

La compassion dans la thérapie fondée sur la compassion

La compassion se caractérise par une immersion totale dans la réalité de l'être humain.

Schantz, 2007.

Définir la compassion

Bien des définitions de la compassion ont été proposées par des chercheur-ses, des clinicien-n-es, des philosophes et même des religieux-ses. Parfois appréhendée comme le fait de ressentir de la pitié ou comme le fait de ressentir la souffrance de l'autre, les définitions et compréhensions de ce terme pourtant utilisé depuis des décennies sont nombreuses. Le mot compassion vient du latin *compassio*, composé de *com-* signifiant « avec » et de *passio* signifiant « supporter », *souffrir*. Si l'on aborde la notion de compassion d'un point de vue étymologique, cela nous renvoie donc à la notion de « souffrir avec ». À l'origine, le mot compassion a été surtout employé dans la philosophie et la religion qui l'utilisaient pour définir le mouvement naturel de l'être humain à chercher à soulager l'autre de sa souffrance. Par exemple, Rousseau évoquait la compassion dans son *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* (1755) en écrivant « c'est elle qui nous porte sans réflexion au secours de ceux que nous voyons souffrir : c'est elle qui, dans l'état de nature, tient lieu de lois, de mœurs, et de vertu ». D'un point de vue bouddhiste, Thupten Jinpa Langri, un des principaux traducteurs anglais du

Dalai-Lama, a défini la compassion comme « un processus multidimensionnel » composé de quatre éléments clés :

1. une conscience de la souffrance (conscience cognitive/empathique) ;
2. une préoccupation sympathique liée au fait d'être émotionnellement touché par la souffrance (composante affective) ;
3. un souhait de voir le soulagement de cette souffrance (intention) ;
4. une réactivité ou une volonté d'aider à soulager cette souffrance (motivationnelle ; Jazaieri et al., 2013).

Cette compréhension de la compassion nous permet donc de l'appréhender comme une motivation innée nous poussant à la fois à comprendre notre propre souffrance et celle de l'autre et à prendre soin de soi et de lui. C'est à partir de ces différentes approches que de plus en plus de psychologues et chercheur-ses se sont intéressés-es à ce terme et cette forme de motivation, bien que, là encore, selon les modèles théoriques, les définitions soient nombreuses ! La compassion est parfois définie comme étant un sentiment, par exemple, la chercheuse [Jennifer L. Goetz et ses collaborateurs \(2010\)](#) définissent la compassion comme étant un « sentiment qui naît du fait d'être témoin de la souffrance d'autrui et qui motive un désir ultérieur d'aider » (p. 351). [Christina Feldman et Willem Kuyken \(2011\)](#), deux autres chercheurs, définissent pour leur part la compassion comme étant « une orientation de l'esprit à reconnaître la douleur et l'universalité de la souffrance et la capacité à accueillir la souffrance avec gentillesse et empathie, équanimité et patience » (p. 145). D'autres auteurs et chercheurs en psychologie parlent également d'amour compassionnel et la définissent comme une attitude attentionnée, aidante et tendre envers l'autre notamment lorsqu'il est en souffrance ([Sprecher et Fehr, 2005](#)). Toutes ses définitions, bien que différentes, se retrouvent cependant sur certains points. Il semble que la compassion soit notamment liée aux émotions et compétences qui permettent aux individus de soutenir, comprendre, d'aider et d'être attentionné envers l'autre ([Davidson et Harrington, 2002](#) ; [Weng et al., 2013](#)). Dans la thérapie fondée sur la compassion (TFC), la définition la plus communément utilisée de la compassion est celle provenant des écrits du Dalai-Lama, traduite par Thupten Jinpa Langri ([Dalai-Lama, 1995](#)), qui définit la compassion comme :

« Une sensibilité à sa propre souffrance et à celle d'autrui, avec un engagement à essayer de l'atténuer et de la prévenir. »

Cette définition est aujourd'hui la plus communément utilisée dans les recherches et protocoles basés sur la compassion notamment, car elle met en lumière deux aspects importants qui structurent la TFC : la motivation et les compétences. Ces deux aspects sont appelés par Paul Gilbert, les deux psychologies de la compassion ([Gilbert et Choden, 2013](#)). La première psychologie évoque donc

l'importance de la motivation qui va permettre à l'individu de s'engager vers la souffrance, de se tourner vers elle et de tolérer sa présence pour lui donner un sens plutôt que de chercher à l'éviter, la cacher, s'y dissocier ou d'y être résigné (Gilbert, 2014). Cette motivation implique en conséquence des compétences spécifiques qui peuvent être développées afin de pouvoir agir en prenant soin de nous et de l'autre (Germer et Siegel, 2012). Prenons un exemple simple : souhaiter être un-e bon-ne psychologue ou psychothérapeute pour aider les personnes que j'accompagne est un aspect important, mais pas suffisant, car encore faut-il que je m'assure avoir les formations, compétences et expériences nécessaires pour pouvoir le faire. L'intention ou la motivation n'est donc pas suffisante en tant que telle ; elle doit s'accompagner de compétences et de comportements pour pouvoir avoir un impact bénéfique sur moi moi-même, l'autre ou mon environnement (Gilbert, 2014). Ces deux psychologies de la compassion vont donc guider le/la thérapeute et la personne accompagnée dans la thérapie.

Distinguer la compassion d'autres dimensions

Maintenant que nous avons abordé ce qu'est la compassion, il est important de préciser aussi ce qui la distingue d'autres termes. Effectivement, il est commun d'entendre le mot compassion à côté des termes « empathie », « sympathie », « pitié » ou d'autres expressions telle que la « fatigue compassionnelle » alors même que ces termes sont pourtant tous bien distincts.

Différence avec la fatigue compassionnelle

La fatigue de compassion est une expression initialement utilisée dans le domaine du soin pour caractériser une forme d'épuisement professionnel (Joinson, 1992). C'est à partir du début des années 1990 qu'elle a commencé à être utilisée pour décrire le désengagement ou le manque d'empathie et de connexion avec les patient-es dans les professions de soins. Plus précisément, la fatigue ou l'usure de compassion est une souffrance personnelle qui résulte du stress subi en travaillant avec un traumatisme (stress traumatique secondaire) (Figley, 1995), ou de la réalité de la pratique qui ne correspond pas ou plus aux croyances de l'individu sur les soins (Blomberg et Sahlberg-Blom, 2007). Cette fatigue de compassion s'apparente donc réellement à une forme d'épuisement professionnel s'installant progressivement, lorsque le/la soignant-e a été exposée de manière prolongée à des prises en charge difficiles et sans avoir eu les ressources nécessaires pour y faire face. C'est pour cela notamment que ce terme est souvent associé à une forme de traumatisme (Figley, 2002). Dans ces circonstances, un état de menace et de mal-être peut s'installer ne laissant alors plus de place à la compassion et l'autocompassion. Effectivement, cet état s'installe lorsque le soignant fait preuve

de compassion pour autrui sans en avoir pour sa propre détresse, forme de compassion souvent difficile à développer et à accepter de développer.

Différence avec l'empathie

Aucune définition communément acceptée de l'empathie n'a été opérationnalisée au sein de la communauté scientifique en psychologie. Cependant, un consensus se pose autour du fait que de manière générale, l'empathie se définit comme la capacité à adopter le point de vue d'une autre personne et à imaginer les pensées et les sentiments qui en résultent (Davis, 1996). Il est aussi communément admis que l'empathie implique deux aspects : cognitif et affectif (Block-Lerner et al., 2007 ; Davis, 1996). La caractéristique cognitive consiste à imaginer avec précision le point de vue d'autrui et est très liée à la théorie de l'esprit (Blair, 2005). La composante affective implique pour sa part les réactions émotionnelles correspondantes (Birnie et al., 2010). L'empathie consiste ainsi à comprendre l'autre tout en s'identifiant à son état émotionnel (Hogan, 1969 ; Lazarus, 1991 ; Strauss et al., 2016). Ces éléments de définitions permettent alors de comprendre que l'empathie fait partie de la compassion, mais n'est pas suffisante en elle-même car la compassion implique non seulement la reconnaissance, la compréhension et la résonance émotionnelle, mais aussi la capacité à tolérer sa propre réaction émotionnelle et la motivation à agir pour soulager la souffrance d'autrui (Gilbert, 2010 ; Strauss et al., 2016).

Différence avec pitié

Le terme « pitié » vient du latin *pietas*, qui signifie « bon » ou « gentil ». La pitié est apparue à la fin du XIII^e siècle et son sens initial décrivait un sentiment de tendresse pour quelqu'un qui souffrait ou avait connu le malheur (Wilmer, 1968). Aujourd'hui, il est évident que le terme « pitié » s'est éloigné de sa signification originale. Effectivement, dans le langage moderne, être « pitoyable » est résolument négatif, voire insultant. L'apitoiement est associé à la pleurnicherie et à la victimisation (Gerdes, 2011). Un chercheur a notamment étudié la perception et l'utilisation du mot « pitié » en psychothérapie, recherche dont il partage les résultats dans un article paru en 2006 (Geller, 2006). Les résultats de son étude montrent que les thérapeutes, comme la population générale, interprètent la pitié principalement comme un sentiment négatif. Seule une petite minorité des personnes interrogées a rapporté que la pitié était la manifestation de sentiments affectueux et tendres. Ses travaux montrent ainsi que la pitié est actuellement culturellement comprise comme une forme condescendante ou méprisante de « se sentir désolée » pour quelqu'un, souvent dirigée vers des personnes qui sont perçues comme autodestructrices ou blâmables (Geller, 2006 ; Gerdes, 2011).

Contrairement à la pitié, la compassion n'implique pas de jugements et ne consiste pas seulement à ressentir un sentiment de tendresse pour celui qui souffre, mais aussi d'avoir la volonté de l'aider dans sa souffrance.

Différence avec l'estime de soi

L'estime de soi est définie comme le degré auquel nous nous jugeons compétents dans les domaines de vie qui sont importants pour nous. Elle découle donc non seulement des évaluations de soi, mais également des évaluations que nous percevons des autres. Pendant de nombreuses années, les chercheurs en psychologie se sont intéressés à cette dimension, car les études ont montré qu'elle était corrélée avec la santé mentale et le bien-être (Pyszczynski et al., 2004). Un certain nombre de chercheurs et chercheuses se sont donc intéressés aux différences entre l'autocompassion et l'estime de soi et à ce que chacune de ses dimensions pouvait apporter en termes de santé mentale (Gilbert et Irons, 2005 ; Leary et al., 2007a ; Neff, 2003a, b). Une des différences peut-être les plus importantes concerne la stabilité de ces dimensions. Alors que l'estime de soi a tendance à augmenter lorsque nous allons bien, que nous accomplissons nos objectifs ou réussissons des tâches et à diminuer lorsque nous rencontrons des difficultés, l'autocompassion reste présente même lorsque nous allons mal. Elle n'est pas déterminée par notre perception de nous-mêmes et de la façon dont nous allons nous autoévaluer ou nous comparer aux autres. Effectivement, l'estime de soi peut nous donner un sentiment de comparaison favorable avec les autres, où nous pensons en termes de rang social, alors que l'autocompassion se concentre sur nos similitudes et notre humanité commune avec les autres (Neff, 2003b). En cela, la compassion et l'autocompassion semblent être des ressources plus stables et durables. Découvrons donc maintenant qu'elles sont les différentes formes de compassion.

Les trois courants de la compassion

Comme nous l'avons vu, la compassion naît dans l'interaction, l'interaction que l'on peut avoir avec soi-même ou avec les autres. En cela, la compassion est interactive et se manifeste dans nos différentes relations qu'elle soit dirigée vers soi (c'est aussi ce que l'on appelle l'autocompassion), de soi vers l'autre (le fait de donner de la compassion), ou de l'autre vers soi (le fait de recevoir de la compassion). Ces trois mouvements peuvent à la fois s'influencer tout en étant interdépendants. Par exemple, des études montrent que le fait de recevoir de la compassion de quelqu'un peut augmenter la probabilité que je m'en offre à moi-même (par exemple, Breines et Chen, 2012). A contrario, ce n'est pas parce que je peux facilement être dans la compassion pour autrui que je vais l'être envers moi (López et al., 2018). En psychothérapie, il peut donc être intéressant de cibler une de ses

dimensions plutôt qu'une autre, tout en s'appuyant sur les qualités et compétences déjà développées par l'individu.

Autocompassion

L'autocompassion a suscité un vif et récent intérêt de la part de la communauté scientifique et des psychothérapeutes. La docteure en psychologie Kristin Neff en est la pionnière et a beaucoup travaillé sur la compréhension et la définition de cette dimension. En s'appuyant sur la psychologie sociale, mais également sur le bouddhisme, elle a défini l'autocompassion comme l'union de trois dimensions : la gentillesse, le sentiment d'humanité commune et la pleine conscience (Neff, 2003b). La gentillesse implique de comprendre les difficultés que la personne traverse tout en adoptant une attitude chaleureuse et aimante plutôt que critique ou jugeante. Le sentiment d'humanité commune consiste pour sa part à considérer ses expériences, même les plus difficiles, comme étant inhérentes à l'expérience humaine. Ce sentiment peut naître lorsque nous reconnaissons ne pas être seules à vivre cette forme de souffrance et que chaque personne qui nous entoure a déjà traversé au moins une fois dans sa vie une forme de souffrance. Enfin, la pleine conscience implique d'accueillir et d'accepter la présence de pensées, d'émotions ou de sensations désagréables plutôt que d'essayer de les fuir. L'autocompassion est une attitude précieuse à adopter envers soi. Les personnes qui ont un niveau élevé d'autocompassion bénéficient d'un plus grand bien-être, présentent moins de troubles psychopathologiques et sont plus résilientes face aux échecs et aux déceptions (Leary et al., 2007b ; Neff, 2003b). De plus, les recherches montrent que les troubles psychopathologiques ont tendance à être plus sévères et persistants chez les individus ayant des niveaux élevés de peur de l'autocompassion (Gilbert et al., 2012 ; Gilbert et al., 2011). Effectivement, de nombreuses croyances sont associées à l'autocompassion, ce qui fait de cette dimension une cible spécifique en psychothérapie.

Donner de la compassion à autrui

Alors que la compassion est difficile à s'offrir à soi-même, il nous est souvent facile de la donner aux personnes qui nous entourent. Nous avons généralement tendance à écouter nos ami·es en détresse avec empathie, chaleur et bienveillance. Naturellement, nous avons cette aptitude à leur permettre de ne pas généraliser ou s'identifier à la souffrance qu'ils ou elles ressentent dans ces situations. Nous leur donnons également du temps pour être présents à eux ou elles et pour les accompagner vers la recherche de solutions à leur difficulté ou de stratégies pour les aborder. Nous accueillons leur souffrance avec toute notre sollicitude, notre amour ou notre amitié. La compassion envers autrui peut être définie comme le fait de se préoccuper du bien-être d'autrui (Cosley et al., 2010). Cette dimension de

la compassion est elle aussi associée à de nombreux bénéfices même lorsqu'elle se donne sur un court laps de temps. Par exemple, lors d'une étude menée en 2008, trois chercheurs ont testé l'effet d'une courte pratique de méditation de l'amour bienveillant sur le sentiment de connexion sociale entre individus ne se connaissant pas (Hutcherson et al., 2008). Leurs résultats ont montré que comparativement aux individus n'ayant pas réalisé la pratique, ceux ayant réalisé les quelques minutes de pratique sur l'amour bienveillant ont ressenti plus de proximité et de liens envers les individus qui leur étaient étrangers. Ces effets s'expliquent notamment par le fait que donner de la compassion à autrui nous permet par la même occasion de mieux percevoir le soutien social disponible (Lemay et Clark, 2008 ; Piferi et Lawler, 2006). Outre ce sentiment de proximité, la compassion envers autrui procure aussi des bénéfices en matière de bien-être mental et physique pour celui ou celle qui donne et la personne qui la reçoit (Brown et al., 2003 ; Piferi et Lawler, 2006). La compassion envers autrui procure à celui ou celle qui donne et à celui ou celle qui reçoit un sentiment de bien-être, car cela crée ou renforce un sentiment de connexion et de proximité sociale (Crocker et Canevello, 2008 ; Piferi et Lawler, 2006). En donnant de la compassion aux autres, nous orientons notre attention vers le soutien social disponible et changeons la perception que nous avons d'autrui. En nous sentant plus proches des autres, nous percevons également davantage leur compassion pour nous, créant ainsi un cercle vertueux (Crocker et Canevello, 2008). Les deux études des chercheuses et professeures en psychologie Jennifer Crocker et Amy Canevello publiées dans leur article en 2008 ont notamment révélé la réciprocité des effets de la compassion sur le sentiment de proximité, de connexion sociale, de confiance et de support autant sur celui donnant cette compassion que sur celui la recevant.

Toutefois, un point de vigilance s'impose sur cette dimension. Si la compassion envers autrui est source de bien-être, ses effets ne s'appliquent que dans le cas où cette compassion à l'autre est donnée aussi avec autocompassion. Effectivement, contrairement à l'autocompassion, la compassion envers autrui est culturellement et socialement valorisée ce qui peut aussi nous amener à prendre soin de l'autre en oubliant de prendre soin de nous-mêmes.

Recevoir de la compassion d'autrui

Comme nous avons pu le voir juste avant, recevoir de la compassion nous permet d'appréhender l'autre comme une ressource, un soutien disponible sur lequel nous pouvons compter. En cela, la capacité d'accéder à la compassion de soi et des autres dans les moments de détresse semble être une compétence essentielle pour s'adapter aux difficultés de la vie et pour éviter de rencontrer des difficultés psychosociales plus graves et persistantes (Leary et al., 2007a). Lorsque nous recevons de la compassion, nous acceptons que l'autre comprenne notre souffrance et nous offre son aide. Ainsi, accepter de recevoir de la compassion, c'est aussi accepter l'aide d'autrui et accepter d'avoir besoin de cette personne dans cette situation.

C'est une dimension à laquelle de nombreuses peurs sont associées qui seront abordées dans le [chapitre 3](#). Pour autant, c'est aussi une dimension associée à de multiples bienfaits. Effectivement, de nombreuses recherches montrent que le fait d'accepter de recevoir de la bienveillance, de la compréhension et de l'aide d'autrui est un facteur de protection contre la dépression. Par exemple, d'un point de vue clinique, une recherche a montré que le fait de disposer de ressources sociales plus nombreuses et plus soutenantes permet d'améliorer le fonctionnement et prévenir les rechutes dépressives ([Billings et Moos, 1985](#) ; [George et al., 1989](#)). Les individus qui perçoivent des niveaux plus élevés de soutien social et de compassion sont également moins sensibles à l'impact du stress et aux effets négatifs de l'autocritique sur la dépression que ceux qui perçoivent des niveaux de soutien et de compassion plus faibles ([Hermanto et al., 2016](#) ; [Wang et al., 2014](#)).

Attributs et compétences de la compassion

La compassion et ses composantes peuvent être définies de nombreuses façons. Paul Gilbert a proposé un modèle sous l'angle de deux « psychologies » ou deux modes d'état d'esprit de la compassion et qui englobent une multitude d'attributs et de compétences ([Gilbert et Irons, 2005](#) ; [Gilbert, 2007](#) ; [Gilbert, 2009a](#)).

Le premier état d'esprit implique la motivation et la capacité de remarquer, de s'engager et de donner un sens à sa propre souffrance et à celle des autres. Dans cette première psychologie de la compassion, on distingue six attributs d'engagement relatifs à cette première dimension de la compassion : (1) la motivation au bien-être, (2) la sensibilité, (3) la sympathie, (4) la tolérance à la détresse, (5) l'empathie, et (6) le non-jugement. La deuxième approche de la compassion implique des compétences pour agir et apaiser la souffrance. Ces compétences visent à créer des sentiments de chaleur, de gentillesse et de soutien dans une série d'activités qui sont (comme les attributs de la compassion) essentiellement multimodales et communes à de nombreuses autres psychothérapies (par exemple : [Mace, 2007](#)). Cette deuxième partie du modèle s'appuie sur six compétences spécifiques : (1) l'attention compassionnée, (2) le raisonnement compassionné, (3) le comportement compassionné, (4) l'imagerie compassionnée, (5) le sentiment de compassion, et (6) la sensation physique de la compassion. L'ensemble de ces dimensions sont développées dans le [tableau 2.1](#) présenté ci-dessous.

Le modèle de Paul Gilbert qui reprend ses différents attributs et compétences est souvent représenté sous la forme d'une cocarde comme celle représentée ci-dessous ([figure 2.1](#)). Elle pourra également guider le/la thérapeute pour entrer dans la compassion et permettre à l'individu qu'il ou elle accompagne de la développer. Le [chapitre 3](#) présentera plus spécifiquement comment développer la compassion en TFC et la deuxième partie de cet ouvrage vous proposera des pistes concrètes pour mettre en place la TFC dans votre pratique clinique.