centers, with possibly different training backgrounds and clinical experiences. To account for this limit, all group facilitators will be trained by the coordinating center clinical team during a 3-day-training specific to each intervention. Second, though concomitant psychotropic medications as well as the use of adjunctive therapeutic means (e.g., self-help or counseling) will be controlled in our study, participants will not be instructed to avoid making use of them. While this might be a potential confound in the current study design, the restriction of therapeutic options would also pose an ethical concern, reduce referrals to the study and also be a threat to external validity. Therefore, by monitoring therapeutic (i.e., medication or counseling) use throughout the trial, the current study seeks to balance the internal and external validity and improve the feasibility of the study while efficiently addressing its hypotheses.

If our innovative group CFT program can effectively reduce self-stigma and shame, it may facilitate the social inclusion of a large number of people with severe mental illness and/or ASD and significantly improve their quality of life and their physical and mental health by reducing barriers to access care.

Trial status

This is the first version of the protocol (March 1, 2022). Study enrollment has not started yet and will begin in April 2023. The active treatment phase is expected to be finished in December 2024, and completion of follow-up assessments is expected in August 2025. The total sample of 336 participants will be completed by August 2025.

Abbreviations

SMI	Severe mental illness
ASD	Autism spectrum disorder
CBT	Cognitive-behavioral therapy
ESS	Ending Self-Stigma
CFT	Compassion-focused therapy
TAU	Treatment as usual
ISMI	Self-Stigma Scale
EIS	Internalized and Externalized Shame Scale
PBSS-R	Phenomenological Body Shame Scale - Revised
SCS	Self-Compassion Scale
DERS-16	Difficulties in Emotional Regulation Scale – 16 items version
VAAST	Automatic avoidance tendencies towards mental disorders
BPRS	Abbreviated Psychiatric Rating Scale
EDAS 21	Depression, Anxiety and Short Stress Scale – 21 items version
SFQ	Social Functioning Questionnaire
BACES-EN-VI	Barriers to accessing care
RAS-20	Recovery Assessment Scale – 20 items version
Mini-FROGS	Functional Remission of General Schizophrenia Scale
CEQ	Credibility and Expectations Questionnaire
GQ	Group Questionnaire
CSQ-8	Consumer Satisfaction Questionnaire for Psychotherapeutic Services – 8 items version
NEQV-32	Negative Effects Questionnaire – 32 items version
CGI	Clinical Global Impressions Scale
fNART	French national adult reading test

Acknowledgements

The authors would like to thank Hélène Soavelo, Laure Wernert, and Madoé Julians for their contribution to the COMPASS trial.

Authors' contributions {31b}

LW, the coordinating investigator, conceived the study and led the proposal and protocol development with the help of MR, the PhD candidate/investigator. The first draft was written by MR and LW and revised by OR. MR developed the active group therapy program (CFT) and all its materials with the help of LW. EM adapted the active control group (ESS) in French and participated in the protocol design. SW and OR contributed to the design of the protocol. FL contributed to the development of the methodological aspects of the protocol. All authors have given final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Funding {4}

Funding to finance this study has been requested after a public invitation to tender from the General Directorate for Healthcare Provision (DGOS) (national PHRC). The funding body did not have any role in the design of the study and in writing the manuscript. The study was coordinated by the University Hospital of Strasbourg (PHRC N 2021 – HUS N° 8566).

Availability of data and materials {29}

The study protocol has been reported in accordance with the Standard Protocol Items: Recommendations for Clinical Interventional Trials (SPIRIT) guidelines. The consent form and information material are available from the corresponding author on request.

Declarations

Ethics approval and consent to participate {24}

Ethical approval was assigned by the French ethics committee (Comité de Protection des Personnes Nord Ouest II) - (2022-A02501-42). All participating patients will provide written informed consent.

Consent for publication {32}

Not applicable: This manuscript does not contain individual personal data from patients.

Competing interests {28}

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

[1]Laboratoire de Psychologie des Cognitions (Unistra), Université de Strasbourg, 12 rue goethe, 67000 Strasbourg, France. [2]Pôle de Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de l'hôpital, 67000 Strasbourg, France. [3]Groupe Méthode en Recherche Clinique (GMRC), Strasbourg University Hospitals (SUH), Strasbourg, France.

Received: 15 April 2023 Accepted: 18 May 2023
Published online: 12 June 2023

References

1. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry. 2000;177(2):149–55.
2. Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Üstün TB, Kessler RC. The WHO world mental health (WMH) surveys. Die Psychiatrie. 2009;06(01):5–9.
3. Overton SL, Medina SL. The stigma of mental illness. J Couns Dev. 2008;86(2):143–51.
4. Aubé B, Follenfant A, Goudeau S, Derguy C. Public stigma of autism spectrum disorder at school: implicit attitudes matter. J Autism Dev Disord. 2020;11;51(5).
5. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology: Sci Pract. 2002;11;9(1):35–53.
6. Alexander L, Link B. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. J Ment Health. 2003;12(3):271–89.
7. Brouwers EPM. Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. BMC Psychol. 2020;8(1):36.
8. Villotti P, Corbière M, Dewa CS, Fraccaroli F, Sultan-Taïeb H, Zaniboni S, et al. A serial mediation model of workplace social support on work productivity: the role of self-stigma and job tenure self-efficacy in people with severe mental disorders. Disabil Rehabil. 2017;40(26):3113–9.
9. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. Can J Psychiatry. 2012;57(8):464–9.
10. Quinn DM, Chaudoir SR. Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. Stigma Health. 2015;1(S):35–59.
11. Wong CCY, Knee CR, Neighbors C, Zvolensky MJ. Hacking stigma by loving yourself: a mediated-moderation model of self-compassion and stigma. Mindfulness. 2018;10(3):415–33.
12. Drapalski AL, Lucksted A, Brown CH, Fang LJ. Outcomes of ending self-stigma, a group intervention to reduce internalized stigma, among individuals with serious mental illness. Psychiatric Services. 2021;72(2):136–42.
13. Hasson-Ohayon I, Ehrlich-Ben Or S, Vahab K, Amiaz R, Weiser M, Roe D. Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. Psychiatry Res. 2012;200(2–3):802–6.
14. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Bunting K, Rye AK. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: model, manual development, and pilot outcomes. Addict Res Theory. 2008;16(2):149–65.
15. Tangney JP, Wagner P, Gramzow R. "Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology:" correction to Tangney, Wagner, and Gramzow. J Ab Psychol. 1992;101(4):738–8.
16. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. Clin Psychol Psychother. 2006;13(6):353–79.
17. Gilbert P. The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. Br J Med Psychol. 1997;70(2):113–47.
18. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in serious mental illness: a systematic review of frequency, correlates, and consequences. Schizophr Bull. 2021;47(5):1261–87.
19. Ali A, Hassiotis A, Strydom A, King M. Self stigma in people with intellectual disabilities and courtesy stigma in family carers: a systematic review. Res Dev Disabil. 2012;33(6):2122–40.
20. Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: a multinational review. Comprehensive Psychiatry. 2014;55(1):221–31.
21. Mak WWS, Poon CYM, Pun LYK, Cheung SF. Meta-analysis of stigma and mental health. Soc Sci Med. 2007;65(2):245–61.
22. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: a systematic literature review. Obesity. 2015;23(9):1743–60.
23. Doyle DM, Molix L. Social stigma and sexual minorities' romantic relationship functioning. Pers Soc Psychol Bull. 2015;41(10):1363–81.
24. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. 2010;71(12):2150–61.
25. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? Ann Rev Soc. 2015;41(1):311–30.
26. Alonso M, Guillén AI, Muñoz M. Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: a systematic review. Span J Psychol. 2019;22:E27.
27. Büchter RB, Messer M. Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. Ger Med Sci. 2017;15:Doc07.
28. Tsang HWH, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PYY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. Schizophrenia Res. 2016;173(1–2):45–53.
29. Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AL, Roe D, Lysaker P. Interventions targeting mental health self-stigma: a review and comparison. Psychiatr Rehabil J. 2015;38(2):171–8.
30. Lucksted A, Drapalski AL, Brown CH, Wilson C, Charlotte M, Mullane A, et al. Outcomes of a psychoeducational intervention to reduce internalized stigma among psychosocial rehabilitation clients. Psychiatr Serv. 2017;68(4):360–7.
31. Boyd Ritsher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res. 2003;121(1):31–49.
32. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Adv Psychiatr Treat. 2009;15(3):199–208.
33. Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. Expert Rev Neurotherapeutics. 2020;20(4):1–16.
34. Trompetter HR, de Kleine E, Bohlmeijer ET. Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. Cognit Ther Res. 2016;41(3):459–68.
35. Gilbert P, Choden. Mindful compassion: using the power of mindfulness and compassion to transform our lives. London: Robinson; 2013.
36. Goffnett J, Liechty JM, Kidder E. Interventions to reduce shame: a systematic review. J Behav Cogn Ther. 2020
37. Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. Psychol Psychother. 2012;86(4):387–400.
38. Cuppage J, Baird K, Gibson J, Booth R, Hevey D. Compassion focused therapy: exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. Br J Clin Psychol. 2017;57(2):240–54.
39. Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P. An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. Int J Cognit Ther. 2012;5(4):420–9.
40. Kirby JN. Compassion interventions: the programmes, the evidence, and implications for research and practice. Psychol Psychother. 2016;90(3):432.
41. Talaska CA, Fiske ST, Chaiken S. Legitimating racial discrimination: emotions, not beliefs, best predict discrimination in a meta-analysis. Soc Justice Res. 2008;21(3):263–96.
42. Smith ER. Social identity and social emotions: toward new conceptualizations of prejudice. Sematics Scolar. 1993.
43. Yzerbyt V, Demoulin S. (2019). La discrimination intergroupe. Dans: Yzerbyt V, Demoulin S. Les relations intergroupes. *Psycho en + ;* 2019. p. 71-96.
44. Schachter HM, Girardi A, Ly M, Lacroix D, Lumb AB, van Berkom J, et al. Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008;2(1):18.
45. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. Br J Clin Psychol. 2012;52(2):199–214.
46. Heriot-Maitland C, McCarthy-Jones S, Longden E, Gilbert P. Compassion focused approaches to working with distressing voices. Front Psychol. 2019;1:10.
47. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. Br J Clin Psychol. 2014;53(1):78–94.
48. Riebel M, Weiner L. Feasibility and acceptability of group compassion-focused therapy to treat the consequences of childhood maltreatment

in people with psychiatric disorders in France. J Nerv Ment Dis. 2023;211(5):393–401. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001603.
49. Berk M, Ng F, Dodd S, Callaly T, Campbell S, Bernardo M. The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. J Eval Clin Pract. 2008;14(6):979–83.
50. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Bulletin. 2006;33(1):192–9.
51. Mackinnon A, Mulligan R. Estimation de l'intelligence prémorbide chez les francophones. L'Encéphale. 2005;31(1):31–43.
52. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. Compassion Conceptualisations Res Use Psychother. 2005:263–325.
53. Ferreira C, Moura-Ramos M, Matos M, Galhardo A. A new measure to assess external and internal shame: development, factor structure and psychometric properties of the external and internal shame scale. Current Psychol. 2020; 1-10
54. Siegel JA, Huellemann KL, Calogero RM, Roberts T-A. Psychometric properties and validation of the Phenomenological Body Shame Scale – Revised (PBSS-R). Body Image. 2021;39:90–102.
55. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self Identity. 2003;2(3):223–50.
56. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, Hedman E, Sahlin H, Lundh L-G. Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. J Psychopathol Behav Assess. 2015;38(2):284–96.
57. Aubé B, Rohmer O, Yzerbyt V. How threatening are people with mental disability? It depends on the type of threat and the disability. Current Psychol. 2022;7
58. Aubé B, Rougier M, Muller D, Ric F, Yzerbyt V. The online-VAAST: a short and online tool to measure spontaneous approach and avoidance tendencies. Acta Psychologica. 2019;201: 102942.
59. Faustman, W. O., & Overall, J. E. Brief Psychiatric Rating Scale; 1999
60. Mouaffak F, Morvan Y, Bannour S, Chayet M, Bourdel M-C, Thepaut G, et al. Validation de la version française de l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique étendue avec ancrage, BPRS-E(A). L'Encéphale. 2010;36(4):294–301.
61. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res and Ther. 1995;33(3):335–43.
62. Ramasawmy S, Gilles P-Y. Validation of the "French Depression Anxiety Stress Scales" (DASS-21) and predictors of depression in an adolescent Mauritian population. theses.fr. 2015
63. Zanello A, Weber Rouget B, Gex-Fabry M, Maercker A, Guimon J. Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un auto-questionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. L'Encéphale. 2006;32(1):45–59.
64. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation Scale (BACE) related to people with mental ill health. BMC Psychiatry. 2012;12(1):36.
65. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. Schizophr Bull. 2004;30(4):1035–41.
66. Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Corrigan P. Confirmatory factor analysis of the brief version of the recovery assessment scale. J Nerv Ment Dis. 2012;200(10):847–51.
67. Mallet J, Lancrenon S, Llorca P-M, Lançon C, Baylé F-J, Gorwood P. Validation of a four items version of the Functional Remission of General Schizophrenia Scale (the mini-FROGS) to capture the functional benefits of clinical remission. Eur Psychiatry. 2018;47:35–41.
68. Devilly GJ, Borkovec TD. Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2000;31(2):73–86.
69. Coste J, Tarquinio C, Rouquette A, Montel S, Pouchot J. Cross-cultural adaptation and validation of the French version of the credibility/expectancy questionnaire. Further insights into the measured concepts and their relationships. Psychologie Française. 2020;65(2):173–84.
70. Krogel J, Burlingame G, Chapman C, Renshaw T, Gleave R, Beecher M, et al. The Group Questionnaire: a clinical and empirically derived measure of group relationship. Psychother Res. 2013;23(3):344.
71. Sabourin S, Pérusse D, Gendreau P. Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de Satisfaction du Consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B). Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement. 1989;21(2):147–59.
72. Ivezić SŠ, Sesar MA, Mužinić L. Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment and perceived discrimination of persons with schizophrenia. Psychiatria Danubina. 2017;29(1):66–73.
73. Millard LA, Wan MW, Smith DM, Wittkowski A. The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2023;326:168–92.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions

BMC

Résultats préliminaires du PHRC Compass

Etat des inclusions

L'étude présentée dans l'article publié dans la revue *Trials* est en cours d'inclusion. Les premières inclusions ont eu lieu dans le centre investigateur, à Strasbourg, le 3 avril 2023.

A ce jour, 75 visites d'inclusion ont été réalisées à Strasbourg, correspondant à trois blocs d'inclusion, soit trois sessions de 12 séances de thérapies en groupe (TFC et ESS en parallèle) ont été conduites.

Nous avons formé tous les thérapeutes des autres centres partenaires du PHRC au programme Compass et à la thérapie ESS en novembre 2023 et plusieurs centres ont désormais débuté les inclusions : A Bordeaux, 24 personnes ont participé à l'étude et les groupes thérapeutiques sont terminés. A Nancy, 24 personnes ont été incluses et il est prévu que les premières séances de thérapie débutent en septembre 2024. Les autres centres ont prévu de démarrer les inclusions au cours de l'année 2024-2025.

Au total, à ce jour (13/08/2024), 123 personnes ont participé aux entretiens d'inclusion à l'étude (V0). Les visites post-thérapie (V1) et follow-up (V2) ont été réalisées à Strasbourg pour les deux premiers blocs d'inclusion (n = 48). Pour les autres, ces visites sont en cours. Des informations descriptives concernant les participants à l'étude des deux premiers blocs (n =48) du centre investigateur principal sont présentées ici, puis des résultats qualitatifs seront détaillés.

Résultats préliminaires quantitatifs des blocs 1 et 2 à Strasbourg

Sur les 48 premières personnes incluses à Strasbourg (blocs 1 et 2), 17 ont été randomisées dans le groupe expérimental (TFC), 17 dans le groupe contrôle actif (ESS) et 14 dans le groupe contrôle passif (TAU). L'âge moyen (min-max) dans ces trois groupes est, respectivement, 38 (21 - 63), 39 (23 - 66) et 35 ans (22 – 56). Il y a 11 femmes dans chaque groupe (22.9%), 6 hommes dans les groupes TFC et ESS (6.5%) et 3 hommes dans le groupe TAU (6.3%). Concernant les diagnostics principaux des participants, les troubles de l'humeur sont les plus représentés, et concernent 8 personnes dans chaque groupe (16.7%). Le trouble du spectre de l'autisme concerne 4 participants du groupe TFC (8.3%), 3 participants du groupe ESS (6.3%) et 0 participants du groupe TAU. Les troubles de la personnalité concernent 2 personnes dans les groupes TFC et ESS (4.2%) et 3 personnes dans le groupe TAU (6.3%). Les troubles psychotiques concernent 3 participants des groupes TFC et TAU (6.3%), 4 participants du groupe ESS (8.3%). A l'inclusion, les scores moyens à l'échelle d'autostigmatisation (ISMI ; Boyd-Ritscher et al., 2003) étaient de 2.61 (SD = 0.41) pour le groupe TFC, 2.67 (SD = 0.35) pour le groupe ESS et 2.79 (SD = 0.47) pour le groupe TAU, indiquant des niveaux moyens d'autostigmatisation modérés à élevés dans chaque groupe. Les scores moyens à l'hétéro-questionnaire *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS ; Mouaffak et al., 2010) évaluant les symptômes psychiatriques étaient de 52,2 (SD = 13.5) pour le groupe TFC, 46 (SD = 13.2) pour le groupe ESS et 53.2 (SD = 9.45) pour le groupe TAU. Les scores moyens (SD) à la *Clinical Global Impression scale* (CGI ; Berk et al., 2008) étaient de 4.18 (SD = 0.95) pour le groupe TFC, 3.88 (SD = 0.86) pour le groupe ESS et 4.36 (SD = 0.75) pour le groupe TAU. Les scores moyens à l'hétéro-évaluation du rétablissement fonctionnel au moment des inclusions via la *Functional Remission of General Schizophrenia Scale* (mini-Frogs ; Mallet et al., 2018) étaient de 13.6 (SD = 3.52) pour le groupe TFC, 14.1 (SD = 2.36) pour le groupe ESS et 12.4 (SD = 2.44) pour le groupe TAU. De façon descriptive, les scores moyens à la BPRS, à la CGI et à la

mini-FROGS semblent suggérer une plus grande sévérité des symptomatologies dans le groupe TFC par rapport au groupe ESS à l'inclusion dans l'étude. L'ensemble des données est résumé dans les Tableaux 4 et 5.

Concernant l'acceptabilité des interventions, l'assiduité aux séances a été en moyenne de 76% dans le groupe TFC et 83,5% dans le groupe RAS.

Tableau 4 : *Fréquence des diagnostics principaux par groupe des participants aux blocs 1 et 2 du PHRC Compass*

Fréquences de DIAG

DIAG	GROUPE	Quantités	% du Total	% cumulés
TSA	CFT	4	8.3 %	8.3 %
	ESS	3	6.3 %	14.6 %
	TAU	0	0.0 %	14.6 %
Humeur	CFT	8	16.7 %	31.3 %
	ESS	8	16.7 %	47.9 %
	TAU	8	16.7 %	64.6 %
Personnalité	CFT	2	4.2 %	68.8 %
	ESS	2	4.2 %	72.9 %
	TAU	3	6.3 %	79.2 %
Psychotique	CFT	3	6.3 %	85.4 %
	ESS	4	8.3 %	93.8 %
	TAU	3	6.3 %	100.0 %

Évolution préliminaire des scores aux questionnaires auto-rapportés

A partir des scores moyens des participants des blocs 1 et 2, nous avons réalisé des graphiques en courbe afin d'observer visuellement l'évolution des scores. En l'état actuel des données, interpréter ces résultats serait risqué, étant donné le faible nombre de participants dans chacun des groupes. Les graphiques sont présentés dans la Figure 12. De façon descriptive, l'évolution des scores des participants randomisés dans le groupe contrôle passif (TAU) se différencie des deux groupes avec intervention (TFC et ESS) sans toutefois que le groupe

expérimental (TFC) se différencie clairement du groupe contrôle actif (ESS). Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à l'inclusion (V0), les scores moyens à la BPRS, à la CGI et à la mini-FROGS suggéraient une sévérité des symptomatologies dans le groupe TFC plus importante par rapport au groupe ESS. De plus, les données présentées dans le tableau 6 indiquent le nombre de répondant dans chaque groupe à chaque visite. On peut y voir qu'à V2, 12 des participants du groupe TFC n'ont pas répondu aux questionnaires contre 8 dans les groupes ESS et TAU.

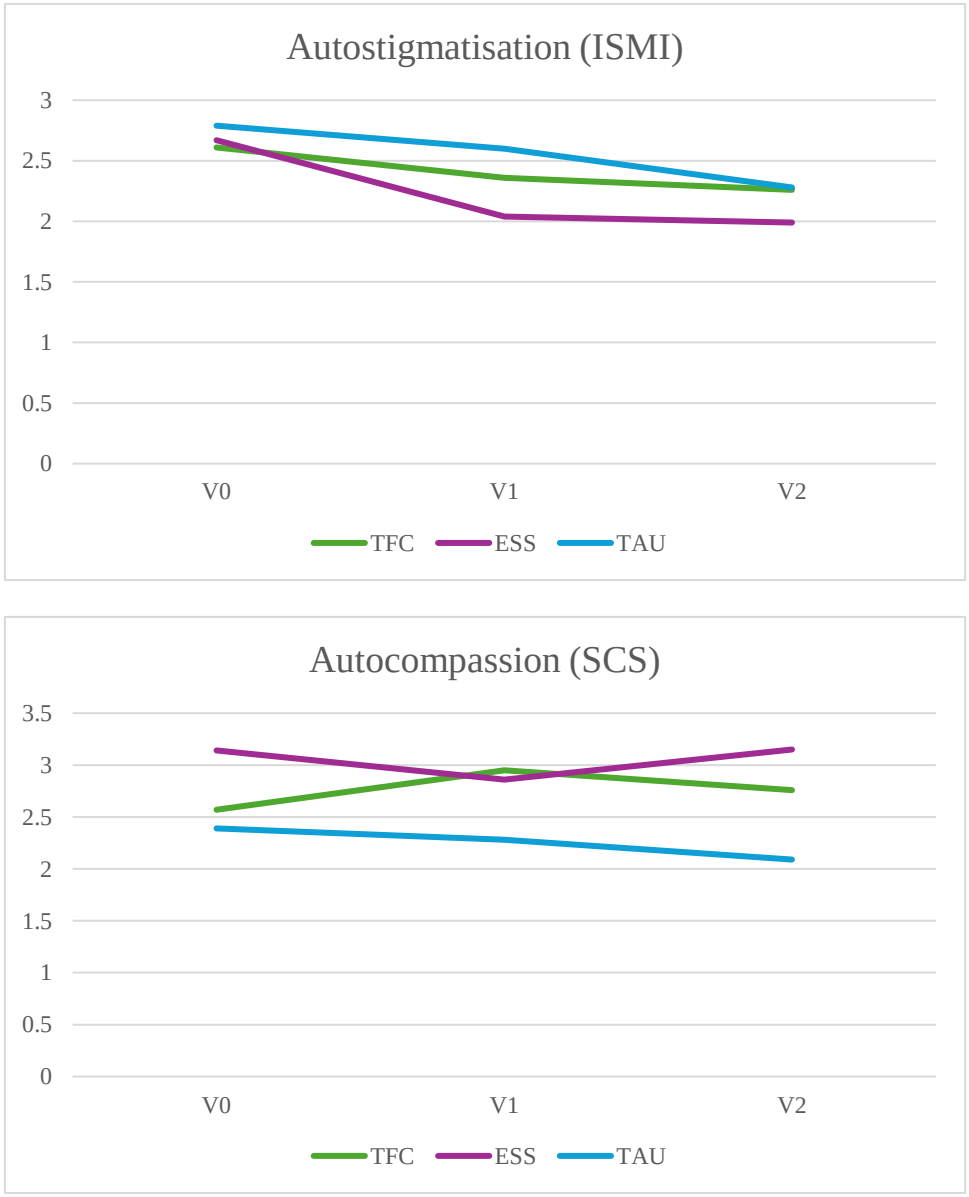
Tableau 5 : *Description des participants des blocs 1 et 2 à V0 du PHRC Compass*

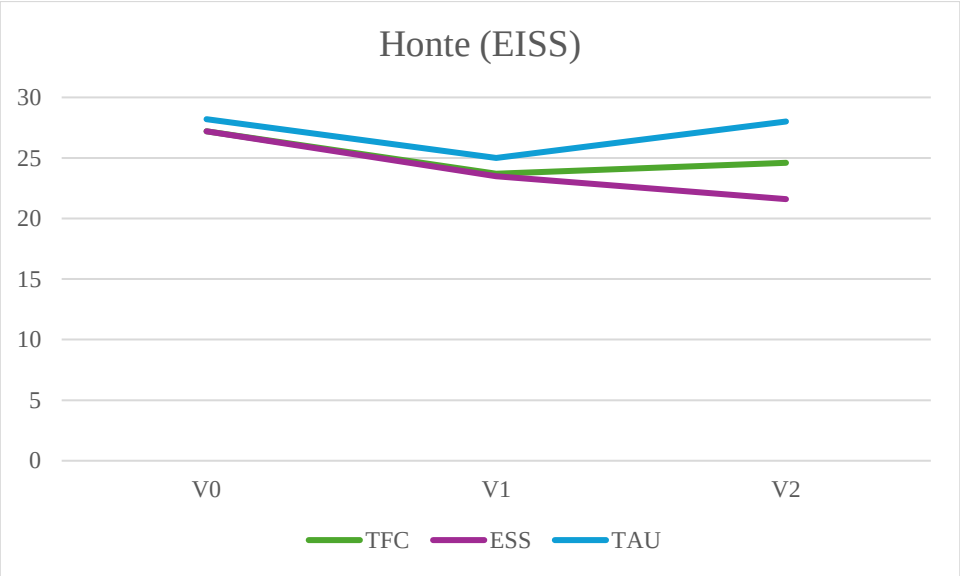
	GROUPE	**age**	**V0_CGI**	**V0_BPRS**	**V0_mini-frogs**	**V0_ISMI**
N	CFT	17	17	17	17	17
	ESS	17	17	17	17	17
	TAU	14	14	14	14	14
Moyenne	CFT	37.9	4.18	50.2	13.6	2.61
	ESS	39.1	3.88	46.0	14.1	2.67
	TAU	35.4	4.36	53.2	12.4	2.79
Ecart-type	CFT	13.2	0.951	13.5	3.52	0.409
	ESS	14.0	0.857	13.2	2.36	0.350
	TAU	11.1	0.745	9.45	2.44	0.452
Minimum	CFT	21	2	31	8	2.07
	ESS	23	2	28	9	2.21
	TAU	22	3	35	9	2.10
Maximum	CFT	63	5	74	19	3.38
	ESS	66	5	80	19	3.24
	TAU	56	5	72	17	3.59

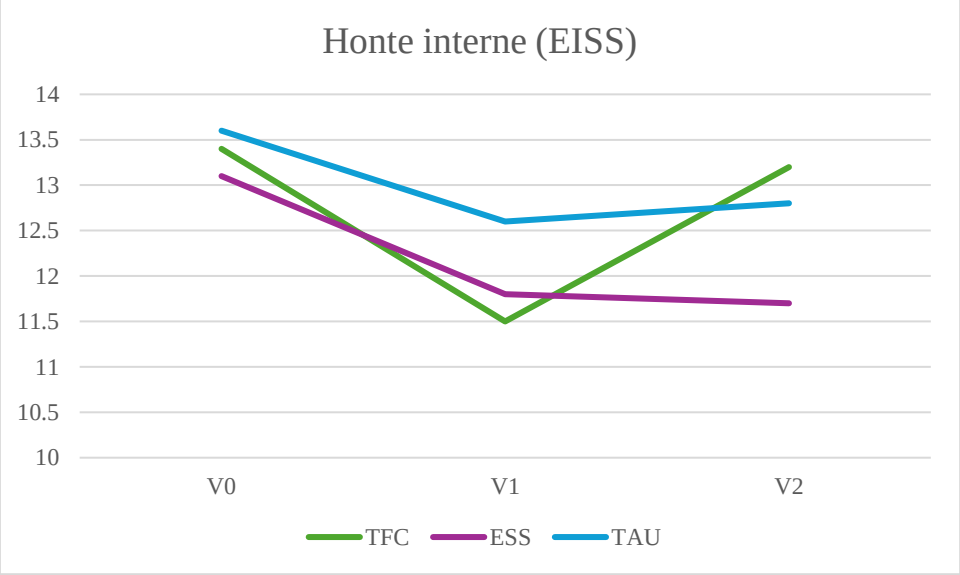
Tableau 6 : *Nombre de participants par groupe ayant répondu aux questionnaires à chaque visite*

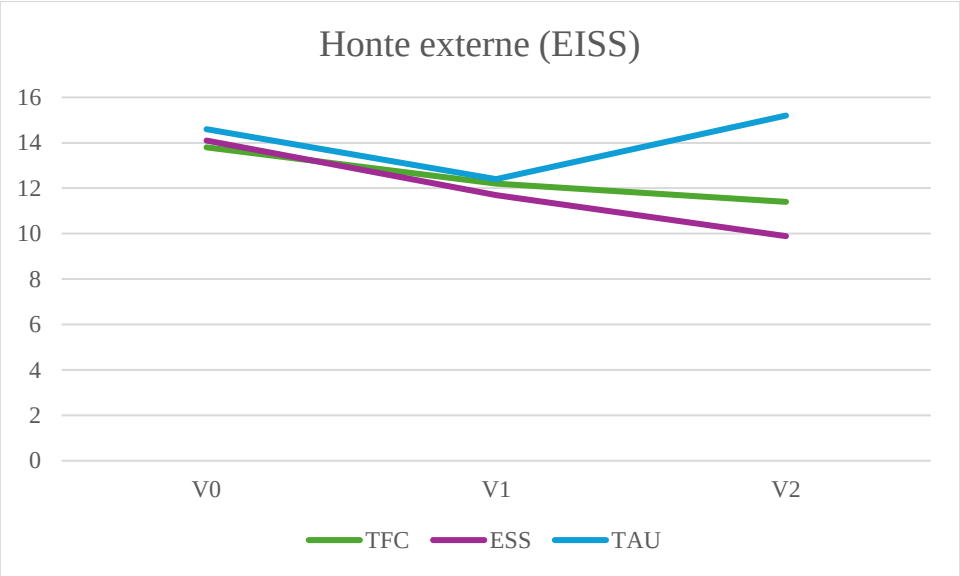
		V0	**V1**	**V2**
N	CFT	17	13	5
	ESS	17	16	9
	TAU	14	11	6
Manquants	CFT	0	4	12
	ESS	0	1	8
	TAU	0	3	8

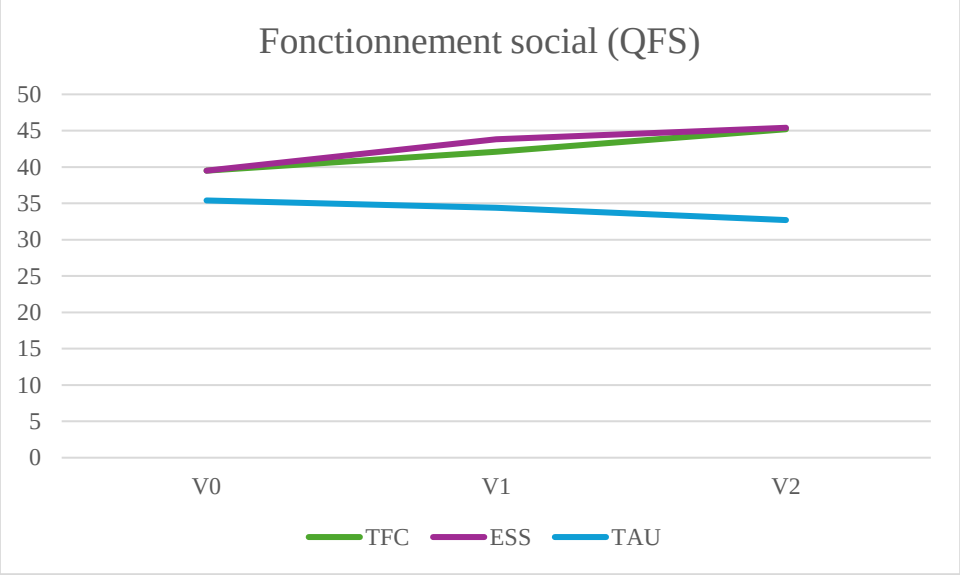
Figure 12 : *Évolution des scores des participants aux échelles cliniques*




Honte (EISS)
30
25
20
15
10
5
0
V0
V1
V2
TFC
ESS
TAU


Honte interne (EISS)
14
13.5
13
12.5
12
11.5
11
10.5
10
V0
V1
V2
TFC
ESS
TAU





Analyses qualitatives préliminaires

Nous tenons à remercier Laura ROSEE et Sabah WACH, étudiantes en Master TCC de l'Université de Strasbourg, qui ont contribué à ce travail dans le cadre de leur mémoire de recherche.

L'objectif de ces analyses préliminaires est d'explorer l'expérience subjective des personnes suivies en psychiatrie qui ont participé au groupe de thérapie fondée sur la compassion dans le

cadre du PHRC Compass à travers une analyse thématique (Braun & Clarke, 2006) des entretiens semi-directifs réalisés post thérapie. Les analyses présentées ici concernent les participants de la première session du groupe Compass, c'est-à-dire, les participants issus du premier bloc d'inclusion à la recherche. En complément des méthodes quantitatives, les méthodologies qualitatives sont essentielles pour recueillir le sens donné à l'expérience de la thérapie par les personnes qui en bénéficient (Willig, 2019).

Méthode

Participants

Cinq participants au groupe Compass issu du premier bloc d'inclusion ont accepté que leurs entretiens post-thérapie soient enregistrés. Il s'agit de trois femmes et deux hommes de 30 à 64 ans (M = 41.8, SD = 12, 7). Au moment de l'inclusion, trois participants étaient en congé de longue durée, une personne à la retraite et une personne sans emploi. Concernant la situation familiale, trois personnes ont rapporté être célibataires, une divorcée et une en concubinage. Le tableau 7 présente les caractéristiques socio-démographiques des participants.

Les critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude sont indiqués dans l'Article 6 présenté dans ce chapitre. Les participants de l'étude qualitative préliminaire présentaient des diagnostics de troubles de l'humeur, troubles psychotiques et trouble du spectre de l'autisme. Les participants présentaient tous des comorbidités psychiatriques telles que des troubles anxieux, troubles du sommeil, trouble de l'usage de l'alcool, trouble de stress post-traumatique, etc. Les informations concernant les diagnostics et comorbidités des participants sont indiquées dans le Tableau 8. A l'inclusion, les scores à la *Clinical Global Impression* (CGI ; Berk et al., 2008) étaient compris entre 3 et 5 (M = 4,2 ; SD = 0,82) et les scores à l'échelle d'autostigmatisation (ISMI ; Boyd et al., 2014) étaient situés entre 2,07 et 3,38 (M = 2,73 ; SD = 0.62).

Tableau 7 : *Données sociodémographiques des participants aux entretiens qualitatifs préliminaires*

Age	
Moyenne (écart-type)	41,83 (12,67)
Minimum	30
Maximum	64
Genre, n (%)	
Femme	3 (60%)
Homme	2 (40%)
Situation professionnelle, n (%)	
Congé de longue durée	3 (60%)
Sans emploi	1 (20%)
Retraité	1 (20%)
Situation conjugale, n (%)	
Célibataire	3 (60%)
En concubinage	1 (20%)
Divorcé	1 (20%)

Tableau 8 : *Diagnostics des participants ayant participé à l'étude qualitative préliminaire*

Diagnostic principal, n (%)	
Trouble du spectre de l'autisme	2 (40%)
Trouble de l'humeur	2 (40%)
Troubles psychotiques	1 (20%)
Comorbidités, n (%)	
Troubles anxieux	*3 (60%)*
Troubles du sommeil	*2 (40%)*
Burnout	*2 (40%)*
Trouble du stress post traumatique	*1 (20%)*
Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	*2 (40%)*
Trouble de l'usage de l'alcool	*1 (20%)*

Entretiens semi-directifs

Après avoir recueilli le consentement éclairé écrit et oral des participants, les entretiens ont été réalisés par des psychologues qui n'étaient pas directement impliqués dans l'étude COMPASS. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et leur durée a varié entre 20 et 60 minutes. Une grille d'entretien perfectionnée suite à l'étude pilote de l'intervention Compass

(voir Article 4, chapitre 11) a été utilisée afin de guider les psychologues qui menaient les entretiens. Des questions ouvertes ont été utilisées afin de faciliter la liberté d'expression du participant. Des exemples de recontextualisations des questions étaient inscrits sur la grille d'entretiens pour aider les psychologues à reformuler en cas de besoin. Au début de chaque entretien, les participants ont été informés qu'il n'y avait pas de bonne ou mauvaise réponse et qu'ils pouvaient choisir de ne pas répondre aux questions.

Traitement des données

Les enregistrements audios des entretiens ont d'abord été transcrits à l'aide du logiciel d'intelligence articielle Whisper (OpenAI, 2022). Ensuite, la transcription a été révisée et perfectionnée par les deux étudiantes de Master 1 en psychologie clinique TCC de l'Université de Strasbourg, LR et SW.

Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée selon la méthodologie en six étapes de l'analyse thématique élaborée par Braun et Clarke (2006). Cette approche vise à identifier, organiser et expliciter des "schémas de signification" au sein des données. Elle permet de faire émerger des éléments communs, ou thèmes, dans les discours des participants, offrant ainsi une compréhension globale des données (Braun & Clarke, 2006). Cette méthode est adaptée à l'exploration du vécu de psychothérapie (Braun & Clarke, 2014). L'analyse a été réalisée selon une approche inductive *bottom-up,* guidée par les données recueillies plutôt que par des éléments théoriques préétablis. Toutefois, l'émergence de certains thèmes a pu être influencée par les questions posées lors des entretiens semi-structurés. Comme l'ont souligné Braun et Clarke (2006), « il est impossible d'être dans une démarche purement inductive, puisque nous ajoutons toujours quelque chose aux données que nous analysons »

Suivant les six étapes définies par Braun et Clarke (2006), l'analyse thématique a commencé par (1) la familiarisation avec les données. Ensuite, (2) toutes les données ont été

codées de manière systématique. (3) Les codes, représentant des idées clés du discours, ont été regroupés et organisés en thèmes potentiels par chaque chercheur impliqué dans l'étude. Le thème « capture un élément important des données et représente un niveau de réponse structuré ou de signification au sein de l'ensemble des données » (Braun & Clarke, 2006). Par la suite, (4) tous les chercheurs impliqués dans l'étude ont examiné les thèmes émergents en créant conjointement un tableau récapitulatif des thèmes, sous-thèmes, codes et extraits afin de s'assurer collectivement de la pertinence et de la représentativité des thèmes. (5) Ensuite, pour préciser leur spécificité et leur signification les thèmes ont été nommés et définis (5). Enfin, (6) l'analyse thématique a été conclue en organisant les thèmes et en sélectionnant les extraits d'entretiens les plus pertinents pour chaque thème lors de plusieurs réunions de concertation impliquant les trois chercheuses (LR, SW et MR).

Résultats

Les analyses thématiques, synthétisées dans le Tableau 9 ont fait émerger deux grands thèmes. Le premier porte sur **l'appréciation générale de la thérapie** et est divisé en deux sous-thèmes ***: le contenu*** de la thérapie et ***le format*** de la thérapie. Le second thème concerne les **mécanismes de changement**. Il est divisé en quatre sous-thèmes : l'apprentissage de ***stratégies d'adaptation***, l'amélioration de ***la relation à soi, le changement du rapport aux autres,*** et enfin, ***l'engagement dans les activités.*** L'ensemble des thèmes et sous-thèmes est présenté dans **le Tableau 9.**

Thème 1 : Appréciation générale de la thérapie

Le premier thème concerne le vécu subjectif général de la thérapie par les participants. Il se scinde en deux sous-thèmes : l'appréciation du contenu de la thérapie et l'appréciation du format de la thérapie.

1.1 Appréciation du contenu de la thérapie

Une expérience positive et aidante

La thérapie a été perçue positivement. Les participants, ont qualifié l'expérience d'aidante, positive et intéressante : *« ça a été positif pour moi », « je trouve que ça m'a apporté beaucoup », « en fait, ça m'a beaucoup aidée »*.

Nouvelles connaissances et exercices pratiques

Les participants ont tout particulièrement apprécié l'apport de nouvelles connaissances ainsi que l'aspect actif de la TFC, avec la présence d'exercices pratiques à réaliser pendant et entre les séances : *« j'ai vraiment apprécié les exercices tout ça », « c'était intéressant d'appliquer en fait, à notre vie quotidienne »*.

Des stratégies aidantes

Les stratégies apprises durant le programme ont globalement été appréciées par les participants, notamment le rythme respiratoire apaisant[12], l'identification des cercles[13], ou encore l'activation du Soi Compassionné. [14]Les participants rapportent utiliser ces stratégies dans leur quotidien après la fin de la thérapie. Par exemple, « *Quand je suis un peu en état de stress, c'est essayer de repérer les cercles qui sont activés. Donc le cercle rouge, le cercle bleu, le cercle vert. Ensuite, j'essaye de respirer, de manière lente. Et ensuite, j'essaye de faire appel à mon soi compassionné. Donc, à me rassurer, en fait. À me rassurer, à faire attention à ma posture. »*

[12] Le rythme respiratoire apaisant (Soothing Rythm Breathing ; SRB) est une technique de respiration fondamentale de la TFC qui consiste à ralentir et approfondir son rythme respiratoire tout en portant son attention sur l'impression de ralentir l'esprit et le corps (Matos et al., 2017).

Marie Riebel | Université de Strasbourg

[13] Il s'agit ici du modèle de régulation des émotions (the three circles model of emotion ; Gilbert, 2014) (voir chapitre 4).

[14] C'est une pratique clef de la TFC qui consiste à développer, cultiver puis incarner une partie de soi compassionnée pour approcher la souffrance et y répondre (Matos et al., 2021).

Limites

Le retour d'une des participantes ayant préalablement suivi un programme de psychoéducation à destination des personnes bipolaires ainsi qu'une thérapie TCC, permet cependant de nuancer notre analyse. Bien qu'ayant apprécié la thérapie, celle-ci a été évaluée peu aidante par la participante, qui rapporte qu'elle avait déjà assimilé certaines connaissances et stratégies développées dans le programme : *« Ce qu'on a vu, c'est vraiment des choses que j'avais déjà... Je connaissais déjà... j'avais déjà... expérimenté donc euh voilà, qui était déjà acquis […] C'est pour ça que je dis que ça m'a pas beaucoup appris en fait »*. Néanmoins, le programme lui a tout de même permis de consolider ses apprentissages précédents : *« Ça allait dans mon sens, en fait, dans le sens de mon évolution personnelle, en fait. Donc, ça m'a fait que... euh… Comment dire ? Confirmer la façon de fonctionner, etc. et voilà. Je me suis retrouvée un peu dans tout ça. »*

1.2 Appréciation du format de la thérapie

Le deuxième sous-thème concerne l'appréciation du format de la thérapie par les participants, à savoir la modalité de groupe, les supports ou encore la durée du programme.

Format de groupe

Le format du groupe a été unanimement apprécié par les participant-e-s, pour qui l'ambiance générale était agréable : *« J'étais relativement à l'aise », « on était respectueux les uns des autres, et compréhensifs », « c'était un groupe agréable »*.

Le partage d'expérience qu'apporte la modalité de groupe a facilité la validation et la normalisation du vécu de chacun : *« C'est bien, on a pu travailler en groupe, et c'était euh, ça permettait de confronter ce qu'on pensait, tout ça, nos expériences. C'est toujours ' ah tiens ! mais j'ai dit ça, moi je suis d'accord, moi j'ai vécu la même chose'. Enfin, voilà, à chaque fois on se retrouvait un peu, je pense dans ce que l'autre disait », « J'ai beaucoup apprécié le fait*

de pouvoir échanger avec d'autres personnes qui ont aussi.. bah des pathologies comme moi et qui ont rencontré le même type de difficultés. ».

Ce format a également encouragé les participants parfois en situation d'isolement à recréer du lien et à (re)sociabiliser : *« On se comprenait, donc, là, on a même échangé nos numéros [rires] Voilà ».*

Bien que le format de groupe ait été apprécié, sa principale limite concerne la difficulté d'adaptation de la thérapie aux spécificités de chacun. Certaines connaissances étaient en effet déjà acquises par l'une des participantes et l'ajustement des techniques au profil et particularités de chacun était limité : *« Pour ceux qui...Pour ceux qui ont du mal à se concentrer comme moi, ça j'trouve que c'est...Ça, pfff... C'est pas quelque chose qui hum, qui m'aide beaucoup, la méditation...Écouter des trucs en fermant les yeux, c'est pas trop mon truc».*

Supports

La présence de supports papiers et numériques auxquels les participants avaient accès à tout moment a été jugée aidante et rassurante, notamment afin de s'y référer a posteriori : *« on avait, 'fin on a des liens, des adresses internet pour réécouter des cours », « Là j'ai un cahier, j'ai un programme et tout ça, j'peux revoir le programme de ce qu'on a vu, j'ai ça, si jamais, si jamais un jour j'avais mal et tout ça ».*

Limites du format de la thérapie

Les limites du format de la thérapie concernent essentiellement la durée du programme que les participants ont jugée trop courte : *« Ça aurait pu durer encore un peu plus longtemps. Parce que c'est vrai que souvent après, avec les séances, on débordait un peu », « On était plusieurs à se dire que c'aurait pu durer plus longtemps », « 'Fin rajouter une ou deux séances. (en riant) ».*

Ils ont notamment exprimé le souhait de rallonger le programme afin d'étendre le temps d'échanges et de prolonger les moments de partage d'expériences : *« Euh…J'aurais juste aimé*

un… plus d'échanges euh au niveau des pratiques personnelles, enfin d'expérience, tout ça. J'aurais voulu plus d'échanges à ce niveau-là. », « Bah, peut-être avoir plus de temps pour échanger avec les participants. Sur leurs expériences. Enfin, échanger par rapport aux expériences de chacun ».

Toutefois, la participante ayant assisté au programme de psychoéducation sur la bipolarité a, elle, jugé le programme trop long : *« Ouais. Je trouve que c'était un peu long, quand même, pour... Mais c'est toujours... mon point de vue à moi ».* Contrairement aux autres participants, elle a relevé des manques sur les aspects concerts et pratiques du le programme, en comparaison avec son expérience antérieure : *« Je pense que pour les autres, c'était différent, mais... Peut-être quelque chose de plus pratique... […] On n'a pas la boîte à outils, on n'a pas d'outils sous la main, et on va faire ça et ça. C'est quand même déjà un peu plus... intellectualisé je trouve ».*

Thème 2 : Mécanismes de changement

Ce thème aborde en détail les mécanismes de changement de la thérapie et est divisé en plusieurs sous-thèmes, à savoir : (1) l'apprentissage de stratégies d'adaptation, (2) l'amélioration de la relation à soi, (3) le changement du rapport aux autres, et (4) l'engagement dans les activités**.**

2.1. Apprentissage de stratégies d'adaptation

Auto-observation

Nous avons perçu une modification des stratégies d'adaptation des participants à l'issue de la thérapie. Ils font en effet état d'une amélioration de leurs capacités à s'auto-observer, à

« remarquer quand on est dans une boucle[15] » : « *On va dire que ça m'a vraiment permis de prendre conscience de quand ça arrive et de mettre en place des solutions ».*

Régulation émotionnelle

L'augmentation de la capacité d'auto-observation a permis de meilleures compétences de régulation émotionnelle. Les participants rapportent en effet une meilleure identification des émotions et des comportements problèmes, une meilleure tolérance à la détresse et sont en mesure de résister aux urgences à agir : *« Ça m'a permis de prendre conscience de mes émotions, de réussir à les calmer, en fait, quand je suis dans des situations où je perds un peu les pédales », « Ça accélère la canalisation des émotions difficiles », « Ralentir, surtout, essayer de ralentir. C'est... C'est pas, foncer, tête baissée ».*

Adoption d'un nouveau point de vue : développement de la sagesse compassionné

L'une des participantes relève la capacité à être dans la défusion et à se distancier de ses pensées et de sa pathologie : *« Ça m'a aidée à prendre du recul […] Et puis là, finalement, j'arrive quand même à me détacher un peu de ma pathologie, en fait ».*

De plus, la thérapie a globalement eu des effets sur la façon d'appréhender le monde des participants. Ceux-ci rapportent *« voir les choses positivement »* et relativiser : *« J'apprends à regarder les choses d'une autre façon », « Je relativise euh sur des choses qui me bloquaient jusqu'à maintenant », « Mes difficultés euh je peux pas les modifier, elles sont là, mais ce que je peux faire depuis la thérapie, c'est modifier mon regard sur les difficultés ».*

[15] Dans le programme Compass, les « boucles » font référence aux relations entre les pensées du « cerveau moderne » et les émotions et motivations du « cerveau ancien ». La TFC comprend en effet de la psychoéducation sur une compréhension évolutionniste du cerveau, le « tricky brain ». L'idenfication de ces boucles permet de défusionner de son expérience et de se rappeler qu'elle est le fruit de l'évolution de nos cerveaux. Voir chapitre 5, chapitre 12 pour une illustration des éléments clefs de psychoéducation du programme Compass.

Marie Riebel | Université de Strasbourg

2.2. Amélioration de la relation à soi

Intégration de son parcours

La thérapie a permis à plusieurs participants d'intégrer et d'accepter sans jugement leur parcours, en tenant compte de leurs vulnérabilités et des contextes au sein desquels ils ont évolué *: « Alors depuis la thérapie […] J'arrive à… à me dire, voilà, c'est mon vécu et ça fait partie de mon histoire »*.

Diminution de l'autostigmatisation et augmentation de l'autocompassion

Les participants rapportent que la thérapie leur a donné des outils afin de s'extraire de cercles vicieux d'auto-critique et d'autostigmatisation : *« Je, j'suis moins dans une torn-, dans des boucles infernales, et tout ça, à me, à m'autodénigrer, m'auto euh m'auto-stigmatiser, à m'autodétruire, quoi, m'auto… Je suis moins dans... Bah... ouais, là-dessus, ça va mieux »*.

Le programme leur a également permis d'augmenter la compassion envers eux-mêmes : *« J'suis un peu moins dure avec moi… c'est ce qu'on nous apprend (rires), à se voir avec plus de compassion », « On a donné les clés pour être moins dure envers soi-même donc c'est un peu moins, dur, j'suis un peu moins dur avec moi-même »*.

L'autocompassion prend ainsi plus de place dans leur quotidien qu'auparavant *: « J'essaie de la pratiquer. Clairement, dans la vie de tous les jours hein. Ouais, ça fait partie euh de mon quotidien maintenant. C'est des choses qui viennent »*.

Augmentation de la croyance dans la capacité à faire face à l'adversité

La thérapie a permis aux participants d'augmenter leur croyance dans la capacité à faire face à l'adversité, d'une part par la présence d'outils et de ressources à disposition en cas de difficultés *« si jamais, si jamais un jour j'avais mal et tout ça. Je peux… je peux utiliser ce cahier là pour aller mieux. »*. D'autre part, par l'acquisition de la capacité à s'apaiser en cas de difficulté et par l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité *: « Je me sens quand même plus*

apaisée, dans le sens où je sais que j'ai des outils euh… que je peux utiliser, en fait, et que j'ai des ressources, en moi, qui peuvent m'aider. […]Je me sens quand même plus sereine ».

Acceptation de soi et de ses difficultés

En somme, la thérapie aura facilité le cheminement des participants vers l'acceptation de soi et de ses difficultés. Elle a également permis une modification du regard sur soi, comme le souligne ces participants : *« mon regard a un peu changé, il a évolué positivement. Euh…j'me perçois moins comme un boulet en fait », « Depuis que j'ai fait la thérapie COMPASS euh j'ai l'impression que j'apprends à m'apprécier chaque jour un peu plus », « Bah j'peux pas dire que, que je m'aime mais je veux dire euh...j'arrive à m'accepter à….à accepter euh ...mes difficultés que j'ai dans la vie […] j'arrive à mieux accepter mon sort, quoi, c'est tout. Voilà », « Ben, j'me dis que voilà, j'ai des parties sombres de moi-même, un peu comme un zèbre qui a des rayures noires et blanches. Ce n'est pas de sa faute, il est comme ça, c'est la nature qui l'a réalisé comme ça. Donc je me dis la même chose pour moi ».*

2.3 Changement du rapport aux autres

Diminution des sentiments de honte interne et externe

Les participants rapportent avoir perçu des effets de la thérapie sur leur relation aux autres. Le programme semble en effet avoir agi sur les sentiments de honte interne, c'est-à-dire le sentiment de honte lié aux caractéristiques personnelles de l'individu, mais aussi sur la honte externe, renvoyant à la honte éprouvée vis-à-vis du jugement d'autrui : *« Par rapport aux autres euh… j'me dis que... je… je sais pas, je me dis peut-être que je suis un peu... j'me dis peut-être moins que j'suis inférieur… aux autres, quoi, que j'ai...j'ai pas fait la même chose qu'eux dans la vie, tout ça, j'me dis que... c'est pas parce que j'ai un parcours différent, que… j'suis moins bien qu'eux. … Et euh, j'me dis que... par rapport aux autres, ce que j'ai changé, c'est que […] je m'accepte mieux face aux autres, quoi, c'est ça…Voilà. », « Je pense que j'ai eu un complexe d'infériorité par rapport aux autres, j'me dis que, qu'il faut pas que j'me juge sur... sur ça, que*

je n'ai pas hum que j'n'ai pas choisi la vie que j'ai, tout ça », « Mais c'est vrai que du coup, bah, peut-être... pff.. Bah, ça fait que c'est surtout moi, arrêter de croire qu'en fait, on va me juger pour ce qu'il s'est passé et réussir à prendre du recul par rapport à ça, quoi ».

Motivation à (re)-sociabiliser

Le programme a, de plus, augmenté leur motivation à (re)-sociabiliser : *« Ouais, j'avais envie de m'isoler, surtout que je me suis beaucoup isolée, en fait. Et là, du coup, j'essaie plutôt de me resociabiliser. Même j'ai plus (+) envie, en fait, maintenant. ».*

L'une des participantes fait part de sa motivation à cultiver et maintenir ses relations actuelles : *« Garder les relations avec mon entourage. Et essayez justement d'aller dans ce sens-là, essayer de ne plus couper court à des relations euh comme ça m'arrivait régulièrement, quand je ne voyais plus personne. Continuer dans ce sens-là, essayez d'avoir un genre de réseau. »*

2.4. L'engagement dans les activités

Les participants ont observé des effets de la thérapie sur leur engagement dans des activités plaisantes ou orientées vers leurs valeurs : *« Mes valeurs sont de transmettre, soutenir et partager. Et je me suis inscrit, là, j'ai finalisé le dossier récemment pour une formation de premier secours en santé mentale ».*

Si pour certains, il s'agit de reprendre des activités qu'ils avaient abandonnées : *« Ça m'a donné envie de, de refaire certaines activités, j'aime bien bricoler, j'aimerais bien m'y remettre. »*, d'autres souhaitent entreprendre de nouvelles activités : *« Ça m'a donné envie de mettre quelques projets en place […], de faire quelque chose, une activité ».* D'autres encore témoignent de leur motivation à maintenir leurs activités : *« Par exemple, cette année, j'ai commencé à donner des cours français dans une association à des personnes réfugiées et c'est pas toujours facile […] Et là, maintenant, je veux plus… euh je veux réussir à continuer ces activités. Ne pas arrêter et dire, maintenant, j'en ai marre, j'arrête tout. Ouais, c'est ça, c'est...*

de tenir dans la durée quand même. Ouais, c'est surtout ça. Ne pas craquer et continuer dans ce sens-là, quoi. Ouais, pas... Ouais, pas m'arrêter au premier échec, ouais ».

Tableau 9 : *Thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse thématique*

Thème 1 : Appréciation générale de la thérapie			
Contenu	***Expérience positive, aidante***		*« C'est que c'est quelque chose de positif », « Ça m'a apporté beaucoup. »*
	Nouvelles connaissances		*« Les connaissances générales qu'on a pu apprendre, je trouve que c'était très enrichissant. »*
	Exercices pratiques		*« C'était intéressant d'appliquer en fait, à notre vie quotidienne. »*
	Techniques aidantes		*« Les techniques de relaxation, respiration, etc. Ça c'est quelque chose que je fais encore. »*
	Limites		*« Ce qu'on a vu, c'est vraiment des choses que j'avais déjà... Je connaissais déjà... j'avais déjà... expérimenté donc euh voilà, qui était déjà acquis […] C'est pour ça que je dis que ça m'a pas beaucoup appris en fait. Je pense que j'étais déjà arrivé euh assez loin. »*
Format	***Groupe***	*Ambiance*	*« Tout le monde était bienveillant, il n'y avait pas de jugement. Puis, on se comprenait.»*
		Partage d'expériences	*« J'ai beaucoup apprécié le fait de pouvoir échanger avec d'autres personnes qui ont aussi.. bah des pathologies comme moi et qui ont rencontré le même type de difficultés. »*
		(Re)Sociabilisation	*« Donc là on a même échangé nos numéros. »*
		Limites	*« Je me sentais moins concernée que les autres personnes.»*
	Supports		*« Là j'ai un cahier, j'ai un programme et tout ça, j'peux revoir le programme de ce qu'on a vu, j'ai ça, si jamais, si jamais un jour j'avais mal et tout ça. »*
	Limites	*Durée*	*« Ça aurait pu durer encore un peu plus longtemps. »*
		Temps d'échange	*« Peut-être avoir plus de temps pour échanger avec les participants. Sur leurs expériences. »*

Thème 2 : Mécanismes de changement		
Nouvelles stratégies d'adaptation	***Auto-observation***	*"C'est ce truc-là, quoi. De remarquer quand on est dans une boucle, quoi."*
	Régulation émotionnelle	*« Quand je commence à être un peu dans le rouge par rapport à mes émotions, bah, j'arrive plus à prendre du recul et à repérer, en fait, qu'est-ce qui peut me poser problème. Et donc, à m'apaiser et à trouver des solutions. »*
	Agir efficacement pour soulager la souffrance	*« En fait, je suis plus dans la recherche de solution plutôt que de... d'être en... me sentir un peu... enfin, de subir, quoi. J'essaie, ouais, de trouver des solution. »*
	Adoption d'un nouveau point de vue	***Défusion*** *: « Ça m'a aidée à prendre du recul […] Et puis là, finalement, j'arrive quand même à me détacher un peu de ma pathologie, en fait. »*
		Relativisation *: « Mes difficultés euh je peux pas les modifier, elles sont là, mais ce que je peux faire depuis la thérapie, c'est modifier mon regard sur les difficultés. »*
Amélioration de la relation à soi	***Intégration du parcours de vie***	*« J'arrive à… à me dire, voilà, c'est mon vécu et ça fait partie de mon histoire »*
	Diminution de l'autostigmatisation	*« J'suis moins dans une torn-, dans des boucles infernales, et tout ça, à me, à m'autodénigrer, m'auto euh m'auto-stigmatiser, à m'autodétruire »*
	Augmentation de l'autocompassion	*«J'suis un peu moins dure avec moi… c'est c'qu'on nous apprend (rire), à se voir avec plus de compassion. »*
	Croyance en la capacité à faire face	***Auto-efficacité*** *: « J'ai des ressources, en moi, qui peuvent m'aider. »* ***Supports*** *: « Si jamais, si jamais un jour j'avais mal et tout ça. Je peux… je peux utiliser ce cahier là pour aller mieux. »*
	Acceptation de soi et ses difficultés	*«Bah j'peux pas dire que, que je m'aime mais je veux dire euh...j'arrive à m'accepter à….à accepter euh ...mes difficultés que j'ai dans la vie. »*

Changement du rapport aux autres	***Diminution de la honte externe***	*« Par rapport aux autres euh […] j'me dis peut-être moins que j'suis inférieur… aux autres, quoi, que j'ai...j'ai pas fait la même chose qu'eux dans la vie, tout ça, j'me dis que... c'est pas parce que j'ai un parcours différent, que… j'suis moins bien qu'eux. … Et euh, j'me dis que... par rapport aux autres, ce que j'ai changé, c'est que […] je m'accepte mieux face aux autres, quoi, c'est ça…Voilà. »*
	(Re)sociabilisation	*« Ouais, j'avais envie de m'isoler, surtout que je me suis beaucoup isolée, en fait. Et là, du coup, j'essaie plutôt de me resociabiliser. Même j'ai plus (+) envie, en fait, maintenant. »* ***Maintien des relations*** *: « Garder les relations avec mon entourage. Et essayez justement d'aller dans ce sens-là, essayer de ne plus couper court à des relations euh comme ça m'arrivait régulièrement, quand je ne voyais plus personne. Continuer dans ce sens-là, essayez d'avoir un genre de réseau. »*
Engagement dans les activités	***Reprise ou développement d'activités***	*« Ça m'a donné envie de, de refaire certaines activités, j'aime bien bricoler, j'aimerais bien m'y remettre. »* *« Ça m'a donné envie de mettre quelques projets en place […], de faire quelque chose, une activité »*
	Maintien des activités	*« Par exemple, cette année, j'ai commencé à donner des cours français dans une association à des personnes réfugiées et c'est pas toujours facile […] Et là, maintenant, je veux plus… euh je veux réussir à continuer ces activités. Ne pas arrêter et dire, maintenant, j'en ai marre, j'arrête tout. Ouais, c'est ça, c'est... de tenir dans la durée quand même. Ouais, c'est surtout ça. Ne pas craquer et continuer dans ce sens-là, quoi. Ouais, pas... Ouais, pas m'arrêter au premier échec, ouais. »*
	Actions orientées vers les valeurs	*« Mes valeurs sont de transmettre, soutenir et partager. Et je me suis inscrit, là, j'ai finalisé le dossier récemment pour une formation de premier secours en santé mentale. »*

Synthèse des résultats qualitatifs

Dans l'ensemble, ces résultats préliminaires sont encourageants quant à la satisfaction concernant le contenu et le format du groupe Compass. De plus, en termes de mécanismes de changement perçus, ils sont cohérents avec ce qui est rapporté dans la littérature concernant l'intérêt de la thérapie fondée sur la compassion en groupe transdiagnostique (Cuppage et al., 2017) ainsi que nos propres hypothèses, à savoir le développement de l'autocompassion comme levier pour réduire la honte et l'autostigmatisation ainsi que pour améliorer la qualité de vie en réduisant l'isolement social. Ces résultats rejoignent ceux issus d'une étude qualitative d'un groupe de TFC pour les personnes transgenres ciblant l'autocritique et la stigmatisation (Pipkin et al., 2022). Comme dans l'étude de Pipkin et collègues, les participants à Compass ont rapporté que le contenu (par exemple, l'auto-observation de son état émotionnel à l'aide du modèle des trois cercles) et le format de la thérapie ont contribué à l'amélioration de la relation à soi et aux autres. Nous comptons recruter des participants jusqu'à une saturation des données pour infirmier ou confirmer les thèmes identifiés jusqu'ici.

PARTIE 4 : Discussion générale

Chapitre 13 : Discussion générale

Résumé des objectifs et du cadre théorique

La présente thèse a cherché à répondre à une question centrale : Quels sont les apports de la compassion pour l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie ?

Dans cette perspective, nous avons, dans la première partie de la thèse, esquissé progressivement notre cadre théorique en sélectionnant avec soin différents modèles théoriques éprouvés par les recherches. Cela nous a mené à mettre en évidence que malgré l'existence de nombreuses conceptualisations de la stigmatisation publique dans le cadre de la santé mentale, les modèles théoriques expliquant à la fois les causes et les conséquences de l'autostigmatisation dans ce contexte sont inexistants. C'est pourquoi nous avons proposé un modèle théorique intégratif de l'autostigmatisation en nous appuyant principalement sur le cadre proposé par Rüsch et collaborateurs (2009) sur la base du modèle de stress-vulnérabilité-compétences de Major et O'Brian (2005). Afin d'expliquer les conséquences de l'autostigmatisation, nous y avons intégré le processus de l'*effet à quoi bon* proposé par Corrigan et collègues (2009). Ce cadre théorique intégratif permet d'abord d'expliquer pourquoi certaines personnes suivies en psychiatrie (PSP) résistent à la stigmatisation publique alors que d'autres l'internalisent. En effet, selon ces modèles, l'évaluation subjective du stress lié à la stigmatisation, par rapport aux ressources individuelles pour y faire face, permettrait d'expliquer le développement ou non de l'autostigmatisation. Cette étape du modèle est influencée par des facteurs personnels tels que proposés par Rüsch (2009), à savoir, la légitimité

perçue de la stigmatisation et la sensibilité au rejet. Si le stress est perçu comme plus important que les capacités de coping, alors la stigmatisation publique peut entraîner de l'autostigmatisation. L'autostigmatisation entraîne des réponses émotionnelles – la honte externe et la honte interne – qui agissent comme médiatrices des conséquences psycho-sociales négatives de l'autostigmatisation. C'est à cette étape du modèle que l'effet à quoi bon intervient. Pourquoi essayer d'atteindre ses objectifs personnels si l'on s'en croit -cognitivement et affectivement - incapable ? L'isolement social et la barrière vers les soins qui découlent de cet effet viennent renforcer les conséquences néfastes (e.g. réduction du sentiment d'efficacité personnelle, augmentation de la détresse psychologique) de la stigmatisation. Néanmoins, nous proposons qu'une autre voie est possible. En effet, nous défendons l'idée dans cette thèse que l'autocompassion dispositionnelle pourrait agir en tant que facteur modérateur, en diminuant le sentiment de honte et les conséquences négatives de l'autostigmatisation. En tant que cible de traitement, nos études interventionnelles suggèrent, quant à elles, qu'en cultivant la compassion pour soi, les PSP pourraient se percevoir au-delà de leur trouble et de leurs difficultés, diminuer la honte interne et externe et retrouver espoir dans leur capacité à atteindre des objectifs personnels. L'autocompassion pourrait alors permettre de lever les barrières vers les soins et l'épanouissement personnel. C'est ce que nous avons tenté d'examiner à travers des études organisées en deux axes de recherche utilisant des méthodologies et populations variées tout au long de la thèse.

Les deux axes de nos contributions empiriques composent les Parties 2 et 3 de cette thèse. Le premier axe des recherches est centré sur les mécanismes liés à l'autostigmatisation des personnes suivies en psychiatrie. A la lumière de ces résultats, le second axe a appliqué ces connaissances pour évaluer l'intérêt d'un programme thérapeutique pour réduire l'autostigmatisation. Tout au long de la thèse, nous nous sommes appuyés sur des modèles théoriques et méthodologies issus de la psychologie sociale et de la psychologie clinique.

L'ensemble des études a été mené en s'efforçant de respecter les standards actuels en termes de recherches robustes et réplicables. En particulier, nous avons pré-enregistré nos hypothèses et protocoles, réalisé des calculs de puissance à priori et mis à disposition les scripts R utilisés pour les analyses, mais également nos programmes d'accompagnement *evidence based*.

La discussion générale de la thèse s'articule autour des trois grandes thématiques que nous estimons centrales dans ce travail. D'abord, nous examinerons **l'(auto)stigmatisation des personnes suivies en psychiatrie**. Deuxièmement, nous aborderons **les aspects émotionnels de l'autostigmatisation**. Enfin, nous expliciterons **l'intérêt de la thérapie fondée sur la compassion pour l'autostigmatisation.** Les thématiques seront élaborées à travers une synthèse de nos résultats principaux, discutés à la lumière de la littérature en psychologie sociale et psychologie clinique. Puis, les limites aux différentes études seront identifiées. Enfin, les perspectives, aussi bien en termes de recherches que d'applications cliniques et sociétales, seront étayées.

13.1. L'(auto)stigmatisation) des personnes suivies en psychiatrie

13.1.1. La stigmatisation publique

En France, plus de 2 millions de personnes sont suivies en psychiatrie chaque année et ces chiffres ne cessent d'augmenter (Cour des Comptes, 2022). On estime en effet qu'une personne sur trois sera concernée par un trouble psychique au cours de sa vie (Steel et al., 2014). Pourtant la psychiatrie demeure profondément stigmatisée. L'Association Mondiale de Psychiatrie affirme que cette forme de stigmatisation est "l'obstacle le plus important – plus encore que les troubles eux-mêmes - à la qualité de vie des usagers des services de psychiatrie et des membres de leur famille" (World Psychiatric Association, 2019). La nature extrêmement préjudiciable

de la stigmatisation a été mise en avant également par la Commission du Lancet sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (Thornicroft et al. 2022), qui a déclaré que la stigmatisation des maladies mentales "contrevient aux droits fondamentaux de l'Homme et a des effets toxiques graves qui exacerbent la marginalisation et l'exclusion sociale des personnes suivies en psychiatrie » (p. 1438). Cette thèse s'inscrit dans le plan d'action pour la santé mentale développé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2021 qui vise « un monde dans lequel la santé mentale est valorisée et promue afin que tous les citoyens puissent atteindre le niveau de santé le plus élevé et participer pleinement à la société et au travail, sans subir de stigmatisation ou discrimination » (Organisation mondiale de la santé, 2021, p. 4).

Dans le premier axe de nos contributions empiriques nous avions pour objectif d'examiner deux étapes de notre modèle théorique. Premièrement, dans l'**Article 1** (Riebel et al., en préparation), nous avons souhaité évaluer la stigmatisation publique envers les PSP à travers un paradigme expérimental innovant. En effet, afin de contourner les limites des mesures auto-rapportées et mesures indirectes traditionnelles, nous avons adapté la *Visual Approach Avoidance Task by the Self* (Rougier et al., 2018) afin de mesurer les tendances spontanées d'approche et d'évitement face à des stimuli appartenant à deux catégories : des problèmes de santé mentale et des problèmes de santé physique. Alors que nous émettions l'hypothèse que les attitudes seraient plus négatives à l'égard des difficultés psychiques en comparaison aux difficultés physiques, nos résultats ont démontré l'inverse. En effet, les étudiants qui ont participé à notre étude en ligne étaient plus rapides pour s'approcher des difficultés psychiques et plus lents pour s'en éloigner par rapport aux difficultés physiques, indiquant alors des attitudes plus favorables vis-à-vis des PSP. Dans l'Article 1, nous avons apporté plusieurs pistes de réflexion par rapport à ces résultats. Notamment, la plus grande sensibilisation à la santé mentale des étudiants ces dernières années pourrait être un facteur explicatif de ces attitudes. La théorie de la menace symbolique peut offrir une perspective intéressante sur cette question

(Stephan & Stephan, 2000). Selon cette théorie, les attitudes peuvent être prédites par quatre facteurs : la perception des menaces réalistes, la perception des menaces symboliques, les stéréotypes négatifs et l'anxiété intergroupe. Les maladies physiques - visibles et potentiellement contagieuses – pourraient être perçues comme une menace plus immédiate et concrète, tandis que les troubles psychiques, bien que stigmatisés, pourraient être perçus comme moins menaçants pour les valeurs culturelles ou l'identité du groupe. Lorsque nous avons répliqué notre premier protocole expérimental en y intégrant des mesures des menaces perçues selon le Modèle Sociofonctionnel du Préjudice (Cottrel & Neuberg, 2006), la menace perçue pour la santé modère le biais en faveur de la santé mentale, soutenant alors cette explication. Les futures recherches pourraient viser à répliquer notre paradigme expérimental auprès d'une autre population, par exemple, des adultes en activité (plus âgés que les étudiants interrogés et potentiellement moins sensibilisés aux questions de santé mentale).

Une autre piste de réflexion apparait vis-à-vis des autres identités stigmatisées. Il pourrait en effet être utile de reproduire notre étude en changeant la catégorie à laquelle nous avons comparé les attitudes à l'égard de la santé mentale. Par exemple, nous pourrions remplacer la catégorie « conditions physiques » par l'orientation sexuelle (Kaniuka et al., 2019) ou l'ethnicité (Kapadia et al., 2023) afin d'examiner si, tout comme dans nos résultats, les étudiants ont des attitudes plus favorables à l'égard des personnes suivies en psychiatrie comparativement à d'autres groupes stigmatisés – que le stigmate soit visible (ethnicité) ou non (orientation sexuelle). Cela permettrait en effet de mettre en perspectives nos résultats et de mieux en comprendre les antécédents. Quels sont les groupes les plus stigmatisés et quels sont les facteurs explicatifs de ces attitudes ? Il est en effet essentiel de déployer ces connaissances pour élaborer des programmes de lutte efficace contre la stigmatisation. En utilisant la méthodologie des focus groups pour explorer l'expérience du double stigmate (troubles psychiques et LGBTQ+), Kanuika et collaborateurs (2019) ont mis en évidence que les individus rapportent que la

stigmatisation liée à la santé mentale est plus présente et plus pénible que celle liée à l'orientation sexuelle. A partir de ces résultats, on pourrait donc supposer que les attitudes examinées par le biais de la VAAST seraient plus favorables envers l'orientation sexuelle que les troubles psychiques mais cela reste à vérifier à l'aide de méthodologies expérimentales.

13.1.2. L'autostigmatisation

Le cœur de la thèse s'articule autour d'une meilleure compréhension de l'autostigmatisation des PSP et des leviers pour la combattre. Nous avons mené plusieurs études visant à répondre à cette ambition. En effet, dans les **Articles 2** (Riebel et al., soumis) et **3** (Riebel et al., en cours d'expertise), nous avons examiné les relations entre l'autostigmatisation, la honte et la réduction du sentiment d'efficacité personnel ainsi que la détresse psychologique. Nous avons évalué ces relations, dans un premier temps, auprès d'étudiants universitaires, puis auprès d'individus autistes. Dans les deux cas, nous avons évalué l'effet modérateur de l'autocompassion dispositionnelle. En effet, comme nous l'avons proposé à partir des résultats de Rüsch et al. (2009), des facteurs intra-individuels peuvent protéger ou non de la stigmatisation publique en influençant l'évaluation personnelle du stress perçu de la stigmatisation. Par exemple, la sensibilité au rejet semble être un facteur augmentant le risque d'internalisation de la stigmatisation, conduisant à l'auto-stigmatisation (Jussim et al., 2000). A l'inverse, l'autocompassion pourrait augmenter les ressources personnelles et donc engendrer une moindre évaluation du stress perçu de la stigmatisation. D'autre part, l'autocompassion est susceptible de réduire les conséquences néfastes de l'autostigmatisation en agissant sur la réduction de la honte.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à l'autocompassion en tant que cible thérapeutique chez les PSP présentant un haut niveau d'autostigmatisation. Dans l'étude de cas unique pré-expérimental, nous avons évalué l'intérêt de la thérapie fondée sur la compassion en format individuel pour réduire l'autostigmatisation d'un adulte autiste. Enfin, l'étude

contrôlée randomisée en cours d'inclusion a comme objectif secondaire de déterminer, via des analyses de médiation, les facteurs explicatif de la diminution de l'autostigmatisation.

Nous pouvons tirer plusieurs éléments clefs des résultats de ces différentes études, même si certains résultats sont encore préliminaires. Premièrement, **l'autostigmatisation est très prévalente,** que ce soit en population générale, en population autiste ou en population psychiatrique. En effet, près de la moitié des étudiants interrogés ont déclaré avoir des problèmes de santé mentale et 16% présentaient des niveaux élevés d'autostigmatisation (**Article 2** ; Riebel et al., soumis). Chez les individus autistes, l'autostigmatisation est présente à niveau élevé pour 45,5% d'entre eux (**Article 3 ;** Riebel et al., en cours d'expertise). Le parcours clinique de Julian présenté dans l'**Article 5** (Riebel et al., 2024) illustre ce constat. Les pensées de Julian « *Je suis anormal et je mérite d'être puni, je dois m'isoler, je dois me faire du mal »* illustre la violence et les lourdes conséquences de l'autostigmatisation dans l'autisme. La prévalence que nous avons déterminé auprès d'un large échantillon d'adultes autistes (n= 689 ; Article 3) est plus près de deux fois plus élevée que dans d'autres études qui s'y sont intéressées. Dans la discussion de notre article, nous identifions plusieurs raisons à cela et faisons notamment l'hypothèse que l'adaptation proposée dans notre étude de l'ISMI a permis de mieux capturer l'autostigmatisation liée à l'autisme que dans les autres études (e.g. Dubreucq et al., 2021). Nous avons en effet proposé aux participants de choisir la terminologie préférée pour parler de l'autisme et les questions de l'échelle prenaient ensuite en compte cette préférence personnelle.

Un deuxième résultat clef de ces études est la **très forte prévalence de la dépression et sa corrélation avec l'autostigmatisation.** Chez les étudiants, 55% rapportent des symptômes de dépression modérés à extrêmement sévères et dans la population autiste cela concerne près des trois quarts des participants (73%). Ces résultats rejoignent ceux de certaines études menées en population autiste qui avaient observé des prévalences de dépression chez

plus de 70% des personnes autistes suivies en psychiatrie (Charlot et al., 2008). Néanmoins, la prévalence que nous avons observée est plus élevée que celle suggérée dans une méta-analyse (Lai et al., 2019). Cela peut être liée à un biais d'échantillonnage. En effet, il est possible que les participants qui ont souhaité contribuer à notre étude se sentaient particulièrement concernés par la santé mentale. Globalement, nos résultats en populations étudiante et autiste rejoignent les différentes revues systématiques et métanalyses qui indiquent une forte corrélation entre l'autostigmatisation et la dépression (e.g. Dubreucq et al., 2021, Livingston et Boyd, 2010). Par ailleurs, il est utile de noter ici que bien que l'existence d'un lien étroit entre l'autostigmatisation et la dépression est très claire, la direction de cette relation est parfois questionnée. Dans les articles 2 et 3, nous avons examiné la dépression en tant que conséquence de l'autostigmatisation. A l'inverse, Gilkes et collègues (2019) ont observé que la sévérité de la dépression prédit l'autostigmatisation des personnes avec un trouble bipolaire. Dans la schizophrénie, d'autres auteurs ont démontré des relations fortes et mutuelles (e.g. Lysaker et al., 2013; Schrank et al., 2014; Yanos et al., 2010). Il semble alors que la causalité entre l'autostigmatisation et la dépression est bidirectionnelle : les perceptions négatives de soi, du monde et de l'avenir qui caractérisent la dépression peuvent engendrer l'autostigmatisation (e.g. Hasan, & Musleh, 2018) et l'autostigmatisation peut elle aussi entraîner de la dépression (e.g. Corrigan et al., 2019).

Troisièmement, **l'autostigmatisation est négativement et modérément corrélée à l'efficacité personnelle.** En effet, nous avons observé chez les étudiants que davantage d'autostigmatisation est liée à un sentiment d'efficacité personnel réduit. L'efficacité personnelle est définie comme la croyance en sa capacité à atteindre ses objectifs (Bandura, 1997) et est associée à la résilience et la persévérance (Bandura, 1986). Ce résultat soutient le modèle théorique de l'autostigmatisation et ses conséquences, en particulier l'effet à quoi bon (Corrigan et al., 2009). Il serait pertinent d'examiner si cette même relation entre

l'autostigmatisation et l'efficacité personnelle est présente en population autiste. Cela est en effet important car ce lien est bien établi chez les personnes suivies en psychiatrie (e.g. Corrigan et al. 2006) mais nous ne savons pas si cela diffère dans l'autisme. L'efficacité personnelle rend la poursuite de ses objectifs personnels possible malgré les difficultés rencontrées et contribue ainsi à l'épanouissement personnel. Elle contribue également à s'impliquer dans les soins et favorise ainsi une meilleure santé mentale (Corrigan et al., 2009).

13.1.3. L'évaluation du stress lié à la stigmatisation

Une étape centrale du cadre théorique de la thèse est l'évaluation du stress perçu de la stigmatisation résultant en la résistance à la stigmatisation ou à son internalisation. Une limite importante de la thèse réside par conséquent dans le fait que nous n'avons pas interrogé l'évaluation du stress perçu de la stigmatisation ni les facteurs personnels qui pourraient l'influencer tels que le niveau d'insight, des facteurs neurocognitifs ou le sentiment d'appartenance au groupe stigmatisé. Ce travail ouvre donc de nouvelles questions de recherche. Comment mesurer efficacement le stress perçu de la stigmatisation ? Cette explication de la résistance à la stigmatisation est-elle soutenue par des données empiriques ? On pourrait ainsi imaginer un protocole de recherche longitudinal impliquant des évaluations répétées des expériences vécues de discrimination, du stress perçu de la stigmatisation, de la perception de ses capacités de coping et de l'autostigmatisation. Une recherche longitudinale pourrait en effet permettre d'élucider la présence ou non de relations causales entre ces éléments. En 2015, l'équipe de Corrigan a adapté une mesure d'évaluation du stress à partir du modèle de Lazarus et Folman (1984) pour mesurer le stress perçu lié à la stigmatisation. L'échelle est composée de 4 items représentant la première évaluation du préjudice perçu de la stigmatisation (« les préjugés envers les personnes qui ont des troubles psychiques aura un

impact très négatif sur ma vie ») et 4 items mesurent l'évaluation de ses ressources pour y faire face (« j'ai les ressources dont j'ai besoin pour gérer les problèmes engendrés par les préjugés envers les personnes qui ont des troubles psychiques »). Il pourrait être pertinent de traduire et valider en France cette mesure afin de l'intégrer aux recherches s'intéressant à l'autostigmatisation.

13.1.4. Qu'en est-il des identités stigmatisées multiples ?

Un autre aspect essentiel à prendre en compte est la question de l'intersectionnalité. En effet, être porteur de plusieurs stigmates entraîne un effet cumulatif négatif qui détériore les ressources personnelles pour faire face à la stigmatisation (Kidd et al., 2011). On pourrait donc supposer que le fait d'appartenir à deux groupes stigmatisés (par exemple, les personnes suivies en psychiatrie et le groupe LGBTQ+) augmenterait la vulnérabilité à l'internalisation de la stigmatisation. En effet, il semblerait que la stigmatisation publique soit plus importante dans ces situations. Par exemple, la théorie de l'invisibilité de l'intersectionnalité (Purdie-Vaughns & Eibach, 2008) propose que les personnes ayant plusieurs identités stigmatisées sont susceptibles d'être invisibilisées parce qu'elles ne correspondent pas au prototype cognitif de chacun des groupes qui les compose. Cette théorie est soutenue par les résultats récents d'expérimentations dans le cadre de l'ethnicité et de l'orientation sexuelle (Sternberg et al., 2024).

Les études concernant l'autostigmatisation des individus avec plusieurs identités stigmatisées sont néanmoins limitées (Livingston & Boyd, 2010). Certains auteurs s'y sont intéressés et ont amené l'idée de la double aliénation (Kidd et al., 2011 ; Harris & Licata, 2000 ; O'Connor et al., 2018) : les individus se sentent souvent obligés de cacher leur orientation sexuelle ou leur identité de genre dans les établissements de santé mentale, tout en ayant le sentiment que les mentions de leur troubles psychiques sont souvent mal accueillies dans les

communautés *queer*. L'étude menée par l'équipe de O'Connor et Yanos (2018) a utilisé une méthodologie mixte (auto-questionnaires et focus groups) afin d'éclaircir l'expérience de la double stigmatisation. En utilisant l'échelle ISMI, la même mesure de l'autostigmatisation que celle utilisée dans cette thèse, les auteurs ont mis en évidence une discrimination et une autostigmatisation spécifiques à l'intersection des deux identités. Ils ont également montré que l'autostigmatisation en lien avec la psychiatrie est plus importante que celle liée au fait d'être *queer*, décrivant les expériences de stigmatisation et d'autostigmatisation en rapport avec les troubles psychiques comme étant plus fréquentes et plus douloureuses que celles associées à l'identité LGBTQ+.

Pour ces raisons, nous avons décidé d'interroger, dans l'étude contrôlée randomisée présentée dans le dernier chapitre de nos contributions empiriques, les différentes identités stigmatisées au moment de l'entretien d'inclusion à l'étude des participants. Pour ce faire, nous demandons aux participants d'évaluer à quel degré, selon une échelle de Likert en 5 points, ils sont d'accord avec les propositions suivantes : « Je me suis déjà senti-e discriminé-e vis-à-vis de 1. Mon identité de genre ; 2. Mon orientation sexuelle ; 3. Ma religion ou mes pratiques spirituelle ; 4. Ma consommation de substances ou mon addiction ; 5. Mon origine ethnique ; 6. Ma catégorie socio-professionnelle ; 7. Ma maladie / mon trouble visible ; 8. Ma maladie / mon trouble invisible ; 9. Mon apparence physique ». A notre connaissance, les autres programmes d'interventions pour réduire l'autostigmatisation en psychiatrie (voir chapitre 5) n'ont pas pris en compte la question de l'intersectionnalité dans l'analyse de l'efficacité des interventions. Avec cette mesure, nous pourrons évaluer si la présence de plusieurs identité stigmatisées influence l'efficacité des interventions

13.2. Les aspects émotionnels de l'autostigmatisation

"*Quel est le sceau de la liberté acquise ? Ne plus avoir honte de soi-même.*"

Friedrich Nietzsche

13.2.1. La place centrale de la honte dans l'autostigmatisation

Un postulat fondamental du cadre théorique de la thèse est le rôle central de la honte dans l'autostigmatisation. Cette émotion est pourtant souvent laissée de côté du fait de ses caractéristiques propres : elle pousse à se cacher, à dissimuler ou masquer ses difficultés. Malgré le fait qu'elle soit source d'une grande souffrance (Gilbert, 1998), elle est trop rarement mentionnée dans les échanges avec les personnes qui la vivent de manière exacerbée. En effet, la honte est considérée comme l'une des émotions de la conscience de soi la plus intense et douloureuse (Tangney & Dearing, 2002). Nous avons consacré le Chapitre 3 de la Partie 1 à comprendre cette émotion et l'avons conceptualisée du point de vue de la psychologie évolutionniste. Pour résumer, la honte peut être comprise comme une réaction défensive involontaire en réponse à la menace de notre statut social. Elle permet ainsi de nous signaler des perturbations potentielles de notre rang social et nos relations interpersonnelles. Selon les psychologues évolutionnistes, cette émotion permet ainsi d'atténuer les dommages causés par le risque de rejet, d'exclusion ou d'attaque et contribue ainsi à préserver la cohésion du groupe et augmente donc les chances de survie (Gilbert, 2007). Nous avons ensuite mis en évidence les liens étroits entre la honte et l'anxiété sociale. Cette dernière, comme la honte, semble avoir évolué pour minimiser les dommages à la position sociale (Gilboa-Schechtman et al., 2014). Dans **l'Article 1,** nous avons pu observer que la honte externe (et non la honte interne) et l'anxiété modèrent les attitudes envers les problèmes de santé (physique et mentale). Ce résultat

est consistant avec la notion que la honte (externe) et l'anxiété sociale représentent un construit très similaire.

De plus, nos résultats aux différentes études présentées dans l'axe 1 de nos contributions empiriques indiquent que **la honte joue un rôle médiateur significatif dans les relations entre l'autostigmatisation et ses conséquences négatives** (augmentation de la détresse psychologique, réduction du sentiment d'efficacité personnelle). En effet, dans les deux études transversales (**Article 2 et Article** 3), menées respectivement auprès des étudiants et des adultes autistes, les analyses de médiations appuient notre modèle théorique. Cela met en avant que la honte constitue une cible de traitement pertinente pour réduire les conséquences néfastes de l'autostigmatisation. De plus, nos résultats indiquent également que **des niveaux d'autocompassion élevés modèrent l'influence médiatrice de la honte** (**Article 2 et Article 3**), soutenant notre cadre théorique et notre hypothèse quant au rôle protecteur de l'autocompassion face aux conséquences de l'autostigmatisation. Les résultats de l'étude de cas unique (**Article 5 ;** Riebel et al., 2024) semblent également soutenir ce cadre théorique en suggérant que l'apprentissage de l'autocompassion est lié à la réduction de la honte du participant. L'intensité et surtout la fréquence de la honte journalière auto-rapportée a diminué de manière significative à partir de la phase de conceptualisation de cas puis tout au long de la thérapie ainsi que pendant la période follow-up, en parallèle de l'augmentation de l'autocompassion. Le participant a décrit ce changement *« Je me montre tel que je suis, je n'ai plus aucun désir d'être un caméléon parce que je sais que c'est destructeur. Je n'ai plus besoin de me cacher* » illustrant une plus grande acceptation de lui-même. De même, l'étude de faisabilité du programme groupal de **TFC (Article 4 ;** Riebel & Weiner, 2023), appuie également cette notion : l'apprentissage de l'autocompassion semble avoir entraîné une diminution de la honte et des symptômes dépressifs et anxieux chez des personnes suivies en psychiatrie pour plusieurs troubles. Ces propos d'un des participants au groupe illustre la

diminution de la honte et de sa tendance à l'action : « *J'ai plus de facilité à m'ouvrir à quelque chose de plus vulnérable chez moi et moins envie de m'en cacher. ».* Néanmoins, bien que ces résultats semblent suggérer que l'augmentation de l'autocompassion a diminué la honte, ils ne permettent pas d'en affirmer la causalité. C'est pourquoi dans l'étude contrôlée randomisée en cours (PHRC COMPASS ; Article 6 ; Riebel et al., 2024), nous avons prévu d'examiner de manière rigoureuse les mécanismes explicatifs des changements des scores d'autostigmatisation. En effet, des analyses de médiation évalueront les effets des changements d'autocompassion, de honte et de régulation émotionnelle sur les interactions entre le traitement (TFC / Ending Self-Stigma / TAU) et l'autostigmatisation. Nous évaluerons ici un nouveau construit, la régulation émotionnelle. Il est possible que la régulation émotionnelle joue un rôle important dans l'autostigmatisation et plus particulièrement dans son traitement par la thérapie fondée sur la compassion. En effet, l'autocompassion semble permettre une meilleure régulation émotionnelle (pour une revue systématique, voir Inwood & Ferrari, 2018). Parce que nous n'avons pourtant pas encore abordé cette question dans les travaux de la thèse, nous soulignerons désormais en quoi cela pourrait être utile dans de prochaines recherches.

13.2.2. Quels sont les liens entre la régulation émotionnelle et l'autostigmatisation ?

La régulation émotionnelle est définie par Gross (2015) comme la capacité à observer, évaluer ou modifier ses réactions émotionnelles, notamment en termes d'intensité ou de temporalité, afin d'atteindre ses objectifs. Elle peut être automatique ou choisie, réalisée de manière interne ou avec un soutien externe et concerne les émotions agréables et désagréables (Ting & Weiss, 2017; Bargh & Williams, 2007; Carl et al., 2013). La régulation émotionnelle fait partie de différents mécanismes identifiés pour faire face aux différences expériences de stigmatisation (Hatzenbuehler et al., 2013). Les personnes stigmatisées se retrouvent en effet

souvent obligées d'utiliser (et épuiser) leur maîtrise d'elles-mêmes pour gérer leur identité stigmatisée (Inzlicht et al., 2006). Cela prend souvent la forme d'un recours à des stratégies de régulation des émotions, efficaces à court terme. Hatzenbuehler, Link et Phelan (2013) expliquent comment au fil du temps, l'effort requis pour faire face à la stigmatisation diminue les ressources psychologiques des individus et donc leur capacité à réguler leurs émotions de manière adaptative, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur la santé mentale (Sheppes et al., 2015) et physique (Hatzenbuehler et al., 2013). Nous verrons ici, dans un premier temps, en quoi la régulation émotionnelle pourrait être impliquée dans la (non-)résistance à la stigmatisation. Et dans un second temps, nous examinerons l'intérêt de la régulation émotionnelle comme une compétence qui peut s'entraîner, notamment via un entraînement à l'autocompassion, pour faire faire à l'autostigmatisation.

Premièrement, plusieurs travaux indiquent que les personnes stigmatisées s'engagent dans des stratégies de régulation des émotions non-adaptatives, par exemple la rumination, qui produisent des symptômes plus importants de détresse psychologique (Hatzenbuehler, 2009 ; Hatzenbuehler et al., 2009). Ces résultats mettent en avant que les processus de régulation des émotions semblent avoir une fonction médiatrice dans le lien entre la stigmatisation et ses conséquences. Une étude utilisant des techniques de neuroimageries et des évaluations neuropsychologiques avait pour objectif d'examiner le rôle de la régulation émotionnelle dans la résistance à la stigmatisation et son internalisation (Raij et al., 2014). Parce que les questionnaires auto-rapportés présentent de nombreuses limites (que nous avons soulignés dans **l'Article 1**), cette étude a privilégié des mesures indirectes pour évaluer les associations non conscientes entre la schizophrénie et la perception d'être socialement inférieur aux autres. Les chercheurs ont également exploré la neurobiologie de la stigmatisation à l'aide de l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). Ils ont en effet examiné l'activation de

l'amygdale cérébrale dans la régulation du cortex médian préfrontal (mPFC[16]) chez des personnes ayant une schizophrénie en comparaison à des personnes non suivies en psychiatrie. La partie ventrale du mPFC a été ciblée car d'autres travaux ont permis de l'associer à la régulation émotionnelle et au contrôle de l'amygdale (Etkin et al., 2011). Les résultats de ces chercheurs indiquent que les forces d'association implicites entre la schizophrénie et la perception d'infériorité sociale étaient inversement corrélées aux forces d'activation du mPFC pendant le traitement de la catégorie schizophrénie chez les patients atteints de schizophrénie. Autrement dit, plus la stigmatisation envers la schizophrénie était élevée, moindre était l'activité des régions cérébrales pour la régulation émotionnelle. Ces résultats en neuroimagerie avec une tâche expérimentale suggèrent que l'autostigmatisation est liée à moins de régulation émotionnelle. Appuyant cette idée, l'étude transversale par auto-questionnaires de Bloch et collègues (2024), également dans le cadre de la schizophrénie, suggère que la dysrégulation émotionnelle influe sur l'autostigmatisation par le biais des symptômes dépressifs. Cela met en avant que la régulation émotionnelle pourrait être un facteur personnel influençant l'évaluation du stress lié à la stigmatisation et jouant alors un rôle dans l'internalisation de la stigmatisation.

Deuxièmement, de nombreuses études s'accordent pour conclure que l'autocompassion prédit le recours à des stratégies de régulation émotionnelle plus adaptées (e.g. Finlay-Jones et al., 2015; Inwood & Ferrari, 2018; Paucsik et al., 2020). Cela rejoint le cadre théorique de Wong et al. (2019) (Voir chapitre 4, Partie 4.4) concernant l'intérêt de l'autocompassion pour prévenir l'internalisation de la stigmatisation. L'un des mécanismes d'action de l'autocompassion proposés par cette équipe est en effet une amélioration de la régulation émotionnelle. Il aurait

Marie Riebel | Université de Strasbourg

[16] Cette région cérébrale est connue pour est associée à l'optimisme chez les sujets sains et elle est sous activée dans la dépression et les troubles anxieux (Feder et al., 2009).

par conséquent pu être intéressant dans les études présentées dans l'axe 1 d'ajouter une mesure de régulation émotionnelle, par exemple, la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS ; Hallion et al., 2018) afin de confirmer le rôle de la régulation émotionnelle en comparaison à celui plus global de l'autocompassion. Il semble en effet que les personnes faisant preuve de plus de compassion pour elles-mêmes ont davantage conscience de leurs émotions, peuvent les accueillir, les comprendre et les tolérer même lorsqu'elles sont douloureuses. Les travaux de thèse de Marine Paucsik (2022) étayent ces résultats en expliquant que les personnes qui ont plus d'autocompassion identifient avec plus de précision les sensations physiques associées aux émotions, restent engagées dans leurs objectifs quelle que soit l'émotion présente, peuvent s'apaiser et se rassurer quand elles en ont besoin. On peut supposer qu'en plus de contribuer directement à la résistance à la stigmatisation, la régulation émotionnelle peut également agir en favorisant les interactions sociales positives, augmentant alors le soutien social (Cutrona & Russel, 2017). Néanmoins, les liens entre la régulation émotionnelle et l'autocompassion reste à examiner dans la cadre de la stigmatisation.

C'est ce que nous sommes actuellement en train d'évaluer dans le cadre d'une étude supplémentaire menée par notre équipe et non présentée dans la thèse :

Riebel M., Charles E. & Weiner L. (in preparation). Compassion Focused Therapy for self-stigma and emotional dysregulation in bipolar disorder: a single case experimental study.

Cette étude a obtenu un avis favorable du Comité d'Éthique de la Faculté de Médecine et est pré-enregistrée sur Clinical Trials (NCT06497868). Elle vise à examiner comment l'augmentation de l'autocompassion par le biais de la TFC augmente la régulation émotionnelle et diminue ainsi la honte et l'autostigmatisation. Il s'agit d'une étude de cas unique expérimental de la TFC avec une personne ayant un trouble bipolaire et une forte

autostigmatisation liée à la dysrégulation émotionnelle. La thérapie ainsi que la période de follow-up sont terminés et l'analyse des résultats est en cours. Dans cette étude, le programme thérapeutique Compass a été adapté à la problématique personnalisée de la patiente, en se centrant sur la dysrégulation émotionnelle.

Une des limites importantes des études présentées dans la thèse, et liée à la question de la régulation émotionnelle, est l'utilisation de mesures auto-rapportées pour évaluer la honte. A cela s'ajoute le fait que dans les études transversales examinant le rôle modérateur de l'autocompassion, nous avons mesuré l'autocompassion dispositionnelle à l'aide de l'échelle d'autocompassion (SCS ; Raes & Neff, 2011). Nous n'avons donc pas induit, de manière expérimentale, l'autocompassion pour observer son effet sur la honte. Nous sommes en train de répondre à ces deux limites dans une nouvelle étude en associant des mesures physiologiques à une manipulation expérimentale d'induction de l'autocompassion. Il s'agit d'un article en préparation menée en collaboration avec le laboratoire ICube et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Durpoix A., Riebel M., Wild B., Moog C. Capobianco A., Mengin A. (in preparation). Compassion Focused Therapy – What are the psychophysiological effects of a compassionate imagery task? A randomized controlled trial on healthy subjects.

Dans cette étude nous évaluons le ressenti subjectif et des marqueurs physiologiques d'une imagerie compassionnée guidée en vidéo. En effet, des mesures auto-rapportées mais aussi une mesure de la variabilité du rythme cardiaque sont utilisées. Nous évaluons ainsi l'effet de la pratique d'imagerie « l'idéal de compassion » que nous proposons dans le programme Compass (https://www.youtube.com/watch?v=Dwp36maZnxs&t=1s&pp=ygUUaWTDqWFsIGRlIGNvbXBhc3Npb24%3D) en comparaison à une vidéo neutre. Cette étude a reçu un avis favorable

du Comité d'Éthique de l'Université de Strasbourg (CER-2022-41) et nous avons terminé le recueil des données. La collaboration entre une équipe clinique et une équipe spécialisée dans la modélisation informatique et le traitement des données garantit l'optimisation du traitement de telles données.

13.3. L'intérêt de la Thérapie Fondée sur la Compassion pour l'autostigmatisation

14.3.1. Conception du programme Compass

Un résultat central présenté dans l'axe 1 de nos recherches transversales est que **l'autocompassion modère les conséquences négatives de l'autostigmatisation par son action sur la honte.** Ces résultats apportent un soutien empirique au cadre théorique proposé dans la thèse concernant le rôle protecteur de l'autocompassion sur l'autostigmatisation. Ce résultat est cohérent avec les conclusions de plusieurs revues systématiques concernant l'utilité potentielle des interventions basées sur la pleine conscience (*mindulness*) et/ou de la "troisième vague" des TCC (Hayes, 2004) pour lutter contre l'autostigmatisation et la honte (Goffnett et al., 2020 ; Griffiths et al., 2018 ; Westerman et al., 2020). Ces interventions sont différentes des TCC de 2ème vague ou TCC dites « classiques » car elles ne visent pas le changement de contenu, d'intensité ou de fréquence des pensées, mais plutôt la fonction, la flexibilité psychologique et la relation entretenue avec ces pensées (Hayes et al., 2011). Ces thérapies sont caractérisées par des éléments centraux comme la pleine conscience, la notion d'acceptation, les valeurs et le contexte relationnel dans lequel les pensées, comportements et émotions existent (Dimidjian et al., 2016). La Thérapie Fondée sur la Compassion a été spécifiquement

conçue pour les personnes qui éprouvent de la honte et entretiennent une relation douloureuse à elles-mêmes (Gilbert, 2010).

C'est pourquoi dans le deuxième axe de nos recherches nous avons appliqué ces connaissances en développant et évaluant un programme de thérapie fondée sur la compassion pour l'autostigmatisation, le programme Compass.

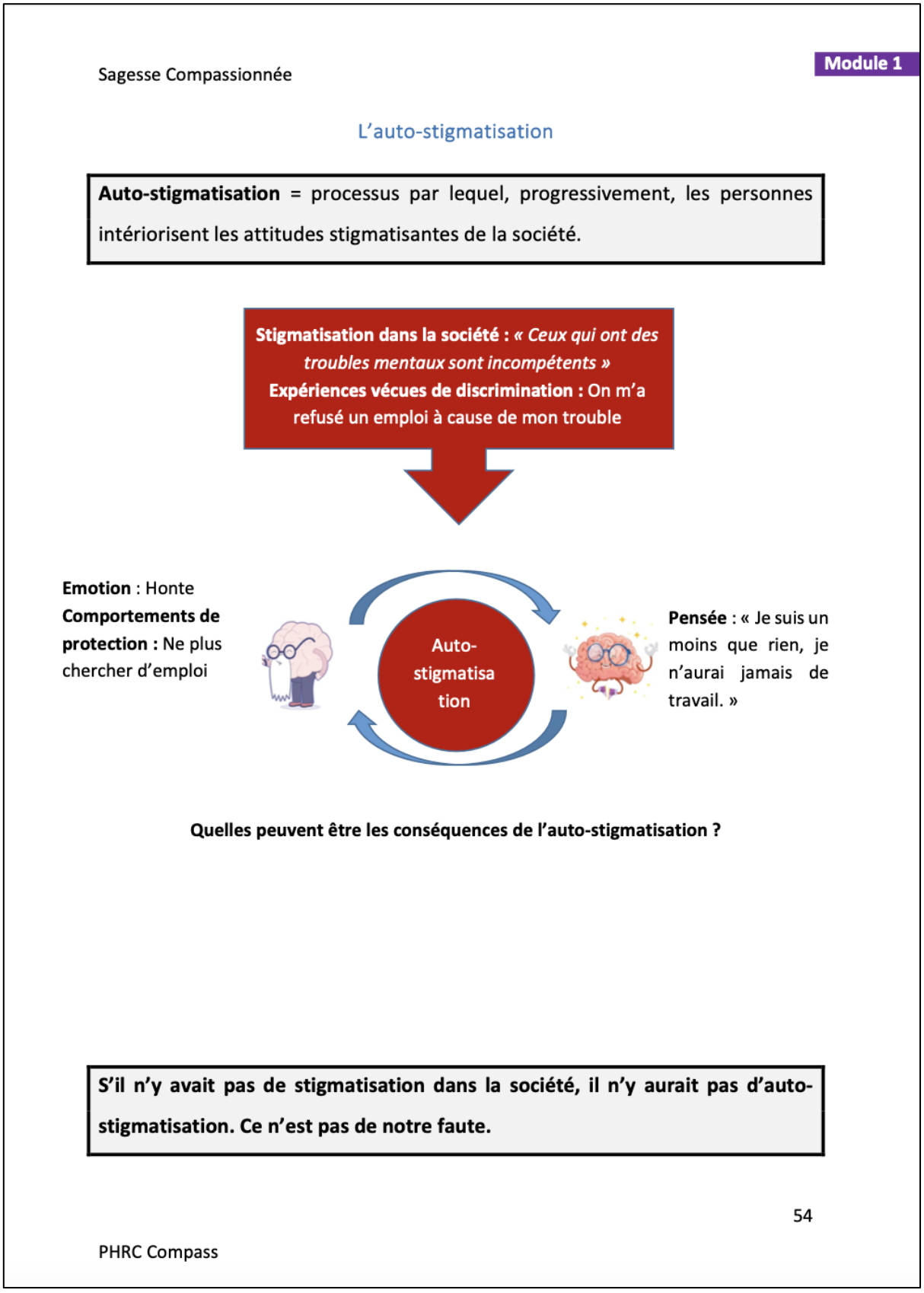
La première étape a été de concevoir le programme thérapeutique, définir le contenu des séances ainsi que les pratiques clefs. Pour ce faire, j'ai suivi plusieurs formations avancées à la thérapie fondée sur la compassion et nous avons échangé avec plusieurs cliniciens et chercheurs accomplis dans ce domaine. Par exemple, Malin Tronje (psychologue et formatrice en TFC) a relu la première version de notre cahier d'accompagnement. Nous avons également organisé une réunion avec le Professeur Paul Gilbert (le fondateur de la TFC) et Kate Lucre (PhD), spécialiste de la TFC en format groupal, afin d'échanger sur le programme thérapeutique Compass. Avec le souci d'améliorer le contenu du programme et de l'évaluer de manière robuste, nous avons suivi les recommandations pour l'élaboration et l'évaluation des psychothérapies présentées dans l'ouvrage *The Oxford Handbook of Research Strategies for Clinical Psychology* (McLeod et al., 2013). En effet, plusieurs méta-analyses évaluant l'efficacité de la TFC ont souligné la nécessité de mener des études interventionnelles qui s'appuient sur des méthodes robustes, avec par exemple, des groupes contrôles actifs afin de contrôler les effets non-spécifiques à la thérapie (Kirby et al., 2017 ; Pettrucci et al., 2024). C'est pourquoi nous avons suivi une logique progressive dans l'évaluation du programme Compass en adaptant les méthodologies aux différentes visées des recherches.

D'abord, nous avons conduit une étude pilote de faisabilité du programme groupal en 12 séances (**Article 4)** et conduit des entretiens qualitatifs pour recueillir l'expérience du vécu des participants et des pistes d'amélioration de la thérapie. À la suite de cela, nous avons transformé certaines séances pour cibler plus explicitement l'autostigmatisation. Cela nous a permis par

exemple d'introduire dans la Séance 4 des éléments de psychoéducation sur la stigmatisation publique et l'autostigmatisation qui s'insèrent dans les éléments clefs plus généraux de la psychoéducation en TFC [17](voir Figure 13 avec un extrait du cahier à destination des patients).

[17] Les éléments clefs de psychoéducation en TFC auxquels nous faisons référence ici incluent le modèle des trois cercles, le cerveau complexe (*tricky brain),* et la construction sociale de soi.

Figure 13 : *Extrait de la Séance 4 centrée sur l'autostigmatisation (Compass)*



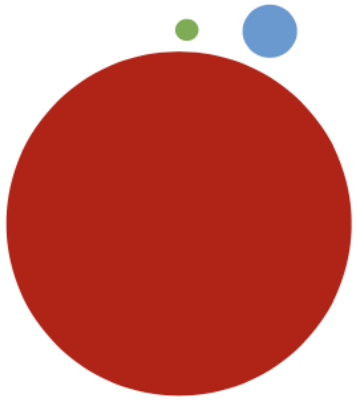
Sagesse Compassionnée

Module 1

Fiche 4.2. : Auto-observation du Soi Stigmatisé

Revoir le schéma personnalisé du processus de l'auto-stigmatisation et apprendre à remarquer quand cette partie de soi (Le Soi Stigmatisé) est activée.

Exemple :

Quelle était la situation ?	**Quelle est la (les) boucle(s) vieux-cerveau – nouveau cerveau ?** **Vieux cerveau :**	**Nouveau cerveau :**	**A quoi ressemblent mes trois cercles ?**	**De quoi aurais-je besoin pour équilibrer mes cercles ?**
Je rencontre quelqu'un de nouveau et quand je lui explique que je vois un psychiatre, il me dit « Ah mais c'est pour les fous ça ! »	**Emotions :** *Honte* *Déception* *Tristesse* *Colère* **Comportement de protection :** *Je ne dis rien, je perds mes moyens*	**Pensées :** *« Il ne va plus vouloir me parler, je n'aurai jamais d'ami, peut-être qu'il a raison, je suis fou / folle. »*		*De me sentir compris.e et soutenu.e* *De défendre mes droits* *Appeler une personne qui m'accepte et me comprend* *Moins de stigmatisation dans la société, que les gens se renseignent mieux sur les troubles psy*

Ce programme modifié a ensuite été évalué par le biais d'une étude contrôlée où nous l'avons comparé au programme Ending Self Stigma (nous n'avons pas présenté ces résultats dans la thèse mais ils ont fait l'objet de communications scientifiques[18]). Troisièmement, nous avons réalisé une étude de cas unique pré-expérimental afin d'évaluer plus précisément l'intérêt de chaque séance du programme et sa faisabilité dans l'autisme (**Article 5**). Enfin, l'étude contrôlée randomisée multicentrique (**Article 6)** a pour objectif d'évaluer l'efficacité de cette thérapie pour l'autostigmatisation avec une méthodologie rigoureuse. En effet, cette étude associe plusieurs outils de mesures (auto et hétéro questionnaires, mesures indirectes, entretiens semi-directifs), un large échantillon (n = 336), des méthodes statistiques robustes (e.g. analyses bayésiennes) et se déroule dans plusieurs centres hospitaliers.

A la suite de l'évaluation rigoureuse du programme Compass, notre prochain objectif sera de le rendre accessible au plus grand nombre. En effet, dans un objectif de dissémination du programme Compass, nous avons entamé des démarches auprès d'un éditeur spécialisé pour publier le cahier d'accompagnement de la thérapie ainsi que le guide que nous avons développé pour les thérapeutes. En attendant, le manuel de thérapie est disponible à la consultation en suivant ce lien :

http://osf.io/s92dm/?view_only=f509f0356aa94f158010259f8d0f187

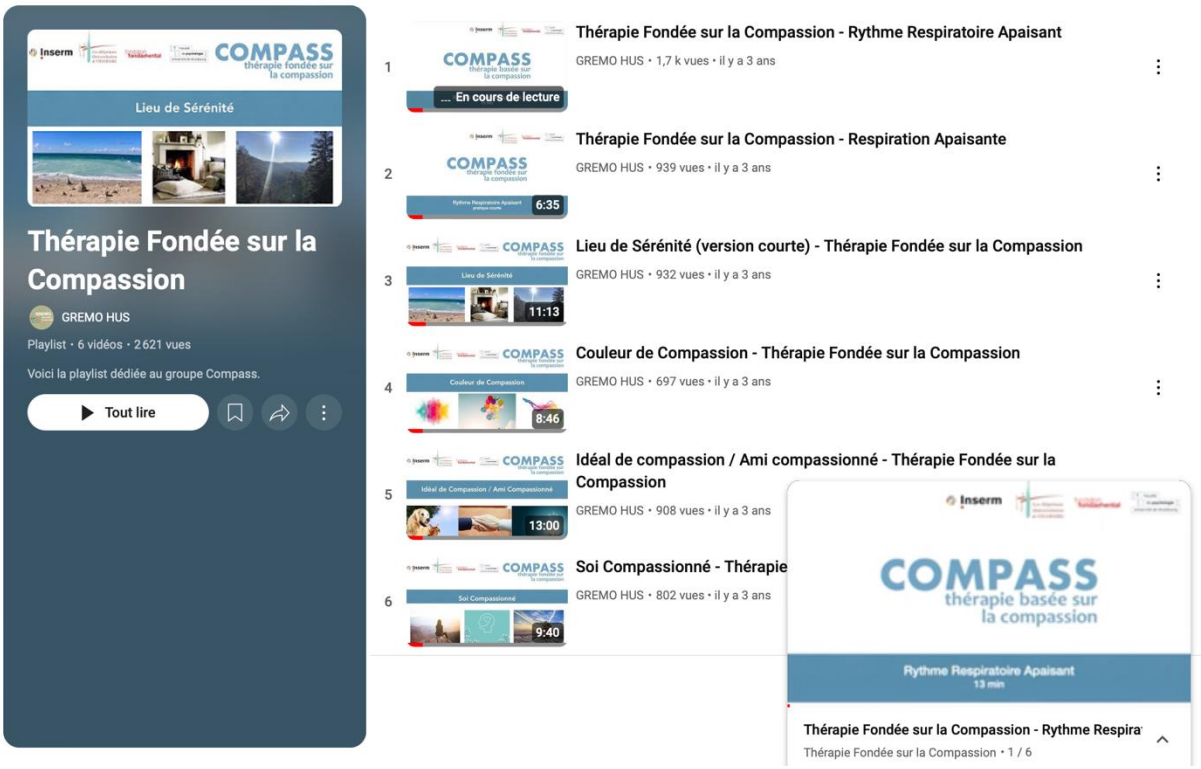
Les vidéos avec les pratiques clefs du programme sont disponibles gratuitement sur YouTube (voir Figure 14) en suivant ce lien :

[18] Riebel, M. (2022, décembre). La Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC) pour lutter contre l'auto-stigmatisation associée aux troubles psychiatriques : une étude contrôlée randomisée multicentrique. *50ème Congrès de l'AFTCC;* 10/12/2022, Paris

Marie Riebel | Université de Strasbourg

https://youtube.com/playlist?list=PL0yjCwxuHM65s1PF1IbW_sxL2lwuOJHe&si=pPtq3uzyBbPFqgHq

Figure 14 : *Playlist Youtube du groupe Compass*



13.3.2. Efficacité de la TFC pour l'autostigmatisation

Les résultats principaux issus recherches interventionnelles sont premièrement que la **Thérapie Fondée sur la Compassion pour l'autostigmatisation est faisable et bien acceptée** que ce soit en groupe transdiagnostique ou en thérapie individuelle. Deuxièmement, les résultats, bien que préliminaires, semblent indiquer que la **thérapie permet une augmentation de l'autocompassion** (« *J'apprends à désapprendre la fatalité, à avoir plus tolérance envers moi-même et plus de perspectives pour l'avenir. Je suis en train de trouver le bon équilibre entre accepter mes difficultés actuelles et me construire un avenir qui m'importe. » participant au groupe pilote, voir Chapitre 11)***, une réduction de la honte (**« *... c'est pas parce que j'ai un parcours différent, que… j'suis moins bien qu'eux. … Et euh, j'me dis que... par rapport aux*

autres, ce que j'ai changé, c'est que […] je m'accepte mieux face aux autres, quoi, c'est ça…Voilà », *participant au groupe Compass, voir Chapitre 13*)**, une réduction de l'autostigmatisation** (« *J'suis moins dans une torn-, dans des boucles infernales, et tout ça, à me, à m'autodénigrer, m'auto euh m'auto-stigmatiser, à m'autodétruire* », *participant au groupe Compass, voir Chapitre 13)* **et une amélioration des symptomatologies dépressive et anxieuse**. Néanmoins, c'est l'étude contrôlée randomisée qui permettra de confirmer ou d'infirmer, en tout cas, d'affiner, ces résultats préliminaires. Nos résultats concernant l'autocompassion, la honte et les symptomatologies rejoignent les conclusions de la récente méta-analyse sur la TFC de Pettruci et collègues (2024). Concernant l'autostigmatisation, la revue systématique des interventions de pleine conscience et de TCC de 3ème vague a identifié que l'entraînement à l'autocompassion est une piste à poursuivre pour réduire l'autostigmatisation (Stynes et al., 2022). Ces auteurs notent qu'aucune étude n'existe, à ce jour, pour comparer via un essai contrôlé randomisé, l'effet de la TFC à un groupe contrôle actif sur l'autostigmatisation. Les résultats de plusieurs études avec pour mesure principale, la honte, suggère néanmoins que la TFC réduit de manière significative la honte par rapport à des conditions actives (Dupasquier et al, 2020 ; Johnson & O'Brien, 2013 ; Sirois et al, 2019). Ces résultats sont toutefois à mettre en perspectives avec les résultats de deux études n'ayant pas trouvé de différence par rapport aux conditions contrôles actives (Dupasquier et al., 2020; Kelly et al., 2009). L'étude de Dupasquier (2020) a été menée auprès d'étudiantes et ne consistait pas en une psychothérapie mais d'exercices centrés sur l'autocompassion / l'estime de soi / neutre. L'étude de Johnshon et O'Brien (2013) consistait également en des exercices d'écriture. Les participants ont été assignés aléatoirement à écrire au sujet d'une expérience vécue de honte avec autocompassion / exprimer leurs sentiments à ce sujet par écrit / ne rien faire. On note donc qu'il n'existe à notre connaissance pas de données comparant des programmes thérapeutiques centrés sur la compassion et des thérapies contrôles pour réduire

l'autostigmatisation. Toutefois, Skinta et al., (2015) ont réalisé une étude pilote (sans groupe contrôle) d'un programme qui intègre la thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT, Hayes et al., 2006) et la TFC pour réduire la stigmatisation liée au fait d'être séropositif. Les résultats préliminaires sont prometteurs et suggèrent que cette thérapie groupale intégrative pourrait réduire l'autostigmatisation des hommes séropositifs. De même, l'étude pilote d'une intervention groupale de TFC intensive en 2 jours semble réduire l'autostigmatisation liée au poids, résultat maintenu au follow-up de 3 mois (Forbes et al., 2020). Néanmoins la généralisation des résultats de ces deux études est limitée par les petites tailles d'échantillon (respectivement, 8 hommes séropositifs et 15 femmes en surpoids).

Finalement, les résultats de nos études examinant la TFC pour l'autostigmatisation sont prometteurs et corroborent les résultats des études préliminaires réalisées auprès d'autres personnes aux identités stigmatisées. Cela souligne l'intérêt grandissant de poursuivre les recherches en ce sens. L'étude contrôlée randomisée en cours d'inclusion (**Article 6)** répondra au manque de données dans la littérature scientifique concernant l'efficacité de la TFC pour l'autostigmatisation en proposant le plus large essai contrôlé randomisé de la TFC à ce jour. Il permettra également d'élucider les facteurs médiateurs du changement thérapeutique en testant les potentiels effets médiateurs de la honte, l'autocompassion et de la régulation émotionnelle.

13.2.3. Les perspectives pour le programme Compass

Le programme Compass s'inscrit dans une approche transdiagnostique centrée sur les processus. C'est-à-dire que l'intervention applique les mêmes principes de traitement pour différents diagnostiques sans protocole spécialisé pour chaque trouble (McEvoy et al., 2009). Les thérapies transdiagnostiques sont présentées comme un choix efficace par rapport aux protocoles centrés sur un seul diagnostic (Craig et al., 2020). Les raisons de l'intérêt grandissant des cliniciens pour les thérapies transdiagnostiques sont plurielles. D'abord, en psychiatrie, les

comorbidités sont la norme plutôt que l'exception. De plus, les centres de soins en santé mentale doivent répondre à des besoins des usagers de plus en plus importants, avec des ressources financières et humaines de plus en plus limitées. Pour faire face à ces défis, de nombreux services de psychiatrie se tournent vers les interventions groupales plutôt qu'individuelles car elles sont plus économiques. Il est par conséquent absolument nécessaire de développer des interventions transdiagnostiques efficaces pour répondre aux besoins accrus de la psychiatrie. En se focalisant sur l'autostigmatisation, le programme Compass s'inscrit dans une démarche transdiagnostique et cherche à répondre aux défis actuels de la psychiatrie.

Au-delà des aspects pratiques et économiques, nos résultats préliminaires suggèrent un réel intérêt clinique à la modalité groupale. En effet, l'un des trois thèmes identifiés à partir des entretiens post-thérapie des participants au groupe pilote (**Article 4**) est **la réduction de l'isolement**, « *Avec le groupe, je suis pas seul, ça m'aide beaucoup, ça permet ensuite de prendre soin de soi. »*. La réduction de l'isolement a également été rapportée par les participants au premier groupe Compass de l'étude contrôlée randomisée en cours (**Article 6**) **:** *« C'est bien, on a pu travailler en groupe, et c'était euh, ça permettait de confronter ce qu'on pensait, tout ça, nos expériences. C'est toujours ' ah tiens ! mais j'ai dit ça, moi je suis d'accord, moi j'ai vécu la même chose'. Enfin, voilà, à chaque fois on se retrouvait un peu, je pense dans ce que l'autre disait ».*

L'approche groupale transdiagnostique peut néanmoins présenter certaines limites. En effet, le temps limité des séances groupales ne permet pas toujours de répondre aux problématiques individuelles ou de s'adapter aux besoins de chacun. Par exemple, dans l'étude pilote (**Article 4**), nous avons observé que le parcours de la patiente autiste était différent de celui des autres participants, avec notamment une augmentation de l'autocompassion différée par rapport aux autres participants, et dans un premier temps, l'augmentation de la honte. Il est possible que ces résultats au niveau de la honte auto-rapportée soit liés à l'alexithymie de la

patiente, qui aurait diminué progressivement avec l'apprentissage de l'autocompassion. Afin de mieux comprendre les mécanismes potentiellement en jeu dans la TFC pour l'autostigmatisation liée à l'autisme, nous avons conduit une étude de cas unique pré-expérimental avec un adulte autiste (**Article 5**). La thérapie individuelle, à l'inverse de la modalité groupale, a permis d'adapter le contenu des séances aux particularités du patient, en liant notamment les éléments théoriques et pratiques de la TFC à ses intérêts spécifiques. Nous avons également pu allonger le nombre des séances afin de prendre le temps de conceptualiser précisément les difficultés, de répondre aux obstacles rencontrés et d'adapter le programme aux situations quotidiennes et actuelles du patient. Plusieurs des participants aux groupes ont d'ailleurs souligné qu'ils auraient apprécié un allongement de la thérapie : « *On était plusieurs à se dire que c'aurait pu durer plus longtemps » « Bah, peut-être avoir plus de temps pour échanger avec les participants. Sur leurs expériences. Enfin, échanger par rapport aux expériences de chacun »*. C'est pourquoi, dans la future dissémination du programme Compass, nous suggérerons de voir les séances comme des modules qui peuvent s'étaler sur plusieurs sessions de thérapie. Cela permettrait aux thérapeutes d'accorder plus de temps aux échanges entre les participants autour des pratiques personnelles entre les séances, ce qui, nous l'avons vu, contribue à réduire l'isolement et à augmenter le sentiment d'humanité commune.

En lien avec la réduction de l'isolement, qui est un des problèmes majeurs de l'autostigmatisation (Livingston & Boyd, 2010), nous avons identifié d'autres pistes à explorer pour améliorer le traitement de l'autostigmatisation en psychiatrie. L'inclusion d'un membre de la famille ou du cercle amical à des séances ciblées pourrait être bénéfique. En effet, les résultats d'une étude qualitatives comprenant plus de 50 entretiens conduits avec des personnes présentant des troubles psychiques sévères suggèrent que la famille joue un rôle important dans le rétablissement des PSP (Aldersey & Whitley, 2015). La famille peut à la fois faciliter et faire obstacle au processus de rétablissement. Il a ainsi été identifié que les membres de la famille

favorisent le rétablissement par le soutien psychologique, les aides pratiques et l'optimisme vis-à-vis du rétablissement de leur proche. A l'inverse, en agissant en tant que facteur de stress, en montrant de l'incompréhension et des attitudes stigmatisantes et en forçant les hospitalisations, la famille peut freiner le rétablissement fonctionnel. Intégrer les membres de la famille aux séances de psychoéducation sur la stigmatisation et l'autostigmatisation ainsi que sur les séances centrées sur la compassion pour autrui pourraient contribuer à augmenter les facteurs favorisant le rétablissement et diminuer les obstacles familiaux. Appuyant cette idée, des participants au premier groupe Compass mené par le centre partenaire de Bordeaux ont justement exprimé leur souhait d'inviter un proche aux séances de Compass. Dans cette même perspective, une piste supplémentaire serait de développer une version de Compass destinée aux proches volontaires. En prenant exemple sur les retours très encourageants de Connexion Familiale - un programme de thérapie comportementale dialectique (TCD) destiné aux proches de personnes avec un trouble de personnalité borderline qui suivent elles-mêmes une TCD (Cohen et al., 2024) - nous nous pourrions développer une version de Compass destinée aux proches. Cela permettrait de réduire la stigmatisation au sein même des familles et ainsi rompre l'isolement et la honte qui touchent bien trop souvent les proches des PSP. L'étude pilote de l'intérêt de deux groupes de TFC menés en parallèle, un groupe pour des adolescents suivis en psychiatrie et l'autre pour leurs parents, soutien l'intérêt d'inclure les proches dans la thérapie pour réduire les facteurs de stress des PSP (Bratt et al., 2020).

Une autre piste d'amélioration de Compass est l'ajout d'une séance spécifique à la question du dévoilement de son trouble. En effet, nous avons déjà intégré à Compass une séance concernant l'affirmation de soi compassionné et plusieurs participants ont à cette occasion questionné le fait de révéler ou non leur trouble dans des contextes de relations amicales et professionnelles. Nous pourrions par exemple nous appuyer sur les résultats encourageants du programme *Coming Out Proud* (Corrigan et al., 2015) qui consiste en trois séances centrées sur

une réflexion autour des coûts et bénéfices du dévoilement de son trouble et un accompagnement comprenant des stratégies pour le faire de la manière la plus adaptée à chaque situation. Une décision personnelle sur le dévoilement ou non de son trouble entrerait tout à fait dans la perspective d'un passage de la honte à l'empowerment et pourrait favoriser plus de soutien social. Un essai clinique randomisé de l'étude l'intervention *Honest, Open, and Proud-College* (HOP-C) - une intervention contre la stigmatisation en santé mentale animée par des pairs en petits groupes - a montré que les jeunes diplômés qui dévoilent leur état de santé mentale de manière appropriée réduisaient leur niveau d'autostigmatisation et renforçaient leur confiance dans leurs ressources personnelles pour gérer leur santé mentale (Conley et al., 2020). Ces résultats semblent suggérer que l'ingrédient clé n'est pas la divulgation en soi, mais le partage avec des personnes qui les soutiennent et dont ils sont convaincus qu'elles ne les discrimineront pas ou ne les rejetteront pas (Camacho et al., 2020).

13.3. Conclusions et perspectives plus larges de lutte contre l'autostigmatisation

Le modèle de la stigmatisation et de la discrimination en santé (*Health stigma and discrimination framework* ; HSDF, Stangl et al., 2019) présenté dans le Chapitre 1 met en avant les différents niveaux auxquels la stigmatisation prend place avant d'entraîner l'autostigmatisation. Ce modèle souligne qu'il est essentiel de cibler la stigmatisation institutionnelle en intervenant auprès des personnels de santé. Les résultats qualitatifs de Schulze et Angermeyer (2003) ainsi que la revue de Schulze (2007) indiquent justement que la première source de stigmatisation envers les PSP est le contact avec les services et professionnels de soin en santé mentale. Pour mieux comprendre les causes de ce problème

fondamental et d'y apporter des solutions efficaces, le programme français STIGMApro[19] porté par l'Université de Bordeaux développe et évalue une intervention basée sur les preuves scientifiques (*evidence based practice*) pour réduire les pratiques stigmatisantes dans les soins de santé mentale (Valery et al. 2023).

Globalement les résultats de la présente thèse indiquent un intérêt à intégrer les notions de compassion dans les interventions qui visent à réduire l'autostigmatisation. On pourrait donc supposer qu'un entraînement à la compassion pour les professionnels de santé contribuerait à une diminution des attitudes stigmatisantes envers les PSP. Le programme *Compassionate Mind Training* développé par Irons et Heriot-Maitland (2021) à destination du grand public est une piste intéressante. Il a été adapté en différents formats (par exemple, une formation de 2 jours pour les infirmiers en psychiatrie) (McEwan et al., 2020). Le *Compassionate Mind Training* (CMT) est une approche centrée sur la personne qui s'appuie sur le modèle empirique biopsychosocial, ancré dans la théorie de l'attachement, la théorie de l'évolution et la théorie des mentalités sociales (voir Chapitre 5 qui présente les fondements de la Thérapie Fondée sur la Compassion). Le CMT est une intervention centrée sur la régulation des émotions et, pour cette raison, on peut supposer qu'elle est particulièrement utile dans les environnements de travail très stressants tels que les services de psychiatrie (McEwans et al., 2020). Les résultats de McEwans et collègues indiquent qu'un an après l'intervention, les infirmiers qui ont suivi le CMT rapportent en avoir tiré des bénéfices importants, notamment pour les soins prodigués aux PSP. Ces résultats sont concordants avec la conception des soins compassionnés

[19] Des informations concernant STIGMApro sont accessibles ici : https://www.firah.org/upload/l-appel-a-projets/projets-laureats/2017/stigmapro/valery_guionnet_prouteau_2023_programme_de_resistance_au_stigma_l-intervention_stigmapro.pdf

Marie Riebel | Université de Strasbourg

(*compassionate care)* proposés par l'équipe de Crawford et Gilbert (2014) qui suggère que la mise en place d'un environnement accueillant, la promotion de l'(auto)-compassion, la formation des professionnels de santé à la compassion et l'implication des utilisateurs de services, des praticiens et des dirigeants dans la création des structures de soin pourraient favoriser un environnement de travail plus empreint de compassion et plus éthique. Bien que l'impact de ce type d'initiatives sur la stigmatisation n'ait pas encore été examiné, cela pourrait contribuer à favoriser le bien-être des professionnels, réduire les attitudes stigmatisantes et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins des PSP.

En conclusion, cette thèse souligne non seulement l'ampleur de l'autostigmatisation en psychiatrie, mais propose également une voie prometteuse vers le rétablissement. Nos travaux appellent à une révolution dans la prise en charge psychiatrique : intégrer la compassion comme levier de changement pourrait significativement diminuer le poids de l'autostigmatisation, transformer la honte en acceptation et globalement contribuer à une meilleure qualité de vie des personnes suivies en psychiatrie. En cultivant l'(auto)-compassion, nous ouvrons la voie à un bénéfice partagé qui s'étend au-delà des patients, touchant également leurs proches et pouvant également enrichir profondément l'expérience des professionnels de santé.

En plaçant la compassion au cœur de nos pratiques cliniques, de recherche et de nos interactions quotidiennes, nous pouvons construire une société plus inclusive, où l'acceptation et l'entraide priment sur la stigmatisation.

Bibliographie

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological review*, *96*(2), 358.

Aldersey, H. M., & Whitley, R. (2015). Family influence in recovery from severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, *51*, 467-476.

Alonso, M., Guillén, A. I., & Munõz, M. (2019). Interventions to Reduce Internalized Stigma in individuals with Mental Illness: A Systematic Review. *Spanish Journal of Psychology*. https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9

American Psychiatric Association. (2022). Bipolar and related disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x03_Bipolar_and_Related_Disorders

Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: Patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*, *50*(2). https://doi.org/10.1177/0020764004043115

Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(8), 457-463.

Aubé, B., Follenfant, A., Goudeau, S., & Derguy, C. (2021). Public stigma of autism spectrum disorder at school: Implicit attitudes matter. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*, 1584-1597.

Aube, B., Rohmer, O., & Yzerbyt, V. (2022). How threatening are people with mental disability? it depends on the type of threat and the disability. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03655-1

Aydemir, O., & Akkaya, C. (2011). Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients. *Acta Neuropsychiatrica*, *23*(5), 224–228. https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2011.00565.x

Bachmann, C. J., Höfer, J., Kamp-Becker, I., Küpper, C., Poustka, L., Roepke, S., Roessner, V., Stroth, S., Wolff, N., & Hoffmann, F. (2019). Internalised stigma in adults with autism: A German multi-center survey. *Psychiatry Research*, *276*, 94–99. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.023

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York (NY): W.H. Freeman.

Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). The nonconscious regulation of emotion. *Handbook of emotion regulation*, *1*, 429-445.

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2010). The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): Development and psychometric evaluation of a new instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *19*(4). https://doi.org/10.1002/mpr.325

Bastart, J., Rohmer, O., & Popa-Roch, M. A. (2021). Legitimating discrimination against students with disability in school: The role of justifications of discriminatory behavior. *International Review of Social Psychology*, *34*(1).

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Publications.

Bessenoff, G. R., & Sherman, J. W. (2000). Automatic and controlled components of prejudice toward fat people: Evaluation versus stereotype activation. *Social cognition*, *18*(4), 329-353.

Bilodeau, I. (2024). *Les représentations sociales des troubles mentaux dans les médias écrits francophones* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Chicoutimi).

Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(5), 1025–1037. https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.011

Bloch Raz, S., Igra, L., Lavi-Rotenberg, A., Pijnenborg, G. H. M., van der Meer, L., & Hasson-Ohayon, I. (2024). Emotion regulation and self-stigma among people with schizophrenia: The mediating role of depression. Stigma and Health. https://doi.org/10.1037/sah0000541

Botha, M., & Frost, D. M. (2020). Extending the Minority Stress Model to Understand Mental Health Problems Experienced by the Autistic Population. *Society and Mental Health*, *10*(1), 20–34. https://doi.org/10.1177/2156869318804297

Botha, M., Dibb, B., & Frost, D. M. (2022). "Autism is me": an investigation of how autistic individuals make sense of autism and stigma. *Disability and Society*, *37*(3), 427–453. https://doi.org/10.1080/09687599.2020.1822782

Bourguignon, D., & Herman, G. (2018). Le chômage une différence qui stigmatise. *Psychologie de la discrimination et des préjugés, De Boeck Superieur*, 101-118.

Bowlby, J. (2018). The nature of the child's tie to his mother 1. In *Influential Papers from the 1950s* (pp. 222-273). Routledge.

Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. In *Comprehensive Psychiatry* (Vol. 55, Issue 1, pp. 221–231). https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.06.005

Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility

randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, *52*(2), 199–214. https://doi.org/10.1111/bjc.12009

Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*(1), 135–149. https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.135

Bratt, A. S., Rusner, M., & Svensson, I. (2020). An exploration of group-based compassion-focused therapy for adolescents and their parents. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *8*(1), 38-47.

Breen, W. E., Kashdan, T. B., Lenser, M. L., & Fincham, F. D. (2010). Gratitude and forgiveness: Convergence and divergence on self-report and informant ratings. *Personality and individual differences*, *49*(8), 932-937.

Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-Compassion Increases Self-Improvement Motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *38*(9), 1133–1143. https://doi.org/10.1177/0146167212445599

Brenner, R. E., Heath, P. J., Vogel, D. L., & Credé, M. (2017). Two is more valid than one: Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale (SCS). *Journal of counseling psychology*, *64*(6), 696.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). Mindful attention awareness scale. *Journal of personality and social psychology*.

Büchter, R. B., & Messer Melanie. (2017). *Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials Interventionen zur Reduktion der Selbststigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: eine systematische Übersicht von randomisiert-kontrollierten Studien*. https://clinicaltrials.gov/

Burwell, R. A., & Bias, S. (2024). Mental health self-stigma: links with social self-worth contingencies and ally support. *Cogent Mental Health*, *3*(1), 1-26.

Cabral, J., & Pinto, T. M. (2023). Gender, Shame, and Social Support in LGBTQI+ Exposed to Discrimination: A Model for Understanding the Impact on Mental Health. *Social Sciences*, *12*(8). https://doi.org/10.3390/socsci12080454

Cacciapaglia, H. M., Beauchamp, K. L., & Howells, G. N. (2004). Visibility of disability: effect on willingness to interact. *Rehabilitation Psychology*, *49*(2), 180.

Callow, T. J., Moffitt, R. L., & Neumann, D. L. (2021). External shame and its association with depression and anxiety: The moderating role of self-compassion. *Australian Psychologist*, *56*(1), 70-80.

Camacho, G., Reinka, M. A., & Quinn, D. M. (2020). Disclosure and concealment of stigmatized identities. *Current Opinion in Psychology*, *31*, 28-32.

Cândea, D. M., & Szentagotai-Tăta, A. (2018). Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. In *Journal of Anxiety Disorders* (Vol. 58). https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.07.005

Cândea, D. M., & Szentágotai, A. (2013). Shame and psychopathology: From research to clinical practice. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, *13*(1).

Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical psychology review*, *33*(3), 343-360.

Carter, C. S. (2014). Oxytocin pathways and the evolution of human behavior. *Annual review of psychology*, *65*(1), 17-39.

Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism*, *9*(1). https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4

Cervello, S., Arfeuillère, S., & Caria, A. (2017). Schizophrenia in movies: On-screen representations and fight against stigma. *L'Information Psychiatrique*, *93*(6), 507-516.

Chan, K. K. S., Tsui, J. K. C., & Tang, A. T. Y. (2023). Longitudinal Impact of Self-Compassion and Psychological Flexibility on Mental Illness Recovery: The Mediating Roles of Self-Stigma and Mental Health Service Engagement. *Mindfulness*, *14*(5). https://doi.org/10.1007/s12671-023-02127-2

Chan, R. C., Mak, W. W., & Lam, M. Y. (2018). Self-stigma and empowerment as mediating mechanisms between ingroup perceptions and recovery among people with mental illness. *Stigma and Health*, *3*(3), 283.

Chan, S. K. W., Kao, S. Y. S., Leung, S. L., Hui, C. L. M., Lee, E. H. M., Chang, W. C., & Chen, E. Y. H. (2019). Relationship between neurocognitive function and clinical symptoms with self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of Mental Health*, *28*(6), 583–588. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340599

Charlot, L., Deutsch, C. K., Albert, A., Hunt, A., Connor, D. F., & McIlvane Jr, W. J. (2008). Mood and anxiety symptoms in psychiatric inpatients with autism spectrum disorder and depression. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, *1*(4), 238-253.

Chaudoir, S. R., Earnshaw, V. A., & Andel, S. (2013). "Discredited" Versus "Discreditable": Understanding How Shared and Unique Stigma Mechanisms Affect Psychological and Physical Health Disparities. *Basic and Applied Social Psychology*, *35*(1), 75–87. https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746612

Cohen, S., Salamin, V., Perroud, N., Dieben, K., Ducasse, D., Durpoix, A., ... & Speranza, M. (2024). Group intervention for family members of people with borderline personality disorder based on Dialectical Behavior Therapy: Implementation of the Family Connections® program in France and Switzerland. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *11*(1), 16.

Conley, C. S., Hundert, C. G., Charles, J. L., Huguenel, B. M., Al-khouja, M., Qin, S., ... & Corrigan, P. W. (2020). Honest, open, proud–college: Effectiveness of a peer-led small-group intervention for reducing the stigma of mental illness. *Stigma and Health*, *5*(2), 168.

Rostaing, C. (2015). Stigmate. Les 100 mots de la sociologie, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », p. 100.

Correll, J., & Park, B. (2005). A model of the ingroup as a social resource. *Personality and Social Psychology Review*, *9*(4), 341-359.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*(7), 614–625. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614

Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. In *Journal of Mental Health* (Vol. 13, Issue 6, pp. 537–548). https://doi.org/10.1080/09638230400017004

Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(8), 464-469.

Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. Journal of psychosocial nursing and mental health services, 46(1), 42-48.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. In *Clinical Psychology: Science and Practice* (Vol. 9, Issue 1). https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.35

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, *15*(2), 37-70.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Del Rossi, R., Fontecchio, M. J., ... & Rüsch, N. (2015). Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*, *229*(1-2), 148-154.

Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia bulletin*, *30*(3), 481-491.

Corrigan, P. W., Nieweglowski, K., & Sayer, J. (2019). Self-stigma and the mediating impact of the "why try" effect on depression. *Journal of Community Psychology*, *47*(3), 698-705.

Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, *189*(3), 339–343. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self–stigma of mental illness: Implications for self–esteem and self–efficacy. *Journal of social and clinical psychology*, *25*(8), 875-884.

Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and Social Behavior*, 162-179.

Corrigan, W., Larson, J., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices - CORRIGAN -. *World Psychiatry*, *8*, 75–81.

Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Castilho, P. (2016). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clinical psychology & psychotherapy*, *23*(5), 460-468.

Cottrell, C. A., & Neuberg, S. L. (2005). Different emotional reactions to different groups: a sociofunctional threat-based approach to" prejudice". *Journal of personality and social psychology*, *88*(5), 770.

Cour des Comptes. (2022). La psychiatrie : des progrès à poursuivre. https://www.ccomptes.fr/fr/documents/67005

Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. In *Expert Review of Neurotherapeutics* (Vol. 20, Issue 4, pp. 385–400). Taylor and Francis Ltd. https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184

Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., & Gilbert, P. (2014). The design of compassionate care. *Journal of clinical nursing*, *23*(23-24), 3589-3599.

Crocker, J. Major B. Steele C (1998). In: Gilbert, DT.; Fiske, ST., editors. The handbook of social psychology. Vol. 4. Vol. 2. McGraw-Hill; New York: 1998. p. 504-553. Social stigma. *The handbook of social psychology*, *2*, 504-553.

Croizet, J. C., & Leyens, J. P. (2003). *Mauvaises réputations: Réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*. Armand Colin.

Croker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. *The handbook of social psychology*, *2*, 504-553.

Cuppage, J., Baird, K., Gibson, J., Booth, R., & Hevey, D. (2018). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology*, *57*(2), 240–254. https://doi.org/10.1111/bjc.12162

Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (2017). Autonomy promotion, responsiveness, and emotion regulation promote effective social support in times of stress. *Current Opinion in Psychology*, *13*, 126-130.

Dachez, J., Ndobo, A., & Navarro Carrascal, O. (2016). Représentation sociale de l'autisme. *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, (4), 477-500

Dalai Lama (1995). The power of compassion. New Delhi: HarperCollins.

Dearing, R. L., & Tangney, J. P. E. (2011). *Shame in the therapy hour*. American Psychological Association.

Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, *58*, 43-51.

Dijker, A. J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and applied social psychology*, *25*(1), 51-68.

Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: A systematic review and critical examination of "third wave" cognitive and behavioral therapies. *Behavior therapy*, *47*(6), 886-905.

Doyle, D. M., & Molix, L. (2015). Social stigma and sexual minorities' romantic relationship functioning: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *41*(10), 1363-1381.

Drapalski, A. L., Lucksted, A., Brown, C. H., & Fang, L. J. (2021). Outcomes of ending self-stigma, a group intervention to reduce internalized stigma, among individuals with serious mental Illness. *Psychiatric Services*, *72*(2), 136–142. https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201900296

Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, *64*(3), 264–269. https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012

Dubreucq, J., & Franck, N. (2019). Neural and cognitive correlates of stigma and social rejection in individuals with Serious Mental Illness (SMI): A systematic review of the literature. *Psychiatry Research*, *274*, 146–158.

Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, *47*(5), 1261–1287. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181

Dubreucq, J., Plasse, J., Gabayet, F., Faraldo, M., Blanc, O., Chereau, I., Cervello, S., Couhet, G., Demily, C., Guillard-Bouhet, N., Gouache, B., Jaafari, N., Legrand, G., Legros-Lafarge, E., Pommier, R., Quilès, C., Straub, D., Verdoux, H., Vignaga, F., … Franck, N. (2020). Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *European Psychiatry*, *63*(1), e13. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.12

Dupasquier, J. R., Kelly, A. C., Moscovitch, D. A., & Vidovic, V. (2020). Cultivating self-compassion promotes disclosure of experiences that threaten self-esteem. *Cognitive Therapy and Research, 44*, 108-119.

Durpoix A., Riebel M., Wild B., Moog C. Capobianco A., Mengin A. (in preparation). *Compassion Focused Therapy – What are the psychophysiological effects of a compassionate imagery task? A randomized controlled trial on healthy subjects*.

Eccles, F. J. R., Sowter, N., Spokes, T., Zarotti, N., & Simpson, J. (2023). Stigma, self-compassion, and psychological distress among people with Parkinson's. *Disability and Rehabilitation*, *45*(3). https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2037743

Etkin, A., Egner, T., & Kalisch, R. (2011). Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences, 15*(2), 85-93.

Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Mackinnon, A. (2012). Web-based cognitive behavior therapy for depression with and without telephone tracking in a national

helpline: secondary outcomes from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(3), e1859.

Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual Review of Psychology*, *54*(1), 297-327.

Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(6), 446-457.

Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(4), 257–265. https://doi.org/10.1007/S00127-007-0299-4/TABLES/5

Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, *10*, 1455-1473.

Fessler, D. (2007). From appeasement to conformity. *Self-conscious emotions: Theory and Research*, 174-193.

Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS one*, *10*(7), e0133481.

Forbes, Y. N., Moffitt, R. L., Van Bokkel, M., & Donovan, C. L. (2020). Unburdening the Weight of Stigma: Findings From a Compassion-Focused Group Program for Women With Overweight and Obesity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *34*(4).

Fowke, A., Ross, S., & Ashcroft, K. (2012). Childhood maltreatment and internalized shame in adults with a diagnosis of bipolar disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(5), 450-457.

Fowler, C. A., Rempfer, M. V., Murphy, M. E., Barnes, A. L., & Hoover, E. D. (2015). Exploring the paradoxical effects of insight and stigma in psychological recovery. *North American Journal of Psychology*, *17*(1), 151-174.

Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and Health*, *3*(4), 348–376. https://doi.org/10.1037/sah0000104

Frable, D. E., Platt, L., & Hoey, S. (1998). Concealable stigmas and positive self-perceptions: feeling better around similar others. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(4), 909.

Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Cheung, W. ming. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *189*(2), 208–214. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.013

Gardner, W. L., Pickett, C. L., & Brewer, M. B. (2000). Social exclusion and selective memory: How the need to belong affects memory for social information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 486–496.

Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: an integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, *132*(5), 692.

Gilbert, P. (1998). What Is shame? Some core issues and controversies. In *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture* (Issue October).

Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *7*(3). https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U

Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach. In J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds), *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* (pp. 283-309). The Guilford Press.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15*(3). https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

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

Gilbert, P. (2019). Distinguishing shame, humiliation and guilt: An evolutionary functional analysis and compassion focused interventions. *The bright side of shame: Transforming and growing through practical applications in cultural contexts*, 413-431.

Gilbert, P. (2019). Explorations into the nature and function of compassion. *Current opinion in psychology*, *28*, 108-114.

Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. Oxford University Press, USA.

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In *Compassion* (pp. 263-325). Routledge.

Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to social put-down: It's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, *29*(4). https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00230-5

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. In *Clinical Psychology and Psychotherapy* (Vol. 13, Issue 6, pp. 353–379). https://doi.org/10.1002/cpp.507

Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, *49*(4), 563-576.

Gilboa-Schechtman, E., Shachar, I., & Helpman, L. (2014). Evolutionary perspective on social anxiety. In *Social anxiety* (pp. 599-622). Academic Press.

Gilkes, M., Perich, T., & Meade, T. (2019). Predictors of self-stigma in bipolar disorder: Depression, mania, and perceived cognitive function. *Stigma and Health*, *4*(3), 330.

Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology**, 70***, 491–512.

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, *136*(3), 351.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. AldineTransaction.

Goffman, E., & Kihm, A. (1975). *Stigmate: les usages sociaux des handicaps* (p. 175). Les éd. de minuit.

Goffnett, J., Liechty, J. M., & Kidder, E. (2020). Interventions to reduce shame: A systematic review. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, *30*(2), 141-160.

Göpfert, N. C., Conrad von Heydendorff, S., Dreßing, H., & Bailer, J. (2019). Applying Corrigan's progressive model of self-stigma to people with depression. *PloS one*, *14*(10), e0224418

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual differences*, *17*(5), 713-717.

Granjon, M., Rohmer, O., Popa-Roch, M., Aubé, B., & Sanrey, C. (2023). Disability stereotyping is shaped by stigma characteristics. *Group Processes & Intergroup Relations*, 13684302231208534.

Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(6), 1464.

Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *48*, 189-204.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, *26*(1), 1-26.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Mackinnon, A., Calear, A. L., Parsons, A., ... & Stanimirovic, R. (2012). Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(3), e69.

Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, *9*, 539.

Hansson, L., Lexén, A., & Holmén, J. (2017). The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*(11), 1415–1423. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1385-x

Harris, H. L., & Licata, F. (2000). From Fragmentation to Integration: Affirming the Identities of Culturally Diverse, Mentally 111 Lesbians and Gay Men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 11*(4), 93-103.

Hasan, A. A. H., & Musleh, M. (2018). Self-stigma by people diagnosed with schizophrenia, depression and anxiety: Cross-sectional survey design. *Perspectives in Psychiatric Care*, *54*(2), 142-148.

Hasson-Ohayon, I., Ehrlich-Ben Or, S., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Roe, D. (2012). Insight into mental illness and self-stigma: The mediating role of shame proneness. *Psychiatry Research*, *200*(2–3), 802–806. https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2012.07.038

Hatzenbuehler ML, Nolen-Hoeksema S, Dovidio J. (2009). How does stigma "get under the skin"?: the mediating role of emotion regulation. *Psychological Science*. 20(10), 1282-1289.

Hatzenbuehler ML. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*. 135(5), 707-730.

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Public Health*, *103*, 813–821. https://doi.org/10.2105/AJPH

Haute Autorite de Sante, H. A. (2013). Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. *Note d'orientation*, *9*.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, *35*(4), 639-665.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25.

Heard, D., & Lake, B. (2018). *The challenge of attachment for caregiving*. Routledge.

Heffernan, M., Quinn Griffin, M. T., McNulty, S. R., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, *16*(4), 366-373.

Helminen, E. C., Ducar, D. M., Scheer, J. R., Parke, K. L., Morton, M. L., & Felver, J. C. (2023). Self-compassion, minority stress, and mental health in sexual and gender minority populations: A meta-analysis and systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *30*(1), 26.

Henderson, M., Brooks, S. K., del Busso, L., Chalder, T., Harvey, S. B., Hotopf, M., Madan, I., & Hatch, S. (2012). Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open*, *2*, 1776. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012

Heriot-Maitland, C., McCarthy-Jones, S., Longden, E., & Gilbert, P. (2019). Compassion focused approaches to working with distressing voices. *Frontiers in Psychology*, *10*, 152.

Heriot-Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., & Irons, C. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, *53*(1), 78-94.

Hermanto, N., & Zuroff, D. C. (2016). The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving. *The Journal of Social Psychology*, *156*(5), 523–535. https://doi.org/10.1080/00224545.2015.1135779

Higgins, E. T., King, G. A., & Mavin, G. M. (1982). Individual construct accessibility and subjective impressions and recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(1), 35–47.

Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Lowe, B., Hauser, W., & Zenger, M. (2015). Self-Compassion as a Resource in the Self-Stigma Process of Overweight and Obese Individuals. *Obesity Facts*, *8*(5), 293–301. https://doi.org/10.1159/000438681

Hilton, J. L., & Von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, *47*(1), 237-271.

Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *4*(1), 367-393.

Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. In *Psychological Medicine* (Vol. 49, Issue 4). https://doi.org/10.1017/S0033291718002283

Hull, L., Mandy, W., Lai, M. C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. v. (2019). Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *49*(3), 819–833. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6

Icick, R., Kovess, V., Gasquet, I., & Lepine, J. P. (2014). Days out of role due to common mental and physical disorders: French results from the WHO World Mental Health surveys. *L'Encephale*, *40*(4), 338-344.

Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *10*(2), 215–235. https://doi.org/10.1111/aphw.12127

Inzlicht, M., McKay, L., & Aronson, J. (2006). Stigma as ego depletion: How being the target of prejudice affects self-control. *Psychological Science*, *17*(3), 262-269

Irons, C., & Heriot-Maitland, C. (2021). Compassionate mind training: An 8-week group for the general public. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *94*(3), 443-463.

Jackson-Best, F., & Edwards, N. (2018). Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC public health*, *18*, 1-19.

Johnson, E. A., & O'Brien, K. A. (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *Journal of social and Clinical Psychology*, *32*(9), 939-963.

Jost, J. T., Pelham, B. W., Sheldon, O., & Ni Sullivan, B. (2003). Social inequality and the reduction of ideological dissonance on behalf of the system: Evidence of enhanced system justification among the disadvantaged. *European Journal of Social Psychology*, *33*(1), 13-36.

Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, *5*(4), 420–429. https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.420

Jury, M., Perrin, A. L., Desombre, C., & Rohmer, O. (2021). Teachers' attitudes toward the inclusion of students with autism spectrum disorder: Impact of students' difficulties. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *83*, 101746.

Jussim, L., Palumbo, P., Chatman, C., Madon, S., & Smith, A. (2000). Stigma and self-fulfilling prophecies. *The Social Psychology of Stigma*, 374-418.

Kaniuka, A., Pugh, K. C., Jordan, M., Brooks, B., Dodd, J., Mann, A. K., ... & Hirsch, J. K. (2019). Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and

depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help?. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *23*(2), 205-220.

Kapadia, D. (2023). Stigma, mental illness & ethnicity: Time to centre racism and structural stigma. In *Sociology of Health and Illness* (Vol. 45, Issue 4, pp. 855–871). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1111/1467-9566.13615

Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, *33*, 301-313.

Kelson, J. N., Lam, M. K., Keep, M., & Campbell, A. J. (2017). Development and evaluation of an online acceptance and commitment therapy program for anxiety: phase I iterative design. *Journal of Technology in Human Services*, *35*(2), 135-151.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *18*(1), 23-33.

Kidd, S. A., Veltman, A., Gately, C., Chan, K. J., & Cohen, J. N. (2011). Lesbian, gay, and transgender persons with severe mental illness: Negotiating wellness in the context of multiple sources of stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *14*(1), 13-39.

Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, *137*(1). https://doi.org/10.1037/a0021466

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S., & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, *190*(MAR.), 248–254. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638

Kirby, J. N., Doty, J. R., Petrocchi, N., & Gilbert, P. (2017). The current and future role of heart rate variability for assessing and training compassion. *Frontiers in Public Health*, *5*, 40.

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. In *Behavior Therapy* (Vol. 48, Issue 6, pp. 778–792). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003

Kiropoulos, L. A., Griffiths, K. M., & Blashki, G. (2011). Effects of a multilingual information website intervention on the levels of depression literacy and depression-related stigma in Greek-born and Italian-born immigrants living in Australia: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(2), e1527.

Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLOS ONE*, *11*(4), e0152880. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0152880

Kowalski, R. M., & Peipert, A. (2019). Public- and self-stigma attached to physical versus psychological disabilities. *Stigma and Health*, *4*(2), 136–142. https://doi.org/10.1037/sah0000123

Krajewski, C., Burazeri, G., & Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Research*, *210*(3), 1136–1146. https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2013.08.013

Lai, M. C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., ... & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, *6*(10), 819-829.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, *44*(1), 1-22.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(5). https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887

Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. In *Psychological Medicine* (Vol. 45, Issue 5, pp. 927–945). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/S0033291714002141

Leeming, D., & Boyle, M. (2004). Shame as a social phenomenon: A critical analysis of the concept of dispositional shame. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *77*(3), 375-396.

Levin, M. E., Haeger, J. A., Pierce, B. G., & Twohig, M. P. (2017). Web-based acceptance and commitment therapy for mental health problems in college students: A randomized controlled trial. *Behavior Modification*, *41*(1), 141-162.

Levy, B., Tsoy, E., Brodt, M., Petrosyan, K., & Malloy, M. (2015). Stigma, social anxiety, and illness severity in bipolar disorder: Implications for treatment. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *27*(1), 55–64.

Lewis, H. B. (*1971*). *Shame* and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419–438

Lewis, M. (1998). Shame and stigma. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture (pp. 126–140). New York: Oxford University Press.

Lewis, M., Alessandri, S. M., & Sullivan, M. W. (1992). Differences in shame and pride as a function of children's gender and task difficulty. *Child Development*, *63*(3), 630-638.

Lickel, B., Hamilton, D. L., Wieczorkowska, G., Lewis, A., Sherman, S. J., & Uhles, A. N. (2000). Varieties of groups and the perception of group entitativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(2), 223.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, *27*(1), 363-385.

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 400-423.

Liu, F., Ye, Z., Chui, H., & Chong, E. S. K. (2022). Effect of perceived public stigma on internalized homophobia, anticipated stigma, shame, and guilt: Outness as a moderator. *Asian Journal of Social Psychology*. https://doi.org/10.1111/ajsp.12552

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *71*(12), 2150–2161. https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2010.09.030

Logie, C., & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS care*, *21*(6), 742-753.

López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., Van Sonderen, E., Ranchor, A., & Schroevers, M. J. (2015). A reconsideration of the Self-Compassion Scale's total score: self-compassion versus self-criticism. *PloS one*, *10*(7), e0132940.

Lucksted, A., Drapalski, A. L., Brown, C. H., Wilson, C., Charlotte, M., Mullane, A., & Fang, L. J. (2017). Outcomes of a psychoeducational intervention to reduce Internalized

Stigma among psychosocial rehabilitation clients. *Psychiatric Services, 68*(4), 360–367. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600037

Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and Practice*, *86*(4), 387-400.

Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. In *Current Opinion in Psychology* (Vol. 2, pp. 97–101). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016

Lysaker, P. H., Vohs, J., Hasson-Ohayon, I., Kukla, M., Wierwille, J., & Dimaggio, G. (2013). Depression and insight in schizophrenia: comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles. *Schizophrenia Research*, *148*(1-3), 18-23.

Lysaker, P. H., Yanos, P. T., Outcalt, J., & Roe, D. (2010). Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, *4*(1), 41–48. https://doi.org/10.3371/CSRP.4.1.3

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 32, Issue 6). https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003

Magnus, C. M., Kowalski, K. C., & McHugh, T. L. F. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, *9*(4), 363-382.

Major, B., & O'brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annu. Rev. Psychol.*, *56*, 393-421.

Major, B., & Schmader, T. (2018). Stigma, social identity threat, and health. *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health*, 85-103.

Major, B., Gramzow, R. H., McCoy, S. K., Levin, S., Schmader, T., & Sidanius, J. (2002). Perceiving personal discrimination: the role of group status and legitimizing ideology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*(3), 269.

Mak, W. W., Poon, C. Y., Pun, L. Y., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, *65*(2), 245-261.

Martin, M. M., Staggers, S. M., & Anderson, C. M. (2011). The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency, and self-compassion. *Communication Research Reports*, *28*(3), 275-280

Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., et al. (2017). Psychological and physiological effects of compassionate mind training: A pilot randomized controlled study. *Mindfulness* 8, 1699–1712. doi: 10.1007/s12671-017-745-7

Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., & Gilbert, P. (2021). Cultivating the compassionate self: An exploration of the mechanisms of change in compassionate mind training. *Mindfulness*, 1-14.

Mavituna, S., Hahn, E., Hahne, I., Bergmann, N., Pijnenborg, M., Ta, T. M. T., Tafelski, L., & Böge, K. (2022). Compassion-based approaches: a systematic review of their effectiveness and acceptability in schizophrenia spectrum disorders. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-02908-3

Mayseless, O. (2016). *The caring motivation: An integrated theory*. Oxford, UK: Oxford University Press.

McDonald, T. A. M. (2020). Correction to: Discriminative and Criterion Validity of the Autism Spectrum Identity Scale (ASIS) (Journal of Autism and Developmental Disorders,

(2017), 47, 10, (3018-3028), 10.1007/s10803-017-3221-2). In *Journal of Autism and Developmental Disorders* (Vol. 50, Issue 1, pp. 340–341). Springer. https://doi.org/10.1007/s10803-019-04228-1

McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*(1), 20.

McEwan, K., Minou, L., Moore, H., & Gilbert, P. (2020). Engaging with distress: Training in the compassionate approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *27*(6), 718-727.

McLeod, Bryce D., Nadia Islam, and Emily Wheat, 'Designing, Conducting, and Evaluating Therapy Process Research', in Jonathan S. Comer, and Philip C. Kendall (eds), *The Oxford Handbook of Research Strategies for Clinical Psychology*, Oxford Library of Psychology (2013; online edn, Oxford Academic, 1 Aug. 2013), https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199793549.013.0009

Michail, M., & Birchwood, M. (2013). Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis. *Psychological Medicine*, *43*(1), 133–142. https://doi.org/10.1017/S0033291712001146

Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *326*, 168-192.

Miller, C. T. (2006). Social psychological perspectives on coping with stressors related to stigma. In *Stigma and group inequality*(pp. 35-58). Psychology Press.

Mills, H., Mulfinger, N., Raeder, S., Rüsch, N., Clements, H., & Scior, K. (2020). Self-help interventions to reduce self-stigma in people with mental health problems: A

systematic literature review. *Psychiatry Research, 284*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112702

Monk, R., Whitehouse, A. J., & Waddington, H. (2022). The use of language in autism research. *Trends in Neurosciences*. Advance of print. https://doi.org/10.1016/j.tins.2022.08.009

Morrison, A. P., Burke, E., Murphy, E., Pyle, M., Bowe, S., Varese, F., ... & Wood, L. J. (2016). Cognitive therapy for internalised stigma in people experiencing psychosis: A pilot randomised controlled trial. *Psychiatry research*, *240*, 96-102.

Muris, P., & Otgaar, H. (2020). The process of science: A critical evaluation of more than 15 years of research on self-compassion with the Self-Compassion Scale. *Mindfulness*, *11*, 1469-1482.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85-101.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 223-250.

Neff, K. D. (2016). Does self-compassion entail reduced self-judgment, isolation, and over-identification? A response to Muris, Otgaar, and Petrocchi (2016). *Mindfulness*, *7*(3), 791-797.

Neff, K. D., & Tóth-Király, I. (2022). Self-compassion scale (SCS). In *Handbook of Assessment in Mindfulness Research* (pp. 1-22). Cham: Springer International Publishing.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, *41*(1), 139-154.

Neff, K., & Germer, C. (2017). Self-compassion and psychological. *The Oxford Handbook of Compassion Science*, 371-383.

Nelson, G., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *11*(2), 125-142.

Nickerson, A., Byrow, Y., Pajak, R., McMahon, T., Bryant, R. A., Christensen, H., & Liddell, B. J. (2020). 'Tell Your Story': a randomized controlled trial of an online intervention to reduce mental health stigma and increase help-seeking in refugee men with posttraumatic stress. *Psychological Medicine*, *50*(5), 781-792.

Niedenthal, P. M., Tangney, J. P., & Gavanski, I. (1994). " If only I weren't" versus" If only I hadn't": Distinguishing shame and guilt in conterfactual thinking. *Journal of personality and social psychology*, *67*(4), 585.

O'Connor, L. K., Pleskach, P., & Yanos, P. (2018). The experience of dual stigma and self-stigma among LGBTQ individuals with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *21*(1), 167-187.

Odou, N., & Brinker, J. (2014). Exploring the relationship between rumination, self-compassion, and mood. *Self and Identity*, *13*(4), 449-459.

OpenAI. (2022). *Whisper: Robust Speech Recognition via Large-Scale Weak Supervision*. Retrieved from https://github.com/openai/whisper

Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. Psychological Bulletin, 133(2), 328–345. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133. 2.328.

Conley, C. S., Hundert, C. G., Charles , J. L., Huguenel, B., M., Al-khouja, M., Quin, S., … & & Corrigan, P. W. (2020). Honest, Open, proud–college: Effectiveness of a peer-led small-group intervention for reducing the stigma of mental illness. *Stigma and Health,* 5(2), 168.

Parcesepe, A. M., & Cabassa, L. J. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: A systematic literature review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 40*, 384-399.

Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 135*(4), 531.

Paucsik, M. (2022). *Evaluation and development of compassion as a transdiagnostic protective factor: cross-sectional, longitudinal, and interventional studies based on a processual approach* (Doctoral dissertation, Université Grenoble Alpes).

Paucsik, M., Nardelli, C., Bortolon, C., Shankland, R., Leys, C., & Baeyens, C. (2023). Self-compassion and emotion regulation: testing a mediation model. *Cognition and Emotion, 37*(1), 49-61.

Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(2), 129-143.

Perry, E., Mandy, W., Hull, L., & Cage, E. (2022). Understanding camouflaging as a response to autism-related stigma: A social identity theory approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 52*(2), 800-810.

Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior, 54*(1), 1–21. https://doi.org/10.1177/0022146512471197

Petrocchi, N., Ottaviani, C., Cheli, S., Matos, M., Baldi, B., Basran, J. K., & Gilbert, P. (2024). The impact of compassion-focused therapy on positive and negative mental health outcomes: Results of a series of meta-analyses. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 31(2), 230-247.

Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared?. *Journal of Health and Social Behavior*, 188-207

Pipkin, A., Smith, A., & Shearn, C. (2022). Transition needs compassion: A thematic analysis of an online compassion-focused therapy group in a gender service. *Mindfulness*, *13*(6), 1510-1520.

Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, *42*(2), 123-146.

Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, *74*(2), 116-143.

Pryor, J. B., Reeder, G. D., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, *87*(4), 436.

Purdie-Vaughns, V., & Eibach, R. P. (2008). Intersectional invisibility: The distinctive advantages and disadvantages of multiple subordinate-group identities. *Sex Roles*, *59*, 377-391.

Quinn, D. M., Williams, M. K., & Weisz, B. M. (2015). From Discrimination to Internalized Mental Illness Stigma: The Mediating Roles of Anticipated Discrimination and Anticipated Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*(2), 103–108. https://doi.org/10.1037/prj0000136

Raij, T. T., Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Saarni, S. I., & Riekki, T. J. J. (2014). Association of stigma resistance with emotion regulation - Functional magnetic resonance imaging and neuropsychological findings. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(3), 727–735. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.10.010

Reeder, G. D., & Pryor, J. B. (2008). Dual psychological processes underlying public stigma and the implications for reducing stigma. *Mens sana monographs*, *6*(1), 175.

Reid, Joan A. (2018) "The Imprint of Childhood Abuse on Trauma-Related Shame in Adulthood," Dignity: A Journal of Analysis of Exploitation and Violence: Vol. 3: Iss. 1, Article 4. https://doi.org/10.23860/ dignity.2018.03.01.04

Riebel M., Charles E. & Weiner L. (in preparation). Compassion Focused Therapy for self-stigma and emotional dysregulation in bipolar disorder: a single case experimental study.

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, *129*(3), 257–265. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003

Rockliff, H., Gilbert, P., Mcewan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, *5*(3), 132-139.

Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H., & Yanos, P. T. (2014). Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) effectiveness: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(4), 303–312. https://doi.org/10.1002/jclp.22050

Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, *131*(1–3), 133–138. https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023

Roelandt, J. L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du «fou», du «malade mental» et du «dépressif» en population générale en France. *L'Encéphale*, *36*(3), 7-13.

Rohmer, O., & Louvet, E. (2018). Implicit stereotyping against people with disability. *Group Processes & Intergroup Relations*, *21*(1), 127-140.

Rohmer, O., Granjon, M., & Louvet, E. (2022). On dit les apprécier, alors pourquoi les personnes en situation de handicap sont-elles discriminées ? in K. Faniko, D. Bourguignon, O. Sarrasin & S. Guimond (eds), La psychologie des préjugés et de la discrimination : Point de vue des discriminants et de leurs cibles (seconde édition, pp 185-199). De Boeck

Rohmer, O., Palomares, E. A., & Popa-Roch, M. (2024). Attitudes towards disability and burnout among teachers in inclusive schools in France. *International Journal of Disability, Development and Education*, *71*(1), 83-100.

Rohmer, O., Palomares, E. A., & Popa-Roch, M. (2024). Attitudes towards disability and burnout among teachers in inclusive schools in France. *International Journal of Disability, Development and Education*, *71*(1), 83-100.

Rougier, M., Muller, D., Ric, F., Alexopoulos, T., Batailler, C., Smeding, A., & Aubé, B. (2018). A new look at sensorimotor aspects in approach/avoidance tendencies: The role of visual whole-body movement information. *Journal of Experimental Social Psychology*, *76*, 42–53. https://doi.org/10.1016/J.JESP.2017.12.004

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(2), 149-155.

Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., ... & Corrigan, P. W. (2014). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *204*(5), 391-397.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, *20*(8), 529-539.

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S., ... & Rössler, W. (2014). Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatric Services*, *65*(4), 483-489.

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, *110*(1-3), 65-71

Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., ... & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of Nervous and Mental disease*, *194*(10), 766-773.

Russinova, Z., Rogers, E. S., Gagne, C., Bloch, P., Drake, K. M., & Mueser, K. T. (2014). A randomized controlled trial of a peer-run antistigma photovoice intervention. *Psychiatric Services*, *65*(2), 242–246. https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201200572

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*(1), 141-166.

Sandhu, H. S., Arora, A., Brasch, J., & Streiner, D. L. (2019). Mental Health Stigma: Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. *Canadian Journal of Psychiatry*, *64*(3), 209–217. https://doi.org/10.1177/0706743718792193

Scheff, T. J. (1966). Being mentally ill III: A sociological theory. Chicago: Aldine

Schmader, T., & Lickel, B. (2006). Stigma and shame: Emotional responses to the stereotypic actions of one's ethnic ingroup. In *Stigma and group inequality* (pp. 275-300). Psychology Press.

Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., & Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *140*(4), 921.

Schrank, B., Amering, M., Hay, A. G., Weber, M., & Sibitz, I. (2014). Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *23*(3), 271-279.

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals : A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19 (2), 137-155. https://doi.org/10.1080/09540260701278929

Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, *56*(2), 299-312.

Schulze, L. N., Klinger-König, J., Stolzenburg, S., Wiese, J., Speerforck, S., van der Auwera-Palitschka, S., Völzke, H., Grabe, H. J., & Schomerus, G. (2020). Shame, self-identification with having a mental illness, and willingness to seek help in northeast Germany. *Psychiatry Research*, *285*. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112819

Sedighimornani, N., Rimes, K. A., & Verplanken, B. (2019). Exploring the Relationships Between Mindfulness, Self-Compassion, and Shame. *SAGE Open*, *9*(3). https://doi.org/10.1177/2158244019866294

Seppälä, E. M., Simon-Thomas, E., Brown, S. L., Worline, M. C., Cameron, C. D., & Doty, J. R. (Eds.). (2017). *The Oxford Handbook of Compassion Science*. Oxford University Press.

Sheehan, L., Nieweglowski, K., Corrigan, P.W. (2017). Structures and Types of Stigma. In: Gaebel, W., Rössler, W., Sartorius, N. (eds) The Stigma of Mental Illness - End of the Story? Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_3

Sheehan, L., Palermo, C. V., & Corrigan, P. (2022). Theoretical models to understand stigma of mental illness. *DL Vogel & NG Wade (Éds.), The Cambridge Handbook of Stigma and Mental Health*, *1*, 11-30.

Shenouda, J., Barrett, E., Davidow, A. L., Sidwell, K., Lescott, C., Halperin, W., Silenzio, V. M. B., & Zahorodny, W. (2023). Prevalence and Disparities in the Detection of Autism Without Intellectual Disability. *Pediatrics*, *151*(2). https://doi.org/10.1542/peds.2022-056594

Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *11*(1), 379-405.

Shtayermman, O. (2009). An exploratory study of the stigma associated with a diagnosis of asperger's syndrome: The mental health impact on the adolescents and young adults diagnosed with a disability with a social nature. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *19*(3), 298–313. https://doi.org/10.1080/10911350902790720

Sirois, F. M., Bögels, S., & Emerson, L. M. (2019). Self-compassion improves parental well-being in response to challenging parenting events. *The Journal of Psychology*, *153*(3), 327-341.

Skinta, M. D., Brandrett, B. D., Schenk, W. C., Wells, G., & Dilley, J. W. (2014). Shame, self-acceptance and disclosure in the lives of gay men living with HIV: An interpretative phenomenological analysis approach. *Psychology and Health, 29*(5), 583–597. https://doi.org/10.1080/08870446.2013.871283

Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. W. (2015). Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(4), 481-490

Smith, E. R. (1993). Social identity and social emotions: Toward new conceptualizations of prejudice. In *Affect, cognition and stereotyping* (pp. 297-315). Academic Press.

Spencer, S. J., Steele, C. M., & Quinn, D. M. (1999). Stereotype threat and women's math performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, *35*(1), 4-28.`

Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 476-493.

Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (2013). An integrated threat theory of prejudice. In *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 23-45). Psychology Press.

Sternberg, B., Badea, C., Sesko, A. K., & Rubin, M. (2024). Intersectional invisibility: The moderating impact of perceived incongruence between stigmatized identities. *Group Processes & Intergroup Relations*, 13684302241245393.

Stier, A., & Hinshaw, S. P. (2007). Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness. *Australian Psychologist*, *42*(2), 106-117.

Strauss, C., Lever Taylor, B., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical Psychology Review*, *47*, 15–27. https://doi.org/10.1016/J.CPR.2016.05.004

Stynes, G., Leão, C. S., & McHugh, L. (2022). Exploring the effectiveness of mindfulness-based and third wave interventions in addressing self-stigma, shame and their impacts on psychosocial functioning: A systematic review. In Journal of Contextual Behavioral Science (Vol. 23, pp. 174–189). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.01.006

Swee, M. B., Hudson, C. C., & Heimberg, R. G. (2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 90). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102088

Talaska, C. A., Fiske, S. T., & Chaiken, S. (2008). Legitimating racial discrimination: Emotions, not beliefs, best predict discrimination in a meta-analysis. *Social Justice Research*, *21*(3), 263–296. https://doi.org/10.1007/S11211-008-0071-2/FIGURES/3

Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(9), 741-754

Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford press.

Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annu. Rev. Psychol.*, *58*(1), 345-372.

Taylor-Rodgers, E., & Batterham, P. J. (2014). Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *168*, 65-71.

Taylor, J. L., Henninger, N. A., & Mailick, M. R. (2015). Longitudinal patterns of employment and postsecondary education for adults with autism and average-range IQ. *Autism*, *19*(7), 785-793.

Teachman, B. A., Wilson, J. G., & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(1), 75-95.

Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, *10*(3), 352-362.

Ting, V., & Weiss, J. A. (2017). Emotion regulation and parent co-regulation in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*, 680-689.

Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). " Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model". *Psychological Inquiry*, *15*(2), 103-125.

Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007). The psychological structure of pride: a tale of two facets. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*(3), 506.

Trompetter, H. R., De Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, *41*, 459-468.

Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., & Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. In *Schizophrenia Research* (Vol. 173, Issues 1–2, pp. 45–53). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013

Valery, K.-M., Fournier, T., Violeau, L., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destaillats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., & Prouteau, A. (2023). When mental health care is stigmatizingA participative study in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 232-242.

Vidal, J., & Soldevilla, J. M. (2023). Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, *62*(1), 70-81.

Vikan, A., Hassel, A. M., Rugset, A., Johansen, H. E., & Moen, T. (2010). A test of shame in outpatients with emotional disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, *64*(3), 196-202.

Villotti, P., Corbiere, M., Dewa, C. S., Fraccaroli, F., Sultan-Taieb, H., Zaniboni, S., & Lecomte, T. (2018). A serial mediation model of workplace social support on work

productivity: the role of self-stigma and job tenure self-efficacy in people with severe mental disorders. *Disability and Rehabilitation*, *40*(26), 3113-3119.

Vogel, D. L., & Wade, N. G. (Eds.). (2022). *The Cambridge handbook of stigma and mental health*. Cambridge University Press.

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(6), 1312-1318.

Westerman, G., McCann, E., & Sparkes, E. (2020). Evaluating the effectiveness of mindfulness and compassion-based programs on shame and associated psychological distress with potential issues of salience for adult survivors of childhood sexual abuse: A systematic review. *Mindfulness*, *11*, 1827-1847.

Williamson, T. J., Garon, E. B., Shapiro, J. R., Chavira, D. A., Goldman, J. W., & Stanton, A. L. (2022). Facets of Stigma, Self-Compassion, and Health-Related Adjustment to Lung Cancer: A Longitudinal Study. *Health Psychology*, *41*(4). https://doi.org/10.1037/hea0001156

Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, *10*, 979-995.

Winders, S. J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. In *Clinical Psychology and Psychotherapy* (Vol. 27, Issue 3, pp. 300–329). John Wiley and Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/cpp.2429

Wong, C. C. Y., Knee, C. R., Neighbors, C., & Zvolensky, M. J. (2019). Hacking Stigma by Loving Yourself: a Mediated-Moderation Model of Self-Compassion and Stigma. *Mindfulness*, *10*(3), 415–433. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0984-2

Wood, L., & Irons, C. (2016). Exploring the associations between social rank and external shame with experiences of psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *44*(5), 527-538.

Wood, L., Byrne, R., Burke, E., Enache, G., & Morrison, A. P. (2017). The impact of stigma on emotional distress and recovery from psychosis: The mediatory role of internalised shame and self-esteem. *Psychiatry Research*, *255*, 94-100.

World Psychiatric Association. (2019). World Psychiatric Association section on stigma and mental illness. https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_daa6b9755fbc48ecaed- 4542361c3de72.pdf

Yang, X., & Mak, W. W. (2017). The differential moderating roles of self-compassion and mindfulness in self-stigma and well-being among people living with mental illness or HIV. *Mindfulness*, *8*, 595-602.

Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions Targeting Mental Health Self-Stigma: A Review and Comparison. In *Psychiatric Rehabilitation Journal* (Vol. 38, Issue 2, pp. 171–178). American Psychological Association Inc. https://doi.org/10.1037/prj0000100

Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2010). Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, *178*(1), 211-213.

Yanos, P. T., Roe, D., West, M. L., Smith, S. M., & Lysaker, P. H. (2012). Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: Findings from a randomized controlled trial. *Psychological Services*, *9*(3), 248–258. https://doi.org/10.1037/a0028048

Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update.

In *Autism Research* (Vol. 15, Issue 5, pp. 778–790). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1002/aur.2696

Zeller, M., Yuval, K., Nitzan-Assayag, Y., & Bernstein, A. (2015). Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 645-653.

Zessin, U., Dickhe, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.

Université de Strasbourg

Marie RIEBEL

Les Apports de la Compassion pour l'Autostigmatisation en Psychiatrie

Etudes Transversales et Interventionnelles

Résumé

Cette thèse, à l'intersection de la psychologie sociale et clinique, visait à approfondir la compréhension de l'autostigmatisation chez les personnes suivies en psychiatrie et explorer les moyens de la contrer. Nos ambitions étaient, d'une part, de tester notre modèle théorique expliquant à la fois le développement de l'autostigmatisation et ses conséquences, et d'autre part, d'élaborer et évaluer un protocole de Thérapie Fondée sur la Compassion (TFC) transdiagnostique pour l'autostigmatisation. Globalement, nos résultats indiquent le rôle médiateur de la honte pour expliquer les conséquences de l'autostigmatisation et le rôle protecteur de l'autocompassion. Nos études cliniques ont révélé que la TFC est faisable, bien acceptée et efficace pour réduire l'autostigmatisation et la honte, ainsi que leurs conséquences néfastes comme l'isolement social et la baisse du sentiment d'efficacité personnelle. Ce travail propose d'intégrer la compassion comme levier de changement, pour diminuer le poids de l'autostigmatisation, transformer la honte en acceptation et globalement contribuer à une meilleure qualité de vie des personnes suivies en psychiatrie.

Mots clefs : Autostigmatisation, autocompassion, honte, psychiatrie, thérapie fondée sur la compassion

Abstract

This thesis, at the intersection of social and clinical psychology, aimed to deepen our understanding of self-stigma in psychiatric patients, and to explore ways of countering it. Our ambitions were, firstly, to test our theoretical model explaining both the development of self-stigma and its consequences, and secondly, to develop and evaluate a transdiagnostic Compassion Focused Therapy (CFT) protocol for self-stigma. We showed that shame mediates the effects of self-stigma and that self-compassion moderates these relationships, particularly in students and autistic adults. Our clinical studies have revealed that CFT is feasible, well-accepted and effective in reducing self-stigma and shame, as well as their adverse consequences such as social isolation and decreased self-efficacy. This work proposes to integrate compassion as a lever for change to reduce the burden of self-stigma, transform shame into acceptance and overall contribute to a better quality of life for people under psychiatric care.

Key words: Self-stigma, self-compassion, shame, psychiatry, compassion focused therapy