

# Vécu émotionnel de patients victimes de lésion cérébrale acquise après apprentissage de régulation émotionnelle : une étude qualitative.

## Autrices :

Perrine Roulin<sup>1</sup>, Lola Marmisse<sup>1</sup>, Marie Kuppelin<sup>2,3</sup>, Charone Attias<sup>3,4</sup>, Salomé Klein<sup>5</sup>, Marie-Eve Isner-Horobet<sup>6,7</sup>, Hélène D'Apote Vassiliadou<sup>5</sup>, Agata Krasny-Pacini<sup>2,3,6</sup>

## Affiliations :

<sup>1</sup>Orthophoniste

<sup>2</sup>INSERM UMR\_S 1329 Strasbourg Translational Neuroscience & Psychiatry, Strasbourg, France

<sup>3</sup>EMOI-TC service, Clémenceau University Institute of Rehabilitation, UGECAM Alsace, Strasbourg, France

<sup>4</sup>Centre Régional du Psychotraumatisme Grand-Est, Strasbourg, France

<sup>5</sup>UR139 – Linguistique Langues et Parole de l'Université de Strasbourg Strasbourg, France

<sup>6</sup>Service of Physical Medicine and Rehabilitation, Clémenceau University Institute of Rehabilitation, UF 4372, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, France

<sup>7</sup>EA3072 Mitochondria, Oxidative Stress and Muscle Protection, Strasbourg University, Strasbourg, France

## Autrices de correspondance :

Perrine Roulin et Lola Marmisse  
[lolaetperrine.memoire@gmail.com](mailto:lolaetperrine.memoire@gmail.com)

## Dates :

Soumission : 19/06/2024

Acceptation : 04/04/2025

Publication : 30/06/2025

## Comment citer cet article :

Roulin, P., Marmisse, L., Kuppelin, M., Attias, C., Klein, S., Isner-Horobet, M.-E., D'Apote Vassiliadou, H., & Krasny-Pacini, A. (2025). Vécu émotionnel de patients victimes de lésion cérébrale acquise après apprentissage de régulation émotionnelle : une étude qualitative. *Glossa*, 143, 83-116. <https://doi.org/10.61989/b153ar62>

e-ISSN : 2117-7155

## Licence :

© Copyright Perrine Roulin, Lola Marmisse, Marie Kuppelin, Charone Attias, Salomé Klein, Marie-Eve Isner-Horobet, Hélène D'Apote Vassiliadou et Agata Krasny-Pacini, 2025. Ce travail est disponible sous licence [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



**Contexte :** La Lésion Cérébrale Acquise (LCA) est responsable de multiples déficits altérant la motricité, le langage, la cognition, le comportement mais également la régulation émotionnelle, qui entravent la qualité de vie des patients et de leur entourage.

**Objectif :** Cette étude vise à explorer le vécu émotionnel de cette population après un apprentissage de régulation émotionnelle avec la thérapie comportementale dialectique GREMO (Groupe de Régulation ÉMOtionnelle).

**Méthode :** Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 17 patients (moyenne d'âge : 38,9 ans) et atteints de LCA (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, encéphalite, anoxie cérébrale) datant en moyenne de 10,5 ans. Les données étaient analysées par l'Analyse Interprétative Phénoménologique (IPA). À partir de 20 heures 26 minutes d'entretiens, des transcriptions de 185 471 mots au total ont été analysées par double codage.

**Résultats :** Quatre super-thèmes ont été retrouvés : (1) identification et régulation des émotions facilitées par le GREMO ; (2) émotions envahissantes : un défi constant même après le GREMO dans la régulation émotionnelle ; (3) émotions et rapport aux autres ; (4) sens, relecture de sa vie et désir pour le futur à la lumière de la régulation émotionnelle.

Lors des entretiens, les participants ont pu identifier un éventail d'émotions telles que la colère, la peur, la tristesse, la honte, ainsi que des émotions agréables. Ils ont remarqué une prise de conscience accrue de leurs émotions depuis leur participation au GREMO, ce qui leur a permis de mieux comprendre, connaître et reconnaître leurs états émotionnels. De plus, ils ont noté une amélioration dans la maîtrise de leurs émotions et ont constaté que l'apprentissage des compétences GREMO a facilité leur capacité à les réguler. Malgré cela, ils ont souligné que la gestion émotionnelle reste un défi quotidien, et certains ont exprimé des difficultés persistantes dans leurs relations interpersonnelles, y compris des sentiments d'incompréhension et d'isolement social. Les entretiens ont également offert aux participants l'occasion de réfléchir à leur fonctionnement émotionnel et à leurs aspirations futures.

**Conclusion :** Il est donc primordial d'intégrer le vécu émotionnel des participants et leurs objectifs dans une perspective de croissance post-traumatique et de reconstruction identitaire, en accordant une attention particulière à cette dimension en rééducation orthophonique.

**Mots-clés :** lésion cérébrale acquise, émotions, dysrégulation, thérapie comportementale dialectique, analyse interprétative phénoménologique, orthophonie.

## Emotional experience of acquired brain injury patients after learning emotional regulation: a qualitative study.

**Context:** Acquired Brain Injury (ABI) is responsible for multiple deficits affecting motor skills, language, cognition, behavior and also emotional regulation, which impair the quality of life of patients and their families.

**Purpose:** The aim of this study is to explore the emotional experience of this population after learning to regulate emotions using a dialectical behavior therapy (DBT) approach called GREMO (Groupe de Régulation ÉMOtionnelle).

**Method:** Semi-structured interviews were conducted with 17 patients (mean age: 38.9 years) with ABI (traumatic brain injury, stroke, encephalitis, cerebral anoxia) sustained on average of 10.5 years before the interview. Data was analyzed using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). From 20 hours 26 minutes of interviews, transcripts totaling 185,471 words were analyzed using double coding.

**Results:** Four superordinate themes were identified: (1) identification and regulation of emotions facilitated by DBT; (2) pervasive emotions: a constant challenge for emotional regulation even after DBT; (3) emotions and relationship with others; (4) meaning, rereading one's life and desire for the future; in the light of emotional regulation.

During the interviews, participants were able to identify a range of emotions such as anger, fear, sadness, shame, as well as pleasant ones. They noted an increased awareness of their emotions since their participation in DBT, enabling them to better understand, know and recognize their emotional states. In addition, they noted an improvement in the control of their emotions and found that learning DBT skills facilitated their ability to regulate them. Despite this, they stressed that emotional management remains a daily challenge, and some expressed persistent difficulties in their interpersonal relationships, including feelings of misunderstanding and social isolation. The interviews also offered participants the opportunity to reflect on their emotional functioning and future aspirations.

**Conclusion:** It is therefore essential to integrate the participants' emotional experiences and goals into a perspective of post-traumatic growth and identity reconstruction, paying particular attention to this dimension in speech and language therapy.

**Keywords:** acquired brain injury, emotions, dysregulation, dialectical behavior, interpretative phenomenological analysis, speech therapy.

## INTRODUCTION

La Lésion Cérébrale Acquise (LCA) peut entraîner des complications motrices, cognitives et comportementales (Wiles, 2022) à court, moyen ou long terme. Bien que les séquelles neurologiques et neuropsychologiques dans la LCA aient déjà été bien documentées, les conséquences émotionnelles et psychologiques demeurent sous-explorées, malgré l'intrication majeure de la LCA avec la pathologie psychique (Al-Kader et al., 2022 ; Chen et al., 2022). S'intéresser au vécu émotionnel de ces personnes semble donc indispensable.

L'émotion est un état physiologique bref qui part d'un stimulus interne ou externe et déclenche une réponse physiologique, une expérience subjective, une réponse cognitive et un comportement. Les déclencheurs des émotions peuvent être des événements, des pensées, des souvenirs ou des réactions instinctives (Clore, 1994). L'émotion a donc généralement une fonction adaptative et peut influencer le comportement et la cognition, c'est pourquoi elle doit être prise en compte dans les rééducations.

La régulation émotionnelle est le fait de maintenir les pensées, les comportements et les expressions dans une fourchette acceptable socialement et utile pour les objectifs de la personne (Gross, 1998). La dysrégulation émotionnelle, à l'inverse, est définie comme « l'incapacité, même avec de grands efforts et dans des conditions normales, de modifier ou de réguler les signaux et expériences émotionnelles, ainsi que ses actions, réponses verbales et non verbales » (Dimeff & Koerner, 2007). Elle perturbe tous les aspects des réponses émotionnelles d'un individu : physiologique, cognitif, comportemental et interpersonnel et peut donc se traduire par des troubles du comportement, ayant un impact important sur le bien-être et le fonctionnement social des personnes. Les troubles du comportement peuvent être vus comme les conséquences d'une dysrégulation émotionnelle présente à divers degrés en tout un chacun, mais aggravées par les lésions cérébrales touchant les circuits émotionnels, les troubles cognitifs nécessaires à l'autorégulation, la fatigabilité, la surcharge cognitive et émotionnelle en lien avec les conséquences de la lésion. Ces conséquences peuvent être encore aggravées davantage dans certains cas par l'environnement, les comorbidités préexistantes et les complications psychiatriques.

Les professionnels de la réadaptation ont une perception intuitive de l'importance des émotions dans le processus de rétablissement d'une personne ayant une LCA. Cependant, l'intégration des émotions dans les programmes thérapeutiques demeure souvent insuffisante. Il existe de nombreuses interventions pouvant aider les rééducateurs à gérer les émotions avec les patients (Kuppelin et al., 2023). Parmi elles, les Thérapies Cognitives Comportementales (TCC) et Émotionnelles (TCCE – troisième vague des TCC mettant l'accent sur les émotions) visent à aider les patients à reconstruire leurs compétences émotionnelles et à développer des stratégies d'adaptation face aux changements neurologiques, en se concentrant sur la modification des pensées et des comportements dysfonctionnels pour favoriser le rétablissement fonctionnel. Il semble donc important, notamment pour les orthophonistes, de savoir orienter les patients vers d'autres outils si les troubles émotionnels sont au premier plan, et notamment vers des TCC. Ces dernières ont montré leur pertinence pour permettre à la personne de reprendre un contrôle au moins partiel de ses émotions (Bradbury et al., 2008) et retrouver une prise sur le cours de sa vie, y compris lorsque des troubles cognitifs persistent (Ashworth et al., 2017 ; Ownsworth & Gracey, 2017). Parmi les TCCE, la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) cible spécifiquement la régulation émotionnelle, y compris sous forme de groupe d'apprentissage de compétences appelé à Strasbourg : Groupe de RÉgulation ÉMOtionnelle (GREMO) (Kuppelin & Krasny-Pacini, 2023). Ces pratiques doivent trouver leur place dans les programmes de rééducation et réadaptation.

Dans leur étude, Roy et al. (soumis) ont exploré le vécu émotionnel de participants post-LCA avant toute intervention de régulation émotionnelle. Les participants ont montré une capacité à identifier certaines émotions, mais ont rencontré des difficultés à préciser certaines d'entre elles, utilisant des termes flous. Les participants ont exprimé le désir d'atteindre le bien-être en apprenant à identifier leurs émotions et en développant des stratégies de gestion pour réaliser leurs aspirations futures. Les autrices ont conclu que l'acquisition de stratégies de régulation émotionnelle pourrait faciliter ce processus.

L'objectif de la présente étude est d'explorer qualitativement le vécu émotionnel des personnes

vivant les séquelles d'une LCA juste après une intervention intensive de cinq mois visant à améliorer leur régulation émotionnelle : le GREMO.

## MÉTHODE

### Contexte de l'étude

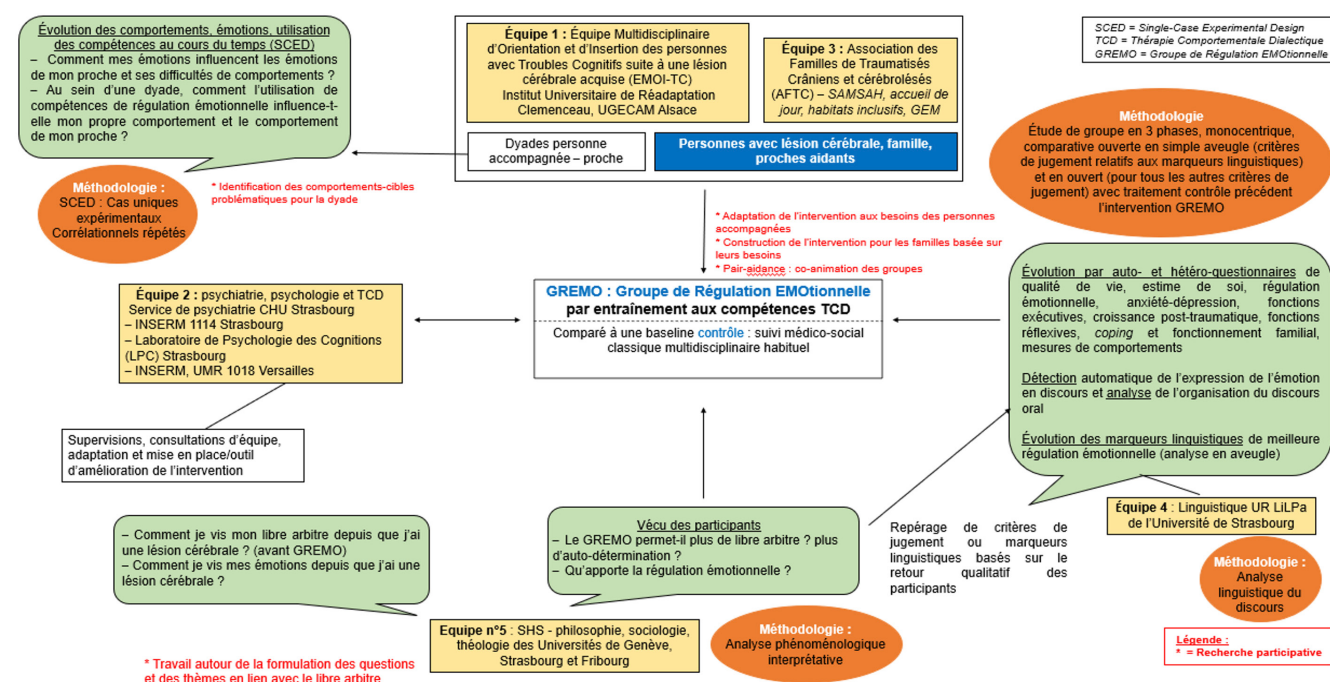
Cette étude s'inscrit dans une étude plus large transdisciplinaire GREMO-LCA (Groupe de Régulation ÉMOtionnelle chez les personnes présentant des Lésions Cérébrales Acquises) (cf. figure 1), qui visait à comparer l'évolution de scores de qualité de vie sur une période contrôle de cinq mois sans GREMO versus une période de traitement GREMO de cinq mois chez les patients présentant une dysrégulation émotionnelle après LCA (NCT 05 39 34 92). Elle a été autorisée par le comité de protection des personnes Île de France XI numéro ID-RCB 2021-A01996-35 en date du 18/05/2022.

Les données utilisées dans ce mémoire proviennent des enregistrements de patients réalisés après les séances de thérapie GREMO dans le cadre de l'étude GREMO-LCA.

La TCD, développée par Marsha M. Linehan (2015), est une approche thérapeutique initialement conçue pour les troubles de la personnalité *borderline*, mais elle s'est étendue à d'autres troubles émotionnels et comportementaux. Elle combine des éléments de la TCC traditionnelle

avec des techniques de pleine conscience et de validation émotionnelle. La TCD vise à améliorer la régulation émotionnelle, les relations interpersonnelles et la compréhension de soi-même, en intégrant le concept de dialectique pour accepter les contradictions apparentes. Elle cherche à construire une vie qui a du sens, en encourageant les patients à s'engager dans des activités malgré les émotions désagréables. Contrairement à l'idée selon laquelle il faut attendre d'aller mieux pour agir, la TCD montre que c'est en agissant, même avec des émotions difficiles, que l'état émotionnel s'améliore à long terme. Le module de tolérance à la détresse (cf. annexe 1) offre des outils pour gérer les émotions intenses afin de retrouver un raisonnement cohérent. Ces stratégies ne doivent être qu'un soutien temporaire. Une utilisation excessive de la tolérance à la détresse peut maintenir la dysrégulation émotionnelle (Dunkley, 2019) si elle n'est pas utilisée avec les modules de régulation émotionnelle, pleine conscience et efficacité interpersonnelle (cf. annexe 1) car éviter les émotions empêche d'apprendre à y faire face. L'objectif principal reste d'adopter des comportements alignés avec ses valeurs, même lorsque les émotions sont inconfortables.

Le GREMO est une forme de TCD mettant l'accent sur l'apprentissage et l'utilisation de compétences de régulation émotionnelle fonctionnelles, ce qui est crucial pour les patients victimes de LCA afin de mieux comprendre et accompagner leur



**FIGURE 1 :** Protocole GREMO-LCA.

vécu émotionnel. Parmi les compétences (cf. annexe 1), la validation permet de communiquer à une personne ce qu'il y a de valide et de compréhensible dans son comportement. Des données préliminaires chez les personnes avec LCA semblent suggérer la faisabilité et l'intérêt d'un tel enseignement (Kuppelin et al., 2024).

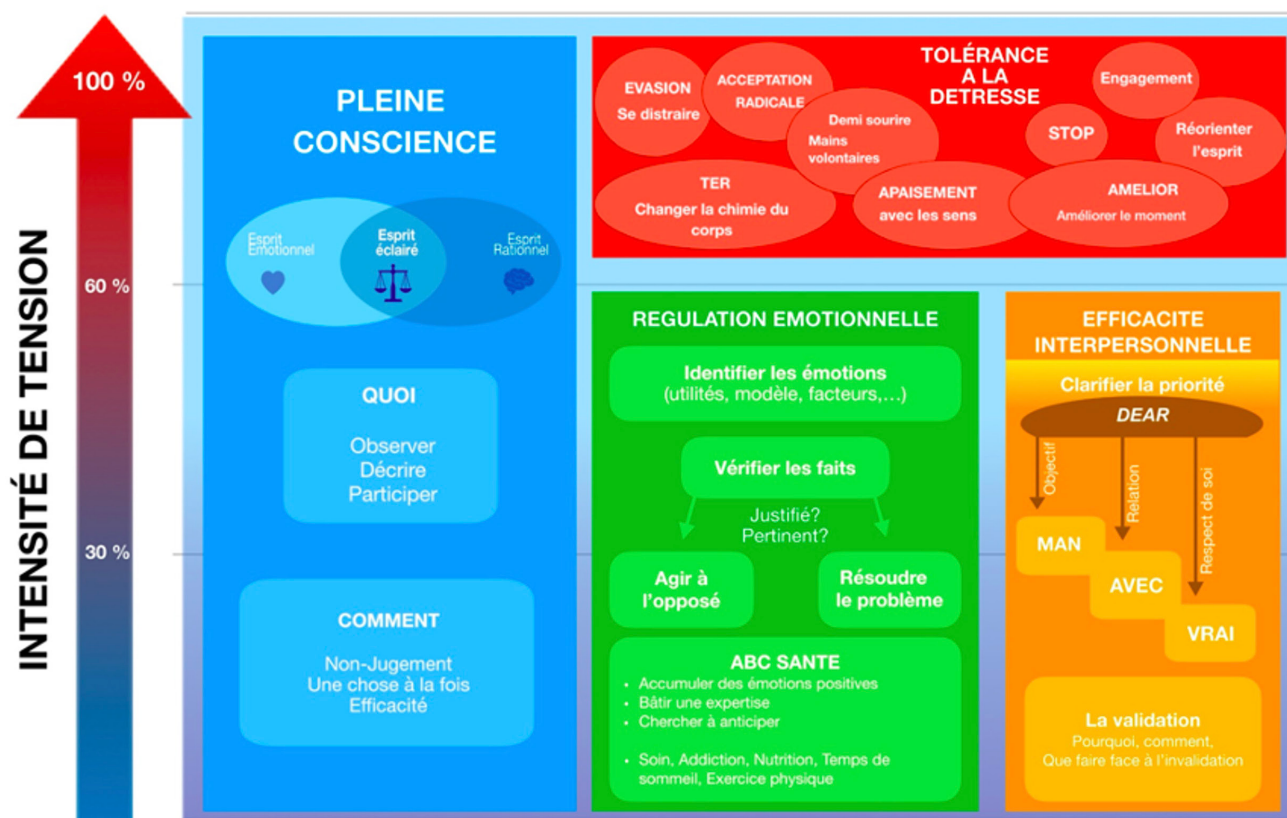
Les entretiens pour la présente étude ont été réalisés en post-GREMO : les participants ont bénéficié de cinq mois de TCD durant lesquels ils ont appris des compétences de régulation émotionnelle. L'objectif étant de minimiser la détresse émotionnelle pour « construire une vie qui vaille la peine d'être vécue ». Les quatre modalités habituelles de la TCD sont les suivantes : (1) un groupe hebdomadaire de psychoéducation et d'apprentissage de compétences, comportant un enseignement théorique et expérientiel d'une compétence (ex : pleine conscience) et un retour sur la pratique à domicile des compétences. Une compétence est une technique psychologique visant un but spécifique dans le contexte de la régulation émotionnelle (ex : meilleure conscience émotionnelle, prise de recul, tolérance à la détresse, etc.) (cf. figure 2 et annexe 1) ; (2) un

suivi individuel hebdomadaire pour aider les participants à mettre en pratique les compétences dans leur quotidien ; (3) une consultation d'équipe où les professionnels s'entraident pour augmenter leur adhésion au format et optimiser l'efficacité de la thérapie ; (4) une permanence téléphonique afin d'aider les patients à généraliser les nouvelles compétences apprises dans le cadre de leur vie quotidienne. Deux modalités ont été ajoutées spécifiquement pour les LCA dans l'étude GREMO-LCA : des sessions dédiées à la révision des compétences et la préparation des exercices à domicile et l'envoi de vidéos YouTube présentant les compétences de la TCD et les illustrant avec des exemples pour favoriser une meilleure généralisation et automatisation dans la vie quotidienne.

Les compétences du GREMO ont été synthétisées dans la figure 2 et décrites plus en détail en annexe 1.

### Lieu de l'étude et équipe de recherche

Cette recherche s'est déroulée dans le service EMOI-TC (Équipe Multidisciplinaire d'Orientation et d'Insertion des personnes avec Troubles



**FIGURE 2 :** Schéma des compétences GREMO, réalisé par Enzo Lachaux de l'équipe TCD du CHU de Strasbourg d'après Linehan (1993).

Cognitifs), lieu d'accompagnement des personnes et de leurs familles dans la construction d'un projet de vie après LCA. L'équipe EMOI-TC assure la prise en charge de manière individuelle et adaptée aux besoins du patient et de ses proches, sur les plans médicaux, moteurs, fonctionnels, psychologiques, neuropsychologiques et sociaux. Les principales missions de l'équipe sont d'aider à comprendre les conséquences des LCA, à élaborer un projet de vie social, scolaire, professionnel et favoriser l'autonomie.

Les entretiens individuels ont été menés par une docteure en Médecine Physique et Réadaptation (MCU-PH), une doctorante en psychologie, un doctorant en linguistique et deux étudiantes en Master 2 d'orthophonie (autrices).

Les participants connaissaient par le biais de leurs consultations régulières la médecin MPR et la doctorante en psychologie mais pas les autres enquêteurs qui se sont présentés par leur nom et leur fonction. Les participants, informés par les consentements écrits, savaient que leur entretien avait lieu dans le cadre d'une étude participative transdisciplinaire sur la régulation des émotions dans le cadre d'une LCA.

### Échantillonnage et participants

L'échantillon est composé des 17 premiers enregistrements transcrits du protocole GREMO-LCA. Ces enregistrements correspondent à 17 patients désignés par le terme « participant » (aucun non-participant) issus de l'étude GREMO-LCA ayant des lésions cérébrales visibles à l'imagerie.

**TABEAU 1 :** Critères d'inclusion et de non-inclusion des participants.

| Critères d'inclusion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Critères de non-inclusion                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sujet avec lésion cérébrale acquise, quel que soit le type ou la localisation de la lésion cérébrale.                                                                                                                                                                                                                                  | Défaut majeur d'abstraction, introspection, ou anosognosie empêchant une réflexion autour des difficultés de régulation émotionnelle.                                                      |
| Sujet à plus de 18 mois de la lésion/du traumatisme crânien.                                                                                                                                                                                                                                                                           | Absence complète de gêne exprimée par le patient. Troubles cognitifs très sévères, aphasie ou déficience intellectuelle ne permettant pas la compréhension des supports et questionnaires. |
| Difficultés de comportement OU dysrégulation émotionnelle OU niveau élevé d'anxiété, dépression (>1.65 écart-type sur les questionnaires) OU des plaintes de dysrégulation émotionnelle du sujet et de la part de sa famille.                                                                                                          | Pathologie cérébrale dégénérative associée.                                                                                                                                                |
| Difficulté secondaire ou aggravée par une lésion cérébrale acquise (les patients présentant un trouble de personnalité préexistant n'étaient pas exclus, du moment que les difficultés actuelles ont été déclenchées ou aggravées par la lésion cérébrale).                                                                            | Lésion cérébrale d'origine cancéreuse, d'évolution incertaine.                                                                                                                             |
| Responsable d'une souffrance importante pour soi ou pour l'entourage (trouble du comportement, accès de colère, agressivité, acte avec implication légale ou anxiété avec comportement d'évitement...), limitant la construction d'un projet de vie (critère de prise en charge des patients dans le service où est réalisée l'étude). | Pathologie psychotique non stabilisée.                                                                                                                                                     |
| Sujet affilié à un régime de protection sociale d'assurance maladie ou bénéficiaire d'un tel régime.                                                                                                                                                                                                                                   | Patient en traitement par une thérapie cognitivo-comportementale de 3e génération (type thérapie d'acceptation et d'engagement) durant sa participation à l'étude.                         |
| Sujet apte à comprendre les objectifs et les risques liés à la recherche et à donner un consentement éclairé daté et signé.                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |
| Âgé de 18 à 68 ans, le service EMOI TC n'accueillant que des patients jeunes en âge de travailler.                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |
| Maîtrise de la langue française.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |

EMOI-TC = Equipe Multidisciplinaire d'Orientation et d'Insertion des personnes avec Troubles Cognitifs, après lésion cérébrale acquise

Les critères d'inclusion et de non-inclusion figurent dans le tableau 1 et les caractéristiques des participants dans le tableau en annexe 2.

Les participants ont signé un consentement écrit pour l'ensemble du protocole GREMO-LCA. La prise de rendez-vous pour les entretiens en face à face a été faite par mail ou par téléphone. Les participants ont été anonymisés à l'aide de pseudonymes. Les participants ont été évalués avec deux échelles d'impression clinique par l'équipe multidisciplinaire EMOI-TC qui les connaissait depuis au moins deux ans. La CGI-S (Clinical Global Impressions - Severity) permet d'évaluer la sévérité des symptômes : elle était cotée séparément pour les difficultés de dysrégulation émotionnelle et pour les difficultés cognitives (cf. annexe 2). La Clinical Global Impressions - Improvement (CGI-I) Scales (cf. annexe 2) est une échelle qui mesure l'amélioration clinique perçue chez un patient par rapport à un point antérieur dans le temps. Les évaluateurs classent l'amélioration sur une échelle de 1 à 7, où 1 indique une amélioration très importante, 4 un état inchangé et 7 indique une aggravation très importante.

Les participants présentaient des difficultés attentionnelles, mnésiques et exécutives en plus de la dysrégulation émotionnelle. Afin de connaître le profil des patients, les bilans neuropsychologiques réalisés au moins 2 ans après la LCA ont été analysés : un patient était considéré comme pathologique si au moins un des tests avait un score de -2 écarts-types (cf. annexe 2).

### Recueil des données

La trame d'entretien comportait deux parties : l'une formelle destinée à une étude quantitative,

avec des questions du type « Racontez-moi un souvenir précis des 5 derniers mois où vous avez vécu une situation de bonheur ». L'unique possibilité de relance était « Dites-m'en plus ». La deuxième partie, plus libre, était destinée spécifiquement à une analyse qualitative, avec des questions du type « Comment vos émotions du moment influencent vos décisions ? ». La trame d'entretien a été élaborée en partie lors de réunions participatives regroupant des patients, leurs familles, des philosophes, psychologues et médecins. Elle a été testée et modifiée par EMOI-TC en partenariat avec le laboratoire de linguistique LiLPa (Linguistique, Langues, Parole). Elle visait à répondre à trois questions de recherche différentes (étude quantitative par analyse automatisée du langage du traitement des émotions, analyse qualitative du vécu du libre arbitre après LCA, analyse qualitative du vécu émotionnel après LCA) dont seule la troisième est traitée dans cet article.

Des images et photos chargées émotionnellement ont été proposées à deux moments de l'entretien pour faciliter l'émergence de partage d'émotions. Ces supports, représentant une scène de tristesse, de conflit, la chambre de Van Gogh, l'opposition ange et démon dans la prise de décision et Zinedine Zidane lors de la finale de la coupe du monde de football de 2006, invitaient le participant à évoquer des souvenirs émotionnels. La charge émotionnelle des questions du guide d'entretien évoluait progressivement pour permettre au participant de se sentir en confiance dans l'évocation de ses souvenirs et de son vécu.

Un enregistrement audio unique (non-répété) et des notes ponctuelles (recueil des informations non-verbales, exemple : pleurs) ont été réalisés

**TABEAU 2** : Descriptif des étapes IPA réalisées en double codage (d'après Smith, 2015).

| Étapes                                                                           | Objectifs                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Lecture de l'entretien                                                        | Familiarisation avec l'entretien et immersion dans le vécu du participant                                                            |
| 2. Annotation des principales unités de sens du discours                         | Prise de notes détaillée et descriptive en partant des mots du participant et en prêtant attention au contenu sémantique du discours |
| 3. Élaboration de codes                                                          | Rassemblement d'annotations en codes à un niveau d'abstraction supérieur                                                             |
| 4. Mise en lien des codes pour faire émerger des thèmes                          | Regroupement d'une structure de codes émergents en grandes unités de sens                                                            |
| 5. Analyse des entretiens suivants et mise en relation des thèmes : super-thèmes | Mêmes étapes pour la suite des entretiens puis groupements par thèmes récurrents                                                     |

pour recueillir les données en la seule présence du participant et de son enquêteur. La durée moyenne d'un entretien est de 76 minutes et le nombre d'annotations par entretien est compris entre 35 et 449.

Les entretiens enregistrés et pseudonymisés ont été retranscrits mot à mot par des étudiants stagiaires et doctorants du laboratoire de linguistique LiLPa et d'EMOI-TC en vue de l'analyse des données. Une restitution des résultats aux participants a été réalisée.

## Méthodologie

La méthode qualitative d'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA : Interpretative Phenomenological Analysis) décrite par Smith (2015) a été utilisée pour cette étude. L'IPA a été choisie pour son approche combinant phénoménologie, herméneutique et idéographie, ce qui correspondait au désir d'être au plus proche de la complexité et de la richesse du vécu personnel de chaque participant. La méthode a permis de réaliser une analyse structurée du discours sous forme de super-thèmes et de thèmes dans les productions langagières verbales (cf. tableau 2). Chaque participant a donc pris part à un entretien semi-dirigé enregistré qui l'invitait à partager ses expériences personnelles et à conter des événements de sa vie. Les entretiens ont ensuite été transcrits mot à mot en vue de l'analyse. L'analyse des données en IPA suit une démarche rigoureuse et progressive. Tout d'abord, une lecture approfondie des transcriptions est effectuée afin de saisir les subtilités du discours des participants. Ensuite, une annotation initiale permet d'identifier les premiers thèmes émergents en s'appuyant sur les mots et expressions employés par les participants. Cette étape est suivie du développement des thèmes puis des super-thèmes, où les annotations sont mises en relation afin de structurer les concepts centraux et d'organiser l'analyse de manière cohérente. Enfin, une synthèse interprétative est construite, intégrant à la fois les expériences individuelles et les thèmes communs, permettant ainsi d'offrir une compréhension approfondie du phénomène étudié tout en respectant la singularité de chaque vécu.

## Analyse des données

Deux personnes ont codé les données (étudiantes en M2 d'orthophonie) sous supervision de la médecin MPR investigatrice principale de l'étude

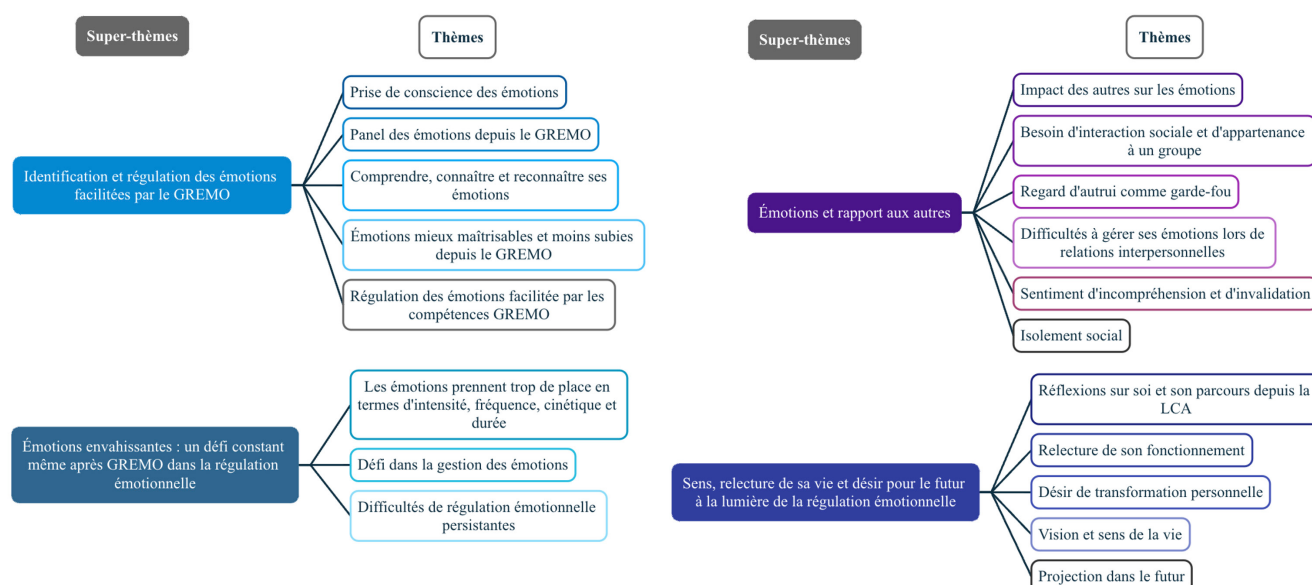
plus large GREMO-LCA dont sont issues les données. Un suivi et une supervision des codeuses ont été réalisés par une équipe de chercheurs spécialisée en IPA. Au vu de la diversité des vécus après LCA, une saturation de l'échantillon n'était pas recherchée.

L'objectif était de reconnaître et d'identifier les similitudes et les différences entre les discours de chaque participant. Les chercheuses ont ainsi été amenées non seulement à reconnaître des thèmes récurrents mais aussi à intégrer de nouvelles questions au fur et à mesure qu'elles émergeaient de l'analyse. Les thèmes n'étaient pas identifiés à l'avance et ont été déterminés à partir des données recueillies à l'aide du logiciel Nvivo.

Pour affiner l'analyse, seuls les verbatims contenant des exemples de la vie personnelle des participants ont été retenus, écartant ainsi les observations plus générales et philosophiques. Bien que l'analyse linguistique ne fût pas le but de cette étude, nous avons constaté que les participants avaient de manière générale un discours digressif, avec parfois un manque du mot, des coq-à-l'âne, des répétitions, une pragmatique parfois limitée, des coupures brutales du discours, des pertes du fil de la conversation ; les entretiens étaient coûteux à retranscrire, à lire et à coder. Le choix a été fait de remettre, si nécessaire, du contexte en italique ou d'effectuer des coupures ([...]) afin que le fond du discours du patient soit préservé. De plus, les interjections, tics de langage, erreurs syntaxiques et grammaticales des participants ont été rectifiés dans les verbatims pour s'assurer d'une bonne compréhension, mais ils feront l'objet d'une autre étude dans le projet GREMO-LCA par un laboratoire de linguistique en traitement automatique des langues.

## Résultats

Dix-sept participants (trois femmes et 14 hommes), âgés de 22 à 62 ans, ont participé à cette étude. La moyenne d'âge est de 38,9 ans, le délai moyen depuis la lésion est de 10,5 ans et la médiane du niveau d'études est le niveau 5 (Bac +2). Il s'agit de patients qui peuvent avoir suffisamment de recul sur leur lésion cérébrale pour réfléchir dessus. Ce sont des patients qui ne sont pas dans la sidération immédiate après lésion cérébrale et la plupart sont sortis de l'anosognosie. Il s'agit d'un des critères d'inclusion de l'étude plus large GREMO-LCA : des sujets à plus de 18 mois de la LCA.



**FIGURE 3 :** Arbre de codage des super-thèmes et thèmes.

Plusieurs super-thèmes et thèmes ont émergé des entretiens (cf. figure 3). Les exemples de verbatims ont été numérotés pour faciliter leur discussion, classés par super-thèmes et thèmes et présentés dans les tableaux 3 à 6. Les tics de langage et les répétitions involontaires ont été retirés et une ponctuation a été ajoutée afin de rendre la lecture des verbatims plus compréhensible.

### **Identification et régulation des émotions facilitées par le GREMO**

Les thèmes et codes de ce premier super-thème sont décrits dans le tableau 3.

#### **Prise de conscience des émotions**

La prise de conscience des émotions passe par la simple reconnaissance de la présence d'une émotion (Léo) et de ses causes et conséquences (Tom). Cette reconnaissance permet de mieux repérer et ressentir les émotions (Léo) et de les légitimer (Ana). Il est nécessaire ensuite d'y faire face malgré ses difficultés (Lou).

#### **Panel des émotions**

Les participants ont une expérience fréquente de la colère, les termes tels qu'« énerver » sont récurrents dans leurs verbatims. Les causes de la colère sont multiples : elle peut découler d'un échec lors d'une activité manuelle (Ben), mais aussi de leurs relations avec autrui (Tim). Elle peut survenir même pour des détails (Tim). La colère est décrite comme soudaine (Guy), envahissante

(Dan) et persistante (Max). Elle se manifeste par des insultes (Tim), de la destruction matérielle (Ben) ou autres passages à l'acte violent (Ben). Elle peut aussi se traduire par des symptômes somatiques comme une douleur à la poitrine (Eli). Les participants rapportent une perte de contrôle lorsqu'ils sont en colère (Luc) : « je m'énervais je le voyais même pas » (Guy), certains disent ne plus réfléchir (Tim), Luc dit ne plus « être moi-même ou même être poussé à la colère par une autre entité ».

Les participants relatent des peurs inexplicables (Lou), la peur du regard d'autrui (Tim, Léo) ou de l'abandon (Léo). Ils parlent de la peur comme un phénomène habituel et quotidien (Max).

Les causes de la tristesse sont diverses : échec professionnel (Rémi), erreur de jugement (Sam). Les participants relatent de la tristesse incontrôlable (Ana), instinctive (Rémi) et la décrivent comme une émotion qui domine (Tom).

Les participants parlent de la honte liée à leur handicap (Lou) et de ne pouvoir se rendre utile à la société (Ben, Zoé).

La détresse émotionnelle, source importante de mal-être, peut se traduire par des symptômes psychiques ou somatiques intenses (Ana) ou par un fort sentiment « d'ensemble vide » et « d'absence de pensées » (Tom). Elle entraîne de la fatigue émotionnelle (Dan), des idées noires (Guy) et des pensées suicidaires (Ana).

**TABEAU 3 :** Super-thème 1 : Identification et régulation des émotions facilitées par le GREMO : thèmes et codes.

| Thèmes                                                      | Codes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prise de conscience des émotions                            | Prise de recul<br>Légitimation<br>Ressentir plus de choses<br>Faire face à ses émotions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Colère                                                      | Causes de la colère<br>Caractérisation<br>Manifestations<br>Perte de contrôle                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Peur                                                        | Causes de la peur<br>Phénomène habituel et quotidien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tristesse                                                   | Causes de la tristesse<br>Caractérisation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Honte                                                       | Honte liée au handicap<br>Honte de ne pas se sentir utile                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Détresse émotionnelle                                       | Manifestations de la détresse émotionnelle<br>Conséquences                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Émotions agréables                                          | Bonheur<br>Fierté                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Absence d'émotion                                           | Absence d'émotion agréable<br>Absence de ressenti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Comprendre, connaître et reconnaître ses émotions           | Mieux se connaître depuis le GREMO<br>Mieux comprendre son fonctionnement émotionnel depuis le GREMO<br>Verbaliser ses émotions<br>Accepter l'émotion<br>Apprendre et comprendre ses émotions                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Émotions mieux maîtrisables et moins subies depuis le GREMO | Le GREMO a permis de minimiser certaines émotions négatives<br>Mieux contrôler les émotions négatives<br>Être moins soumis à ses émotions pour mieux fonctionner au quotidien et mieux vivre<br>Plus de ressentis positifs après le GREMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Régulation des émotions facilitée par les compétences GREMO | Utilisation générale des compétences GREMO pour réguler les émotions au quotidien<br>Changement de point de vue (DIALECTIQUE ET ESPRIT ÉCLAIRÉ)<br>Gérer l'impulsivité (STOP-TER)<br>Repérer les situations pourvoyeuses d'émotions négatives pour s'y préparer (ANTICIPATION)<br>Modifier sa réponse émotionnelle (VÉRIFIER LES FAITS, AGIR À L'OPPOSÉ-RÉSOLUTION DE PROBLÈME)<br>Créer de la distraction au moment de crises émotionnelles (EVASION/AMELIOR)<br>Interagir avec autrui (EFFICACITÉ INTERPERSONNELLE)<br>Acceptation des émotions<br>ACCEPTATION RADICALE |

Le bien-être se traduit chez les participants par l'expression de moments de bonheur dans leur rapport avec eux-mêmes : dans les activités sportives (Sam, Léo, Rémi) ou la musique (Ana). Les participants expriment aussi du bonheur dans leurs rapports avec autrui, par exemple en partageant une bonne nouvelle avec leurs proches (Léo).

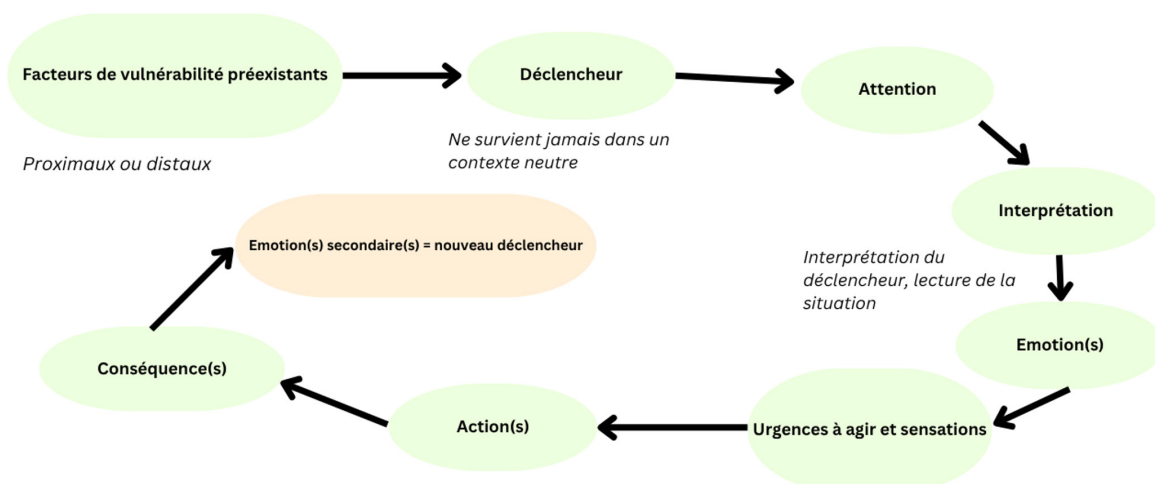
Leur bien-être est également exprimé par la « fierté » d'être capable de trouver des solutions (Lou), d'être capable de dire la vérité (Léo), d'être capable de se surpasser (Eli), d'avoir pu décrocher un nouveau travail (Ana).

Les participants ont signalé une absence d'émotion agréable dans des situations supposément plaisantes (Dan, Luc) ainsi que l'absence de ressenti après avoir réussi à ne pas se mettre en colère (Tim) ou encore un « sentiment d'apathie, de ne rien faire, de ne pas avancer, de ne pas bouger quoi » (Tom).

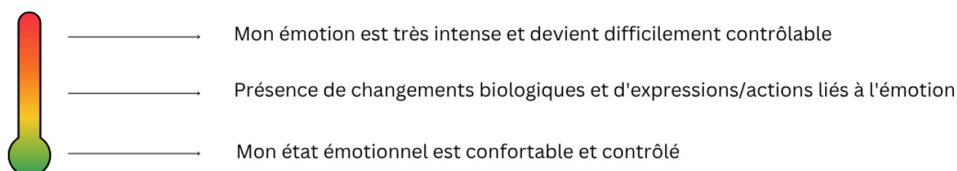
### **Comprendre, connaître et reconnaître ses émotions**

Les participants déclarent mieux se connaître par rapport à des personnes non cérébrolésées qui

## COMPRENDRE ET NOMMER LES EMOTIONS



### Le baromètre émotionnel : prendre conscience de l'intensité de l'émotion



Exemples de compétences du module de "Régulation émotionnelle"  
Se référer à l'annexe pour accéder à l'ensemble des compétences

FIGURE 4 : Exemple de compétence « COMPRENDRE ET NOMMER LES ÉMOTIONS »

## COMPETENCE "STOP"

### Empêcher une réaction impulsive

- |                                                                                                          |                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1 S'ARRETER</b> </p> <p>Dire STOP à son urgence à agir. Se figer</p>                               | <p><b>2 TEMPORISER</b></p> <p>Prendre une pause et une profonde inspiration</p>                                                                          |
| <p><b>3 OBSERVER</b> </p> <p>Observer ses pensées, émotions, sensations, la situation, sans jugement</p> | <p><b>4 POURSUIVRE EN PLEINE CONSCIENCE</b></p> <p>Réagir en tenant compte de la situation, selon ce qui est efficace. Interroger son Esprit Eclairé</p> |

## COMPETENCE "TER"

### Changer la chimie du corps - Atténuer rapidement un esprit émotionnel extrême

- |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>BAISSER LA TEMPERATURE DU VISAGE</b> </p> <p>Laver son visage à l'eau froide ou y placer une poche froide pendant au moins 30 secondes</p>                               | <p><b>EXERCICE INTENSE</b></p> <p>Dépenser l'énergie physique accumulée dans le corps en courant, en marchant vite, en sautant...</p>           |
| <p><b>RESPIRATION RYTHMEE</b> </p> <p>Respirer profondément, lentement, régulièrement<br/>Expiration plus longue que l'inspiration<br/>Respiration en rectangle/abdominale</p> | <p><b>RELAXATION MUSCULAIRE</b></p> <p>Pendant l'inspiration, contracter les muscles<br/>En expirant, laisser aller la tension, se détendre</p> |

Exemples de compétences du module de "Tolérance à la détresse"  
Se référer à l'annexe pour accéder à l'ensemble des compétences

FIGURE 5 : Exemple de compétence « STOP-TER ».

n'auraient pas suivi la thérapie GREMO (Théo) et mieux comprendre leur propre fonctionnement émotionnel depuis le GREMO (Ana), ce qui permet de ressentir « plus de choses » (Léo). Ils rapportent avoir appris à mettre des mots sur leurs émotions (Tom) et à les nommer (Rémi), ce qui permet de mieux les accepter (Zoé). Repérer ses émotions propres et les comprendre permet de les remettre à leur juste place et de les désamorcer (Rémi).

### Émotions mieux maîtrisables et moins subies depuis le GREMO

Les participants relèvent que le GREMO a permis de minimiser certaines émotions négatives : moins

d'idées noires (Max), colère réduite en fréquence (Max), dépression minimisée (Dan) et de mieux les contrôler pour éviter certains comportements inappropriés (Zoé). Être moins soumis à ses émotions permet de mieux fonctionner au quotidien et de mieux vivre en empêchant certains comportements nocifs (Ana), en permettant de mettre ses émotions de côté pour raisonner (Rémi), se recentrer sur soi (Ana), mais aussi d'abaisser le niveau de fatigue émotionnelle (Théo). Les participants rapportent expérimenter plus de ressentis positifs après le GREMO, ce qui améliore l'estime de soi (Eli) et permet une perception de soi plus sereine (Théo).

## COMPETENCES "EVASION"

### Se distraire avec l'Esprit Eclairé

#### ● ENCOMBRER L'ESPRIT

Compter, réciter l'alphabet à l'envers, répéter des mots dans sa tête comme une chanson

#### ● VERROUILLER LES PENSEES

Quitter mentalement la situation, ériger un mur imaginaire entre soi et la situation

#### ● ACTIVITES

Mobiliser l'attention autour d'une activité : un film, un jeu, un bon plat, un jeu vidéo... choisir ce qui fonctionne

#### ● SENSATIONS

Rechercher des sensations qui happent l'attention : glaçons dans la main, douche froide ou chaude ...

#### ● INVERSER L'EMOTION

Lire des récits humoristiques, des livres émouvants, voir un film comique

#### ● OUVERTURE AUX AUTRES

Faire quelque chose d'attentionné, se concentrer sur un proche

#### ● NUANCER

Comparer sa situation à un moment où c'était encore plus difficile

## COMPETENCES "AMELIOR"

### Améliorer le moment

#### ● ADRESSER UNE PRIERE

S'adresser à quelque chose qui nous dépasse pour trouver des ressources

#### ● METTRE DU SENS

Trouver la raison d'une situation douloureuse, se centrer sur les aspects positifs sans trop pousser la réflexion

#### ● ENCOURAGEMENT DE SOI

"Ça ira, je vais me sortir de ça..."

#### ● LOISIR/VACANCES

S'offrir un congé, pour une journée ou même quelques minutes

#### ● IMAGERIE

S'imaginer des scènes relaxantes, se souvenir d'un moment heureux

#### ● ORIENTATION SUR LE PRESENT

Une chose à la fois : se centrer uniquement sur ce qu'on est en train de faire

#### ● RELAXATION

Se détendre avec un bain, respirer, modifier son expression faciale

*Exemples de compétences du module de "Tolérance à la détresse"  
Se référer à l'annexe pour accéder à l'ensemble des compétences*

**FIGURE 6 :** Exemple de compétence « EVASION-AMELIOR ».

### **Régulation des émotions facilitée par les compétences GREMO**

Les participants rapportent utiliser les compétences GREMO pour faire face à leurs émotions au quotidien. Ils les évoquent soit de manière générale, soit en ciblant une compétence précise (cf. annexe 1). Ces compétences permettent d'être capable de réguler ses émotions en les analysant, en les nommant (COMPRENDRE ET NOMMER LES ÉMOTIONS) (cf. figure 4) mais aussi de changer de point de vue sur une situation (DIALECTIQUE-ESPRIT ÉCLAIRÉ), de gérer l'impulsivité (STOP-TER, par exemple baisser la température du corps pendant une crise émotionnelle) (cf. figure 5), de créer de la distraction au moment de crises émotionnelles, mais aussi d'opérer des stratégies d'apaisement et de modifier la cinétique d'une émotion (EVASION-AMELIOR) (cf. figure 6), de pouvoir mieux interagir avec autrui (EFFICACITÉ INTERPERSONNELLE).

Pour réguler les émotions, les participants repèrent les situations pourvoyeuses d'émotions négatives pour s'y préparer (ANTICIPATION), modifier leur réponse émotionnelle (VÉRIFIER LES FAITS, AGIR À L'OPPOSÉ et RÉOLUTION DE PROBLÈME), en utilisant leurs valeurs comme ligne directrice pour décider quoi faire d'une émotion, d'accepter ses émotions et d'accepter la douleur liée à ses émotions : « Il faut laisser la place comme dit à la colère, à la tristesse ou autre mais c'est pas pour autant [...] que je bafoue mes valeurs, non, je me dis juste que c'est une émotion négative et voilà il faut la vivre, il faut pas rester focus dessus. » (Eli) (ACCEPTATION RADICALE).

### **Émotions envahissantes : un défi constant même après GREMO dans la régulation émotionnelle**

Les thèmes et codes du second super-thème sont décrits dans le tableau 4.

#### **Les émotions prennent trop de place en termes d'intensité, de fréquence, de cinétique et de durée**

Les participants décrivent globalement leurs émotions comme envahissantes. Ils rapportent être dirigés et influencés par leurs émotions qui prennent facilement le dessus (Rémi, Guy, Lou, Eli, Dan). Ils relatent que leurs émotions sont soudaines, la colère est ainsi comparée à une bombe qui explose (Tim) et à une réaction chimique instantanée (Tom). Elles sont vécues de manière très intense (Ana) voire « extrême » (Max) et peuvent passer d'un extrême à l'autre en très peu de temps (Max, Dan, Théo) comme de véritables « montagnes russes » (Ana). Les participants remarquent aussi que leurs émotions se prolongent dans le temps, parfois sans jamais s'arrêter (Yves).

#### **Défi dans la gestion des émotions**

La gestion des émotions est une préoccupation constante pour les participants. Malgré les outils du GREMO, les participants relatent une identification des émotions encore floue (Dan). La gestion de leurs émotions est un défi quotidien qui peut déclencher des symptômes somatiques (Gus) aussi bien qu'engendrer une perte de contrôle (Ben) et déclencher de la détresse émotionnelle (Théo). Les émotions sont décrites comme handicapantes

**TABEAU 4 :** Super-thème 2 : Émotions envahissantes : un défi constant même après GREMO dans la régulation émotionnelle : thèmes et codes.

| Thèmes                                                                                   | Codes                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Les émotions prennent trop de place en termes d'intensité, fréquence, cinétique et durée | Émotion soudaine<br>Émotion sans fin<br>Émotions envahissantes<br>Vécu des émotions très intense<br>Labilité émotionnelle<br>Émotions prennent le dessus                                 |
| Défi dans la gestion des émotions                                                        | Coexistence des émotions<br>Émotion déclenche symptômes somatiques<br>Émotion négative floue<br>Émotions compliquées à gérer<br>Émotions vécues comme un handicap diminué grâce au GREMO |
| Difficultés de régulation émotionnelle persistantes                                      | Difficulté à utiliser les compétences GREMO<br>Stratégie absente<br>Stratégie échouée<br>Stratégie inefficace                                                                            |

(Ana). Cependant, le vécu de leurs émotions admet la coexistence de contraires (dialectique) (Lou, Luc) avec un discours plus nuancé même en cas de difficultés persistantes.

### **Difficultés de régulation émotionnelle persistantes**

Après le GREMO, la régulation émotionnelle reste difficile. Les participants disent que les compétences GREMO ne fonctionnent pas toujours (Dan), ne sont pas toujours utilisées (Tim) et parfois même génèrent de la tristesse (Tim). Les participants relatent des situations où l'absence de stratégie de régulation a eu des conséquences négatives : idées noires (Guy, Léo), pleurs durant toute une épreuve du bac (Lou), achats compulsifs (Ana). Certaines situations sont vécues comme un échec du fait de l'échec d'une stratégie de régulation (Max). Certaines stratégies personnelles (i.e. hors GREMO) sont rapportées par les participants comme non efficaces : Ben déclare s'en prendre à un objet ou à quelqu'un pour décharger sa colère et le regretter après, Tom dort lorsqu'il est triste en pensant aller mieux après, ce qui n'est jamais le cas.

### **Émotions et rapport aux autres**

Les thèmes et codes du troisième super-thème sont décrits dans le tableau 5.

### **Impact des autres sur les émotions**

Les participants relèvent un fort impact des autres sur leurs émotions. Pour certains, les émotions négatives (Dan) et la capacité à les réguler dépendent de l'attitude des autres (Ben, Max, Lou, Théo, Gus). Pour Tom, le fait de vivre seul permet d'échapper à la colère.

### **Besoin d'interaction sociale et d'appartenance à un groupe**

Les participants ont un besoin d'appartenance à des cercles sociaux et d'interaction avec les autres. La solitude est perçue comme une « grande angoisse dans la vie » (Ana), tandis que le manque d'ami et le célibat sont vécus comme un échec (Dan). La possibilité de valider et d'être validé par autrui est agréable (Eli), tout comme la possibilité de partager son vécu avec d'autres patients ayant des difficultés similaires permet d'aller mieux (Eli, Ben, Dan, Luc). Pouvoir s'identifier aux autres (Max), pour ne plus avoir l'impression « d'être un extraterrestre » (Théo) est un réel besoin. Eli considère qu'il se connaît mieux grâce aux autres : « je me connais mieux grâce aux gens aussi qui m'ont dit certaines choses que ce soit vrai ou pas ».

**TABEAU 5** : Super-thème 3 : Émotions et rapport aux autres : thèmes et codes.

| Thèmes                                                             | Codes                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Impact des autres sur les émotions                                 | Autrui guide les émotions<br>Émotions négatives dépendantes d'autrui<br>Régulation dépendante de l'attitude de la personne en face<br>Vivre seul permet d'éviter la colère          |
| Besoin d'interaction sociale et d'appartenance à un groupe         | Solitude problématique<br>Validation plaisante<br>Besoin de s'identifier à autrui<br>Partager son vécu pour aller mieux<br>Meilleure connaissance de soi grâce aux autres           |
| Regard d'autrui comme garde-fou                                    | Se contrôler pour ne pas nuire<br>Se contrôler pour ne pas ressentir de honte                                                                                                       |
| Difficultés avec les émotions dans les relations interpersonnelles | Colère et violence<br>Sentiment d'humiliation et de rejet<br>Angoisse<br>Intérioriser les émotions des autres<br>Projection de ce que pense autrui influe sur la capacité à réguler |
| Sentiment d'incompréhension et d'invalidation                      | Besoin de validation de sa souffrance par autrui<br>Sentiment d'être invalidé<br>Sentiment d'être incompris                                                                         |
| Isolement social                                                   | Isolement volontaire<br>Isolement vécu comme subi<br>Souffrance de la solitude                                                                                                      |

### ***Regard d'autrui comme garde-fou***

Certains participants voient le regard d'autrui comme un garde-fou, soulignant ainsi son rôle dans le maintien du contrôle de soi pour éviter de causer du tort (Tom). Pour Tim, ce contrôle est également motivé par le désir d'éviter de ressentir de la honte face aux autres.

### ***Difficultés à gérer ses émotions lors de relations interpersonnelles***

Les participants sont en difficulté dans la gestion de leurs émotions lors des interactions avec autrui. Max relate une perte de chance de se marier due à ses accès de colère. Tim ne veut pas « être pris pour un con » et est prêt à un « carnage » pour un conflit mineur (mais non reçu comme mineur par le participant), par exemple un retard de mail avec une agence immobilière. Il évoque de la rage lorsqu'il ne domine pas une situation. Max se sent rejeté par l'autre quand on s'énerve contre lui et Tim se sent humilié et rabaissé à la moindre provocation. Ana évoque de l'angoisse à chaque conflit familial ou dans sa vie de couple. Lou explique qu'elle « absorbe » les émotions des autres au point de ne plus avoir d'émotions propres, et Ana explique qu'elle a du mal à ne pas se faire « envahir » par l'émotion de l'autre. Eli et Luc relatent des événements où ils s'imaginaient ce qu'autrui pensait d'eux, ce qui les a empêchés de réguler leurs émotions et a entraîné de l'angoisse et du stress.

### ***Sentiment d'incompréhension et d'invalidation***

Certains participants relatent un besoin de validation de leur souffrance par autrui (Dan) car ils ont le sentiment d'être invalidés depuis leur accident (Tim). D'autres ont l'impression d'être incompris par leur entourage (Dan) avec le sentiment que leur entourage ne voit pas leur évolution (Max).

### ***Isolement social***

Certains participants décrivent un isolement social pesant, source de souffrance (Dan). Tom choisit délibérément la solitude et préfère qu'on le « laisse tranquille, errer ». Dans d'autres cas, des liens sociaux coupés au fil des années ont conduit à un isolement vécu comme subi (Guy, Zoé).

### ***Sens, relecture de sa vie et désir pour le futur à la lumière de la régulation émotionnelle***

Les thèmes et codes du quatrième et dernier super-thème sont décrits dans le tableau 6.

### ***Réflexions sur soi et son parcours depuis la LCA***

Les participants évoquent comment leur vie a évolué depuis la LCA. On retrouve dans leur discours de l'acceptation et de la résignation face aux événements vécus, par exemple pour Yves « c'est le destin qui a voulu que je passe par là pour devenir meilleur ».

Pour certains, il s'agit d'une prise de conscience du retentissement de la LCA et de ses conséquences négatives. Par exemple, Rémi se souvient d'avoir été « dans le chaos des émotions » et Tim déclare qu'il aurait préféré ne pas survivre à son accident. Lou a vécu son parcours depuis la LCA comme « une lutte ». D'autres participants portent un regard plus bienveillant sur eux depuis le GREMO : être moins dans l'auto-jugement (Zoé) permet d'identifier ses propres priorités et besoins (Théo).

### ***Vision et sens de la vie***

Les participants évoquent leur vision de la vie et le sens qu'ils lui donnent. Pour certains le bonheur est un enjeu central (Tom, Tim). L'épanouissement personnel, avec la notion de satisfaction (Rémi) et de liberté (Tom), permet de trouver sa place dans la société (Ben). Être fier de soi-même (Dan) et le fait d'avoir survécu à son accident (Tim) sont des motivations à avancer dans la vie. Les valeurs telles que l'amour et la famille permettent de s'attacher aux choses essentielles (Zoé) et de trouver un sens à la vie (Ana). On note aussi une vision plus négative de la vie avec une absence de sens (Dan) et une description de la vie comme un jeu infernal (Tim).

### ***Relecture de son fonctionnement émotionnel avant GREMO***

Les participants analysent leur fonctionnement émotionnel avant GREMO grâce à leur meilleure compréhension de leurs émotions. Ils rapportent une perception d'eux-mêmes qui leur paraît altérée (Yves) et des changements dans la personnalité ou dans leur caractère (Guy, Ana). On retrouve des questionnements sur leur normalité (Ben) et une incompréhension de leur état (Ben). Les participants évoquent beaucoup d'auto-jugement (Zoé), des émotions intenses et exacerbées (Tom, Yves, Théo,

**TABEAU 6 :** Super-thème 4 : Sens, relecture de sa vie et désir pour le futur à la lumière de la régulation émotionnelle : thèmes et codes.

| Thèmes                                                 | Codes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Réflexions sur soi et son parcours depuis la LCA       | Acceptation et résignation<br>Prise de conscience du retentissement de la LCA<br>Vécu de la LCA comme une lutte<br>Conséquences négatives de la LCA<br>Regret d'avoir survécu<br>Regard plus bienveillant sur soi<br>Identifier ses priorités et besoins                                                              |
| Vision et sens de la vie                               | Bonheur : un enjeu central<br>Épanouissement personnel pour être heureux<br>Motivation à avancer dans la vie<br>Valeurs amour-famille<br>Vision négative de la vie                                                                                                                                                    |
| Relecture de son fonctionnement émotionnel avant GREMO | Perception de soi, personnalité et identité<br>Émotions négatives exacerbées<br>Résignation face aux émotions<br>Stratégies en cas de colère<br>Vécu émotionnel identique avant ou après GREMO<br>Vécu émotionnel différent non identifié comme étant grâce au GREMO<br>Excès d'émotion menant à des prises de risque |
| Désir de transformation personnelle                    | Changer pour moins s'énervier<br>Changer pour avancer dans la vie<br>Désir de normalité                                                                                                                                                                                                                               |
| Projection dans le futur                               | Projets concrets<br>Construire une vie malgré les difficultés<br>Désir d'avenir malgré la colère<br>Anticipation d'une émotion négative<br>Peur de régresser                                                                                                                                                          |

Max, Eli). Tom dit qu'il avait « capitulé » face à ses émotions. Zoé et Max évoquent des stratégies employées pour réguler leur colère : jeter son téléphone par terre, claquer des portes ou s'isoler aux toilettes. Luc relate des excès d'émotions ayant mené à des comportements dangereux en conduite automobile.

### *Désir de transformation personnelle*

Les participants aimeraient changer leur façon d'être pour que la colère prenne moins le dessus (Guy, Gus) ou même pour ne plus s'énervier du tout (Ben). Ce changement désiré (Tim) permettrait d'avancer dans la vie et d'en être acteur et maître (Guy). Dan et Lou aspirent à une « normalité », celle-ci permettrait une « paix intérieure » (Dan).

### *Projection dans le futur*

On relève dans le discours des participants l'envie de faire des projets concrets comme soigner son addiction et acheter une maison (Tim), mais aussi le besoin de reconstruire une vie malgré ses difficultés (Sam) et la colère persistante (Tim). Ces projections dans le futur peuvent également être

marquées d'anticipation négative, Lou ne sait pas jusqu'à quand elle ira bien et Guy exprime ses craintes quant à la fin de sa thérapie, « peur de revenir en arrière ».

## **DISCUSSION**

Le but de notre étude était d'explorer le vécu émotionnel des participants victimes de LCA après apprentissage de compétences de régulation émotionnelle. L'étude identifie quatre super-thèmes clés : (1) identification et régulation des émotions facilitées par le GREMO, (2) émotions envahissantes : un défi constant même après GREMO, (3) émotions et rapport aux autres, (4) sens, relecture de sa vie et désir pour le futur à la lumière de la régulation émotionnelle.

Grâce à l'apprentissage de la régulation émotionnelle, les participants ont acquis la capacité à réfléchir à leur propre expérience et peuvent prendre du recul pour réévaluer leur comportement en lien avec la LCA à la lueur du GREMO. Leur vécu émotionnel est devenu plus accessible (cf. super-thème 1), qu'ils utilisent les

compétences ou pas, grâce à l'acquisition de clés de compréhension de leur fonctionnement. Contrairement à leur situation avant la thérapie GREMO, où le vécu émotionnel était souvent flou et mal identifié (Roy et al., soumis) les participants ont désormais une compréhension plus profonde de leur expérience, ce qui enrichit leur réflexion sur ce qui leur est arrivé (cf. super-thème 3).

Les participants à l'étude sont dysrégulés émotionnellement (car il s'agit de l'un des critères d'inclusion (cf. tableau 1)). Comme espéré de cette thérapie qui cible cette dysrégulation, ils rapportent une amélioration dans l'identification et la régulation de leurs émotions depuis le GREMO, mais rapportent des difficultés persistantes, caractéristiques de la dysrégulation émotionnelle. Les verbatims montrent la place des émotions et la souffrance liée à leur dysrégulation ; pourtant la dysrégulation émotionnelle est peu prise en compte dans les prises en charge habituelles après LCA, qui sont surtout cognitives (sans travail émotionnel spécifique). Toutefois, la littérature a commencé à montrer l'importance de gérer les émotions pendant les rééducations cognitives. Par exemple, les approches comme celle de Rath et al., (2011), privilégient une orientation au problème avant de résoudre une tâche. Cette approche encourage à identifier les réactions émotionnelles, évaluer le problème et explorer les possibilités de contrôle. Les patients apprennent notamment à repérer leurs pensées négatives appelées « self-talk négatif ». Cibler la reconnaissance des émotions et leur régulation pourrait ainsi permettre une meilleure utilisation des stratégies métacognitives en vie quotidienne. En effet, la littérature de rééducation cognitive suggère un lien clair entre émotions et capacités cognitives. Spikman et al. (2013) ont montré que les difficultés d'identification d'émotions impactent l'efficacité de la rééducation des Fonctions Exécutives (FE). Ainsi, l'intégration de stratégies de régulation émotionnelle dans les tâches exécutives, comme proposée par Krasny-Pacini et Kuppelin (2023), semble pertinente.

Il est surprenant de constater que la littérature sur la dysrégulation émotionnelle et celle sur les FE convergent, mais sont rarement croisées dans les études. Par exemple, un des composants de la dysrégulation émotionnelle de l'Échelle des Difficultés de Régulation des Émotions (EDRE) (Côté et al., 2013) est la « difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives », ce qui rejoint la définition communément admise des

FE comme « capacités cognitives qui permettent un comportement dirigé vers un but », en y ajoutant la problématique émotionnelle. D'ailleurs, les modèles développementaux des FE, comme celui de Diamond (2013), soulignent que les FE et l'autorégulation (y compris l'autorégulation émotionnelle) sont étroitement liées. L'autorégulation, qui englobe la capacité à maintenir un niveau optimal d'activation émotionnelle, motivationnelle et cognitive, est un élément clé dans la régulation du comportement. Il est impossible de considérer la régulation de la cognition ou le contrôle inhibiteur sans prendre en compte la régulation du comportement. En d'autres termes, il est impossible d'aborder la cognition sans tenir compte des émotions. Une émotion surgissant chez un patient en pleine séance d'orthophonie peut possiblement saturer sa mémoire de travail, rendant difficile tout travail cognitif supplémentaire.

Il est pertinent d'envisager l'orthophonie comme un domaine pouvant contribuer non seulement au domaine cognitif, mais également au bien-être psychique des patients. Par exemple, l'utilisation d'exercices d'inhibition des pensées pourrait s'avérer bénéfique pour aider à gérer les ruminations ou les pensées envahissantes (Watkins, 2004 ; Watkins & Roberts, 2020). En utilisant nos outils orthophoniques axés sur les FE, nous pouvons initier un travail de repérage suivi d'un travail d'inhibition des pensées ou de certains comportements non en accord avec des valeurs du patient, offrant ainsi une approche plus intégrée et écologique impactant la qualité de vie et pas seulement la diminution des déficiences. De plus, il est essentiel de reconnaître le rôle des émotions dans la préparation à l'action, dans l'interaction sociale et la communication (Linehan, 2015). En évitant de traiter une émotion qui surgit pendant une séance d'orthophonie, on risque de négliger un message important. Il paraît pertinent que l'orthophoniste aide le patient à repérer ses réactions émotionnelles propres et pas seulement à travailler la reconnaissance des émotions des autres, comme on peut le retrouver dans la plupart des rééducations de la cognition sociale et la théorie de l'esprit.

Bien que les recommandations INCOG (Togher et al., 2023) suggèrent d'identifier ses propres émotions avant d'identifier les émotions des autres, il semble que cela soit souvent négligé dans beaucoup de programmes de cognition sociale. Ainsi la gestion des émotions semble indissociable

de la rééducation cognitive (cf. les propositions pour les rééducateurs de Kuppelin et al., 2023). Pourtant le rôle des rééducateurs n'est pas d'être des psychothérapeutes. Si l'on identifie qu'un travail psychologique est nécessaire conjointement à un travail cognitif, le rôle de l'orthophoniste est aussi d'orienter vers des thérapies adaptées. Par exemple, les recommandations INCOG pour les troubles attentionnels recommandent clairement un travail TCC préalable ou concomitant lorsqu'une anxiété affecte les capacités attentionnelles après un TC (Ponsford et al., 2023). Il est ici important de noter que les TCC sont des thérapies ciblées, fondées sur des preuves scientifiques, visant une problématique précise, par exemple l'anxiété, et ont un rôle différent des psychothérapies de soutien dont peuvent aussi bénéficier les patients pour les aider à la reconstruction identitaire. En pratique, lorsque le patient est confronté au défi de la gestion émotionnelle et aux difficultés persistantes de régulation émotionnelle (cf. super-thème 2), il semble pertinent que le cœur du travail orthophonique se concentre sur l'inhibition de certaines pensées, conjointement avec des TCC.

Dans les programmes de rééducation en France, notamment pour les LCA, il conviendrait d'instaurer une collaboration étroite entre le travail exécutif réalisé par les orthophonistes et le travail psychothérapeutique TCC visant à enseigner des compétences pour réguler le comportement, les émotions et les pensées. Finalement, ne devrions-nous pas envisager une approche combinée de manière explicite : ainsi, si le psychologue TCC se concentre sur le « self-talk négatif », alors l'orthophoniste pourrait également travailler sur l'inhibition des pensées. Les modalités de cette collaboration restent à définir.

Il pourrait être utile que les orthophonistes se forment aux compétences de régulation émotionnelle, la TCC étant également ouverte à d'autres professionnels de santé que les psychologues. En orthophonie, l'utilisation des TCC est déjà développée dans des domaines tels que le bégaiement (Menziez et al., 2008) par exemple. Il est également intéressant de remarquer que dans d'autres champs de l'orthophonie, comme les troubles du spectre autistique (Breheret, 2019) et le bégaiement (Tison, 2022), une plus grande attention est accordée aux aspects émotionnels. Cette constatation ouvre la perspective d'intégrer davantage cet aspect dans la prise en charge des troubles du langage et de la communication, même si cela ne semble pas encore naturel étant

donné la multitude de domaines à rééduquer en orthophonie après une LCA, tels que les difficultés langagières et les FE. En fin de compte, pour orienter les objectifs thérapeutiques, il est essentiel d'examiner où en est le patient, quelles sont ses aspirations et ses valeurs, afin de lui offrir une prise en charge orthophonique qui réponde au mieux à ses besoins et à ses objectifs.

Les compétences GREMO semblent offrir une piste prometteuse pour les personnes confrontées aux défis émotionnels après une LCA, même si elles ne résolvent pas tous les problèmes. Le fait que les participants évoquent ces compétences suggère la faisabilité d'apprendre des compétences de régulation émotionnelle malgré des troubles cognitifs. Il est néanmoins nécessaire d'évaluer avec des méthodologies quantitatives l'impact réel de cet apprentissage sur la gestion émotionnelle et la qualité de vie. Une première étude pilote, utilisant des auto-questionnaires, suggère que la TCD pourrait améliorer la régulation émotionnelle et le domaine « émotions » de la qualité de vie après une lésion cérébrale acquise (Kuppelin et al., 2024).

La TCD ne vise pas à améliorer la qualité de vie mais à « construire une vie qui vaut la peine d'être vécue », concept plus proche de la Croissance Post-Traumatique (CPT) que de la qualité de vie. Cela rejoint la littérature existante qui amène à se poser la question de la CPT après LCA (Grace et al., 2015). La CPT désigne des « changements psychologiques positifs résultant de la confrontation, de la lutte avec tout événement de vie défiant hautement les ressources de l'individu » (Tedeschi & Calhoun, 2004). En étant en mesure de réfléchir sur leur propre expérience, les patients expriment le désir de se recentrer sur eux-mêmes et sur ce qui leur procure du bien-être. On observe une acceptation pour reconstruire une nouvelle identité, imaginer leur futur moi et s'engager dans des projets significatifs, contribuant ainsi à une vie qui mérite d'être vécue. Les participants partagent leur aspiration à donner un sens renouvelé à leur existence après une LCA. Certains puisent leur motivation dans le fait d'avoir survécu, les incitant ainsi à avancer dans la vie. Pour d'autres, ce sont les valeurs « essentielles » telles que la famille, l'épanouissement personnel et l'amour qui occupent le cœur de leurs préoccupations, leur offrant un ancrage précieux dans leur quête de sens. Trouver sa place dans la société s'avère également crucial comme déjà rapporté par

d'autres études qualitatives après LCA (Levack et al., 2014). Au cœur des enjeux après une LCA, on trouve le désir fondamental d'atteindre le bonheur.

Il semble important que les éléments du super-thème 4 « sens, relecture de sa vie et désir pour le futur à la lumière de la régulation émotionnelle » soient mis en exergue dans la formation des orthophonistes, afin de permettre aux étudiants de mieux appréhender le contexte global de la rééducation orthophonique et de comprendre le vécu des patients. Actuellement, il semble que ces aspects ne soient pas suffisamment intégrés à l'enseignement orthophonique, ce qui peut entraîner une vision limitée de la vie des patients. Il est en effet important de comprendre que la réussite d'une tâche orthophonique spécifique n'est pas le principal enjeu pour ces patients qui ont d'autres préoccupations centrales dans leur quotidien. De plus, au vu de la prépondérance de ce type de verbatim, il semble pertinent que les études d'intervention dans la LCA, y compris les études orthophoniques, soient plus sensibilisées à l'importance de renforcer la CPT plutôt que de se concentrer uniquement sur la réduction des déficiences ou l'amélioration de la qualité de vie.

L'étude souligne à quel point le rapport aux autres est essentiel pour les participants. Selon Fischer et Manstead (2016), les humains sont des créatures sociales qui ont besoin de liens sociaux. Les autres personnes ont une grande importance dans notre expérience du bien-être, ce qui est ici évoqué par les participants. Haslam et al., (2008) ont souligné que pour les personnes se remettant d'un AVC, la satisfaction de leur vie était associée à la capacité de maintenir un sentiment d'appartenance à des groupes sociaux valorisés.

Les difficultés relationnelles, l'absence de liens familiaux et amicaux, les conflits avec les autres sont source d'émotions négatives. L'impact d'autrui sur soi et la prise en compte des autres soulignent l'importance de soutenir les liens sociaux et de ne pas uniquement accompagner l'autonomie dans les tâches de vie quotidienne. Intégrer les aidants dans la prise en soin pour soutenir la création ou le maintien de liens sociaux et les soutenir semble primordial. En effet, un manque d'éducation de l'entourage sur la maladie de la part des professionnels de santé (Holloway, 2014) peut créer de l'incompréhension (Norman et al., 2020) et peut conduire la personne lésée à s'isoler (Fleminger & Ponsford, 2005).

Pour éduquer l'entourage du patient, la thérapie GREMO-famille (Cohen et al., 2023), initialement conçue pour les proches de personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline, a été adaptée aux LCA par le service EMOI-TC. Elle se déroule sous forme de groupes de discussion et vise à mieux comprendre les symptômes associés aux lésions cérébrales, à mieux gérer les réactions émotionnelles (les siennes et celles du proche) et à offrir un soutien entre familles vivant des situations similaires. Les bénéfices retrouvés par une étude qualitative (Cohen et al., 2023) sont : (1) des compétences plus ou moins faciles à mettre en place, (2) le GREMO-famille comme un moyen d'obtenir du soutien, (3) des compétences utiles personnellement, indépendamment des conséquences de la lésion cérébrale du proche, (4) la régulation émotionnelle comme apaisement du système familial, (5) des effets de la régulation émotionnelle du proche sur l'autonomisation de la personne ayant une lésion cérébrale, (6) un positionnement plus juste par rapport au handicap invisible.

Le vécu des participants nous interroge sur la manière dont les patients reconstruisent leur identité après une LCA. Ils expriment leur souffrance liée à l'incompréhension d'autrui. La réaction des autres est importante pour la préservation de l'estime de soi dans la formation de leur identité sociale (Murray & Harrison, 2004). Les participants recherchent la validation. À l'inverse, comme l'évoquent Levack et al. (2014), l'invalidation par autrui est source d'émotions négatives et met à mal les relations interpersonnelles (Howes et al., 2005) des participants et leur identité. Des interventions ciblant la validation (Cohen & Sperenza, 2023) et éduquant les familles et professionnels de la rééducation sur les conséquences des invalidations ont donc toute leur place au vu de ces résultats. Ainsi, pendant le GREMO, on enseigne aux patients l'importance de l'autovalidation ainsi que de la validation des autres. Il semble néanmoins que ces compétences soient difficiles à mettre en pratique une fois la thérapie terminée. Il était intéressant de constater dans les verbatims que les patients évoquent l'importance d'être validés, mais que la possibilité et l'impact de leur propre validation des autres, notamment de leurs proches, est absente des verbatims. Ces résultats ont conduit à proposer des séances de révision pour amener les patients à davantage utiliser les compétences de

régulation émotionnelle pour valider leurs proches et ne pas uniquement attendre de la validation de la part de l'entourage.

Il apparaît que les patients éprouvant une détresse émotionnelle ont tendance à se concentrer sur celle-ci, rendant difficile l'ouverture vers les autres. Dans le cadre de la thérapie GREMO, le module sur l'efficacité interpersonnelle (cf. annexe 1) vise à améliorer les relations avec autrui, ce qui contribue à un mieux-être émotionnel. Les patients soulignent l'importance vitale des relations avec autrui pour leur bien-être. Le défi de cette thérapie réside dans la nécessité de s'attacher non seulement à ses propres besoins, mais aussi à valider les autres, et de s'écarter de soi pour se concentrer sur la relation aux autres, une compétence non spontanément mentionnée par les patients. Bien que la relation avec les autres soit cruciale, les compétences du GREMO visant à cultiver des amitiés, des relations de couple ou à recevoir le soutien des enfants, ne sont pas directement évoquées. Ainsi, il existe une tension dans la thérapie entre la focalisation sur ses propres besoins et l'importance de la validation dans les interactions interpersonnelles.

### Limites

L'échantillon de 17 participants dépasse la taille des échantillons observés dans de nombreuses études qualitatives en IPA précédemment publiées (Clark et al., 2008 ; O'Keeffe et al., 2020), mais présente une diversité de type et sévérité de LCA. Cet échantillon visait à assurer une représentation diversifiée des vécus émotionnels liés à différentes LCA. En tant qu'orthophonistes, nous avons jugé essentiel d'inclure tous les types de pathologies pour mieux correspondre à la réalité clinique des patients que l'on pourrait rencontrer dans différents contextes cliniques.

La partie A de l'entretien, dédiée à une analyse linguistique de méthodologie qualitative spécifique dans le cadre de l'étude GREMO-LCA, ne permettait pas de faire de relances pour approfondir ou développer certains sujets intéressants dans l'exploration du vécu émotionnel.

Certaines difficultés cognitives des participants empêchaient aussi parfois la compréhension de questions trop longues, trop spécifiques et/ou avec un vocabulaire trop élaboré.

On peut se demander si le vécu des participants est le vécu lié à la LCA ou aux comorbidités des

participants (cf. annexe 2). Cependant, cette question est cliniquement peu pertinente car les comorbidités psychiatriques sont extrêmement fréquentes après LCA. La prévalence de la dépression, pourvoyeuse de dysrégulation émotionnelle après AVC, va jusqu'à 66% (Poynter et al., 2009 ; Robinson & Jorge, 2016). Après un traumatisme crânien, 62% des patients remplissent au moins un diagnostic du DSM-4 axe I dans l'année suivant leur TC et 38% à 5 ans du TC. Dans l'étude de Koponen et al. (2002) réalisée à 30 ans post-TC, 50% des personnes avec TC avaient développé au moins une pathologie psychiatrique axe I. Ainsi lorsqu'un patient est vu en rééducation cognitive, les troubles constatés sont probablement la somme des difficultés liées à la lésion cérébrale et des comorbidités qu'elles soient antérieures (exemple : forte prévalence de mésusage toxique et TDAH chez les patients TC) ou postérieures (anxiété et dépression liées aux bouleversements que provoque la LCA) à la lésion cérébrale, et c'est avec l'ensemble de ses difficultés que le patient doit être appréhendé.

### CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu émotionnel des participants après thérapie comportementale dialectique (GREMO) en les interrogeant sur leurs expériences émotionnelles personnelles. La méthode d'investigation choisie (IPA) nous a permis de dégager quatre super-thèmes : (1) l'identification et la régulation des émotions facilitées par le GREMO ; (2) les émotions envahissantes : un défi constant même après GREMO dans la régulation émotionnelle ; (3) les émotions et le rapport aux autres ; (4) le sens, la relecture de sa vie et le désir pour le futur à la lumière de la régulation émotionnelle.

Dans cette étude, les participants décrivent une dysrégulation émotionnelle marquée par des émotions envahissantes. Bien que les compétences de régulation émotionnelle soient bénéfiques, elles ne résolvent pas tous leurs problèmes. L'étude met en lumière les questionnements des patients sur la vie et leurs relations avec autrui. Elle souligne ainsi l'importance cruciale d'accompagner ces patients dans l'amélioration de leurs interactions sociales. Cela peut se faire à travers des programmes de cognition sociale ou des apprentissages simples comme la validation. Il est essentiel de considérer le vécu des participants et leurs objectifs dans une perspective de croissance post-traumatique et de reconstruction identitaire, plutôt que de se limiter

à la compensation des déficiences cognitives ou à la gestion des troubles du comportement. En conséquence, une attention particulière doit être accordée à la dimension émotionnelle dans les approches thérapeutiques et de rééducations.

## DECLARATION D'INTÉRÊTS

Les autrices ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec cet article.

## FINANCEMENTS

Cet article s'inscrit dans le cadre du projet transdisciplinaire GREMO-LCA (Groupe de Régulation EMotionnelle chez les personnes présentant des Lésions Cérébrales Acquises)/ LA REPT (Libre Arbitre Et Régulation Émotionnelle Dans La Lésion Cérébrale Acquise : une étude Participative Transdisciplinaire), soutenu par l'UGEAM Alsace, le GIRCI Est (Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation de l'Est), le laboratoire LiLPa (UR139 – Linguistique Langues et Parole de l'Université de Strasbourg), la Fédération de Recherche en Langage et Communication (FRLC) et l' Association De Recherche Médecins de l'IURC.

## REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier l'équipe recherche qualitative de la maison de Solène à Paris, pour leur formation et supervision de la méthodologie qualitative IPA utilisée dans ce mémoire. Enfin, toute notre reconnaissance va envers les patients du programme GREMO à EMOI-TC qui nous ont partagé leur vécu.

## RÉFÉRENCES

- Al-Kader, D. A., Onyechi, C. I., Ikedum, I. V., Fattah, A., Zafar, S., Bhat, S., Malik, M. A., Bheesham, N., Qadar, L. T., & Sajjad Cheema, M. (2022). Depression and anxiety in patients with a history of traumatic brain injury: A case-control study. *Cureus*, 14(8), e27971. <https://doi.org/10.7759/cureus.27971>
- Ashworth, F., Evans, J. J., & Mcleod, H. (2017). Third wave cognitive and behavioural therapies: Compassion focused therapy, acceptance and commitment therapy and positive psychotherapy. Dans B. A. Wilson, J. Winegardner, C. M. van Heugten et T. Ownsworth (dir.), *Neuropsychological Rehabilitation: The International Handbook* (p. 327-339). Taylor and Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315629537>
- Bradbury, C. L., Christensen, B. K., Lau, M. A., Ruttan, L. A., Arundine, A. L., & Green, R. E. (2008). The efficacy of cognitive behavior therapy in the treatment of emotional distress after acquired brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(12S), S61-S68. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.08.210>
- Breheret, C. (2019). *Effets d'une intervention orthophonique axée sur l'identification et la compréhension des émotions auprès d'enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme*. [Mémoire de master pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie, Université de Rouen Normandie]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02171127v1>
- Chen, F., Chi, J., Niu, F., Gao, Q., Mei, F., Zhao, L., Hu, K., Zhao, B., & Ma, B. (2022). Prevalence of suicidal ideation and suicide attempt among patients with traumatic brain injury: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 349-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.024>
- Clark, A., Stedmon, J., & Margison, S. (2008). An exploration of the experience of mothers whose children sustain traumatic brain injury (TBI) and their families. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 565-583. <https://doi.org/10.1177/1359104508090607>
- Clore, G. (1994). Why emotions require cognition. Dans P. Ekman et R. J. Davidson (dir.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (p.181-191). Oxford University Press.
- Cohen, S., Kuppelin, M., Wagnon, M., Ifitissen-Husser, C., Krasny-Pacini, A., & Speranza, M. (2023). Connexions Familiales®, un programme de psychoéducation à destination des proches de personnes souffrant de dysrégulation émotionnelle. Dans M. Kuppelin, I. Tavares, C. Jourda et A. Krasny-Pacini (dir.), *Gérer les émotions en rééducation*. (p.79-92). Sauramps médical.
- Cohen, S. & Speranza, M. (2023). Pratiquer la validation pour diminuer la détresse familiale. Dans M. Kuppelin, I. Tavares, C. Jourda et A. Krasny-Pacini (dir.), *Gérer les émotions en rééducation*. (p.139-145) Sauramps médical.
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23(2), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.024>

[jtcc.2013.01.005](#)

- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (dir.). (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. Guilford Press.
- Dunkley, C. (2019). Conceptual and practical issues in the application of emotion regulation in DBT. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 283–306). Oxford University Press.
- Fischer, A. H., Manstead, A. S. R., (2016). Social functions of emotion and emotion regulation. Dans L. Feldman Barrett, M. Lewis et J. M. Haviland-Jones (dir.), *Handbook of emotions* (4e éd., p. 424-439). The Guilford Press.
- Fleminger, S., & Ponsford, J. (2005). Long term outcome after traumatic brain injury. *The BMJ*, 331, 14-19. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7530.1419>
- Grace, J. J., Kinsella, E. L., Muldoon, O. T., & Fortune, D. G. (2015). Post-traumatic growth following acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1162. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01162>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation : An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Haslam, C., Holme, A., Haslam, S. A., Iyer, A., Jetten, J., & Williams, W. H. (2008). Maintaining group memberships: Social identity continuity predicts well-being after stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(5 6), 671-691. <https://doi.org/10.1080/09602010701643449>
- Holloway, M. (2014). How is ABI assessed and responded to in non-specialist settings? Is specialist education required for all social care professionals? *Social Care and Neurodisability*, 5(4), 201-213. <https://doi.org/10.1108/SCN-12-2013-0043>
- Howes, H., Benton, D., & Edwards, S. (2005). Women's experience of brain injury: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Health*, 20(1), 129-142. <https://doi.org/10.1080/0887044042000272903>
- Koponen, S., Taiminen, T., Portin, R., Himanen, L., Isoniemi, H., Heinonen, H., Hinkka, S., & Tenovu, O. (2002). Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: A 30-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1315-1321. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1315>
- Krasny-Pacini, A., & Kuppelin, M. (2023). Fonctions exécutives, résolution de problème et émotions : à propos d'un cas. Dans M. Kuppelin, I. Tavares, C. Jourdan et A. Krasny-Pacini (dir.), *Gérer les émotions en rééducation* (p.153-175). Sauramps médical.
- Kuppelin, M., Goetsch, A., Choisel, R., Isner-Horobeti, M.-E., Goetsch, T., & Krasny-Pacini, A. (2024). An exploratory study of dialectical behavior therapy for emotional dysregulation and challenging behaviors after acquired brain injury. *NeuroRehabilitation*, 55(1), 77-94. <https://doi.org/10.3233/NRE-230383>
- Kuppelin, M., & Krasny-Pacini, A. (2023). La thérapie comportementale dialectique et la régulation émotionnelle. Dans M. Kuppelin, I. Tavares, C. Jourdan et A. Krasny-Pacini (dir.), *Gérer les émotions en rééducation* (p.49-60). Sauramps médical.
- Kuppelin, M., Tavares, I., Jourdan, C., & Krasny-Pacini, A. (dir.) (2023). *Gérer les émotions en rééducation*. Sauramps médical.
- Levack, W. M. M., Boland, P., Taylor, W. J., Siegert, R. J., Kayes, N. M., Fady, J. K., & McPherson, K. M. (2014). Establishing a person-centred framework of self-identity after traumatic brain injury: A grounded theory study to inform measure development. *BMJ Open*, 4, e004630. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004630>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2e éd.). Guilford Press.
- Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(6), 1451-1464. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0070](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0070)
- Murray, C. D., & Harrison, B. (2004). The meaning and experience of being a stroke survivor: An interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 26(13), 808-816. <https://doi.org/10.1080/09638280410001696746>

- Norman, A., Holloway, M., Odumuyiwa, T., Kennedy, M., Forrest, H., Suffield, F., & Dicks, H. (2020). Accepting what we do not know: A need to improve professional understanding of brain Injury in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 2037-2049. <https://doi.org/10.1111/hsc.13015>
- O'Keeffe, F., Dunne, J., Nolan, M., Cogley, C., & Davenport, J. (2020). « The things that people can't see » The impact of TBI on relationships: An interpretative phenomenological analysis. *Brain Injury*, 34(4), 496-507. <https://doi.org/10.1080/02699052.2020.1725641>
- Owensworth, T., & Gracey, F. (2017). Cognitive behavioural therapy for people with brain injury. Dans B. A. Wilson, J. Winegardner, C. M. van Heugten et T. Owensworth (dir.), *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook* (p. 313-326). Routledge/ Taylor & Francis Group.
- Ponsford, J., Velikonja, D., Janzen, S., Harnett, A., McIntyre, A., Wiseman-Hakes, C., Togher, L., Teasell, R., Kua, A., Patsakos, E., Welch-West, P., & Bayley, M. T. (2023). INCOG 2.0 Guidelines for cognitive rehabilitation following traumatic brain injury, part II: Attention and information processing speed. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 38(1), 38-51. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000839>
- Poynter, B., Shuman Hon, M., Diaz-Granados, N., Kapral, M., Grace, S. L., & Stewart, D. E. (2009). Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: A systematic review. *Psychosomatics*, 50(6), 563-569. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70857-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70857-6)
- Rath, J. F., Hradil, A. L., Litke, D. R., & Diller, L. (2011). Clinical applications of problem-solving research in neuropsychological rehabilitation: Addressing the subjective experience of cognitive deficits in outpatients with acquired brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 56(4), 320-328. <https://doi.org/10.1037/a0025817>
- Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2016). Post-stroke depression: A review. *The American Journal of Psychiatry*, 173(3), 221-231. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>
- Roy, C., Leclerc, A., Isner-Horobeti, M. E., Kuppelin, M., & Krasny-Pacini, A. (soumis). *Emotional experience of persons living with the consequences of an acquired brain injury: A qualitative study*.
- Smith, J. A. (dir.) (2015). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (3e éd.). Sage Publications.
- Spikman, J. M., Boelen, D. H. E., Pijnenborg, G. H. M., Timmerman, M. E., van der Naalt, J., & Fasotti, L. (2013). Who benefits from treatment for executive dysfunction after brain injury? Negative effects of emotion recognition deficits. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(6), 824-845. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.826138>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)
- Tison, E. (2022). *Influence d'une prise en soins orthophonique du bégaiement développemental persistant sur l'estime de soi et l'anxiété sociale*. [Mémoire de master pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie, Université de Bordeaux]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03967350v1>
- Togher, L., Douglas, J., Turkstra, L. S., Welch-West, P., Janzen, S., Harnett, A., Kennedy, M., Kua, A., Patsakos, E., Ponsford, J., Teasell, R., Bayley, M. T., & Wiseman-Hakes, C. (2023). INCOG 2.0 Guidelines for cognitive rehabilitation following traumatic brain injury, part IV: Cognitive-communication and social cognition disorders. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 38(1), 65-82. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000835>
- Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1037-1052. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.009>
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Wiles, M. D. (2022). Management of traumatic brain injury: A narrative review of current evidence. *Anaesthesia*, 77(S1), 102-112. <https://doi.org/10.1111/anae.15608>

**ANNEXE 1 : Synthèse.**

# Fiches Mémo : Compétences issues de la Thérapie Comportementale Dialectique

## Références

Bemmouna, D., Lachaux, E., Weibel, S., Weiner, L. (2022). *Groupe de Régulation des Emotions, Documents et fiches de travail*

Linehan, M M (2017). *Manuel d'entraînement aux compétences TCD* (2ème édition, traduit par P Prada, R Nicastro & N Perroud). Genève: Médecine et Hygiène

Linehan, M M (2017). *Documents et fiches de travail pour l'entraînement aux compétences de Thérapie Comportementale et Dialectique* (2ème édition, traduit par P Prada, R Nicastro & N Perroud)

Weiner, L., Weibel, S., & Mcmain, S. (2024). *Pratiquer la thérapie comportementale dialectique*

### Note aux utilisateurs :

*Les séances de groupe sont indissociables de ces fiches. Elles ont été créées sur la base de la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) développée par Marsha LINEHAN et du cahier d'entraînement pratique associé au manuel 2 (traduit par l'équipe de Genève, Suisse), qui ont fait l'objet d'adaptations successives depuis 2018 par l'équipe de Strasbourg (France)*

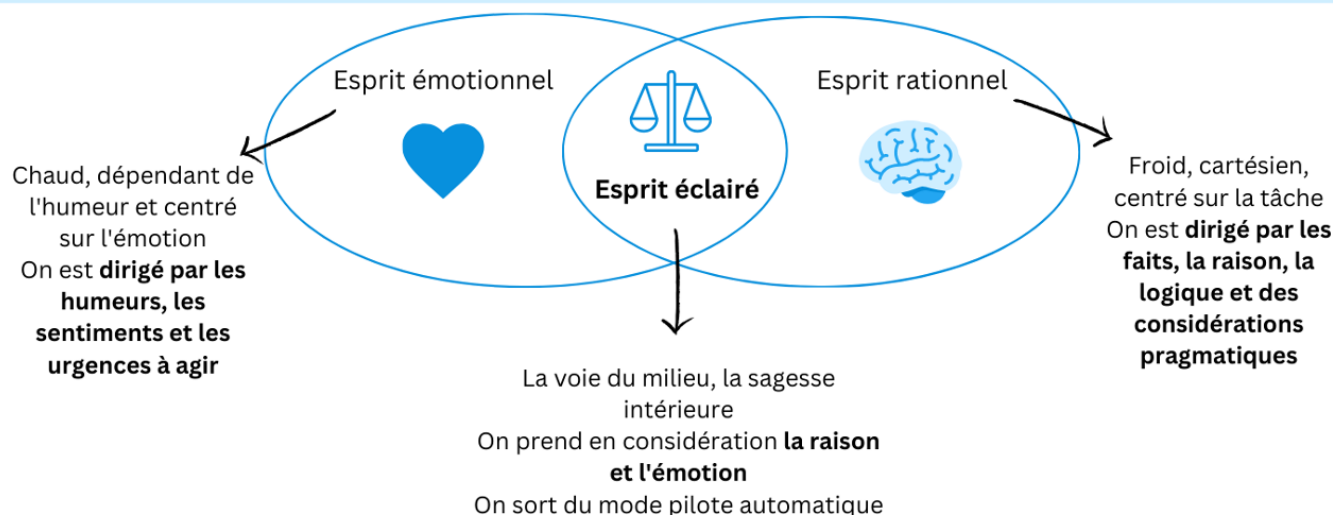
*La TCD est une thérapie visant la réduction de la dysrégulation émotionnelle associée à des comportements auto-dommageables et suicidaires, par l'acceptation et le changement, en remplacement de comportements dysfonctionnels par des comportements plus fonctionnels et en s'engageant vers une « vie qui vaut la peine d'être vécue ».*

*La TCD comprend plus de 60 compétences concrètes, visant à donner des outils pour la régulation des émotions. Néanmoins, la TCD n'est pas uniquement l'apprentissage de compétences, et celles-ci ne sont pas une boîte à outils. C'est une thérapie structurée dont le but est de réinvestir la vie, qui nécessite d'être attentif aux contingences environnementales et à la motivation au changement. L'utilisation seule des compétences ne pourra permettre un changement durable dans le temps chez les personnes. Elles font partie d'une thérapie manualisée, validée, de haut niveau de preuve scientifique. La TCD nécessite une formation et la lecture du manuel de la thérapie. Des formations de 5 jours sont proposées à l'Université de Strasbourg et à Genève.*

# MODULE 1 : la Pleine conscience

Engager pleinement notre **attention** et de manière **intentionnelle** dans ce que nous faisons au **moment présent sans jugement**

## L'ESPRIT ECLAIRE



## LES COMPETENCES "QUOI"

Ce que vous faites quand vous faites quand vous pratiquez la pleine conscience

### 1 OBSERVER

Observer ce qu'on voit, les sons, les odeurs, la respiration, les pensées, les émotions  
**Remarquer**

### 2 DECREIRE

**Mettre des mots** sur ce qu'on observe  
S'en remettre aux **faits**

### 3 PARTICIPER

**Augmenter sa présence** dans le moment présent par l'action

## LES COMPETENCES "COMMENT"

La manière dont vous pratiquez la pleine conscience

### 1 SANS-JUGEMENT

Ne pas évaluer en bien ou en mal  
Ne pas juger d'avoir jugé

### 2 AVEC LA CONSCIENCE D'UNE CHOSE A LA FOIS

Laisser passer les distractions en revenant à ce qu'on est en train de faire

### 3 EFFICACEMENT

Se centrer sur ce qui fonctionne et est utile sur le moment

# MODULE 2 : Tolérance à la détresse

Compétences de survie en cas de crise

&amp;

Compétences d'acceptation de la réalité

## Compétences de survie en cas de crise

**Vous êtes en crise lorsque la situation :**

Est **hautement stressante**

Relève du **court-terme** (ne dure pas longtemps)

Suscite une **pression intense à résoudre immédiatement la crise**

**Résultats attendus :**

Traverser la crise **sans l'empirer**

**Diminuer** l'activation émotionnelle

### COMPETENCE "STOP"

#### Empêcher une réaction impulsive

1

**S'ARRETER**

Dire STOP à son urgence à agir. Se figer

2

**TEMPORISER**

Prendre une pause et une profonde inspiration

3

**OBSERVER**

Observer ses pensées, émotions, sensations, la situation, sans jugement

4

**POURSUIVRE EN PLEINE CONSCIENCE**

Réagir en prenant compte de la situation, selon ce qui est efficace. Interroger son Esprit Eclairé

### COMPETENCE "TER"

#### Changer la chimie du corps - Atténuer rapidement un esprit émotionnel extrême

**BAISSER LA TEMPERATURE DU VISAGE**

Laver son visage à l'eau froide ou y placer une poche froide pendant au moins 30 secondes

**EXERCICE INTENSE**

Dépenser l'énergie physique accumulée dans le corps en courant, en marchant vite, en sautant...

**RESPIRATION RYTHMEE**

Respirer profondément, lentement, régulièrement  
Expiration plus longue que l'inspiration  
Respiration en rectangle/abdominale

**RELAXATION MUSCULAIRE**

Pendant l'inspiration, contracter les muscles  
En expirant, laisser aller la tension, se détendre

### COMPETENCES "EVASION"

#### Se distraire avec l'Esprit Eclairé

**ENCOMBRER L'ESPRIT**

Compter, réciter l'alphabet à l'envers, répéter des mots dans sa tête comme un chanson

**VERROUILLER LES PENSEES**

Quitter mentalement la situation, ériger un mur imaginaire entre soi et la situation

**ACTIVITES**

Mobiliser l'attention autour d'une activité : un film, un jeu, un bon plat, un jeu vidéo... choisir ce qui fonctionne

**SENSATIONS**

Rechercher des sensations qui happent l'attention : glaçons dans la main, douche froide ou chaude ...

**INVERSER L'EMOTION**

Lire des récits humoristiques, des livres émouvants, voire un film comique

**OUVERTURE AUX AUTRES**

Faire quelque chose d'attentionné, se concentrer sur un proche

**NUANCER**

Comparer sa situation à un moment où c'était encore plus difficile

## COMPETENCES "AMELIOR"

## Améliorer le moment

● **ADRESSER UNE PRIERE** 

S'adresser à quelque chose qui nous dépasse pour trouver des ressources

● **METTRE DU SENS** 

Trouver la raison d'une situation douloureuse, se centrer sur les aspects positifs sans trop pousser la réflexion

● **ENCOURAGEMENT DE SOI** 

"Ca ira, je vais me sortir de ça..."

● **LOISIR/VACANCES** 

S'offrir un congé, pour une journée ou même quelques minutes

● **IMAGERIE** 

S'imaginer des scènes relaxantes, se souvenir d'un moment heureux

● **ORIENTATION SUR LE PRESENT** 

Une chose à la fois : se centrer uniquement sur ce qu'on est en train de faire

● **RELAXATION** 

Se détendre avec un bain, respirer, modifier son expression faciale

## S'apaiser avec les sens

● **AVEC LA VUE**

Regarder des photos, la flamme d'une bougie, un espace agréable...

● **AVEC L'OUÏE**

Ecouter de la musique, jouer d'un instrument...

● **AVEC L'ODORAT**

Utiliser son savon, brûler de l'encense, sentir du parfum...

● **AVEC LE GOUT**

Manger son aliment préféré, mâcher un chewing-gum, sucer un bonbon

● **AVEC LE TOUCHER**

Caresser son animal, porter un habit agréable, mettre une compresse froide...

## COMPETENCES D'ACCEPTATION DE LA REALITE

## L'ACCEPTATION RADICALE

Accepter **complètement, jusqu'au bout**, avec son **esprit**, son **cœur**, son **corps**, et **ne plus lutter** contre la réalité qu'on ne peut changer

Eviter la **couche de souffrance** de la réalité désagréable

Ce n'est pas l'approbation, la passivité ou le non-changement

## L'ENGAGEMENT

Etre prêt **s'engager dans la vie** et faire le nécessaire selon ce qui est important pour soi  
Ecouter son **Esprit Eclairé**

## REORIENTER L'ESPRIT VERS L'ACCEPTATION

**Observer** ce qu'on n'accepte pas

**S'engager intérieurement à accepter** la réalité telle qu'elle est

**Recommencer**, à chaque fois qu'on doit choisir entre accepter et rejeter la réalité

**Développer un plan** pour se ramener vers l'acceptation

## DEMI-SOUIRE ET MAINS VOLONTAIRES

**Accepter la réalité avec son corps**

**Demi-sourire** : adopter une expression faciale sereine

**Mains volontaires** : mains ouvertes, paumes tournées vers le haut et doigt détendus

# MODULE 3 : Efficacité interpersonnelle

Maximiser la probabilité d'avoir de bonnes interactions avec son entourage  
Atteindre les objectifs de manière compétente

Clarifier les buts dans les situations interpersonnelles : ses **objectifs**

- Priorité à **ce que je veux obtenir**
- Priorité au **respect de soi**
- Priorité à **la relation**

## COMPETENCES "DEAR MAN"

Priorité à ce que je veux obtenir : demander ou refuser

**1 DECRIRE**   
Et s'en tenir aux faits

**2 EXPRIMER**   
Ses sentiments et opinions dans la situation.  
Eviter les reproches

**5 MAINTENIR SA PLEINE CONSCIENCE**   
Se centrer sur ce qu'on souhaite obtenir : disque rayé et ignorer les attaques

**6 AVEC ASSURANCE**   
Se montrer compétent et efficace : attitude, contact visuel

**3 AFFIRMER**   
Demander ou refuser clairement. C'est le coeur du message

**4 RECOMPENSER**   
Formuler de manière positive, récompenser l'autre à l'avance

**7 NEGOCIER**   
Etre prêt à donner dans le but de recevoir : proposer une alternative, réduire sa demande, inverser la situation

## COMPETENCES "AVEC"

Priorité à la relation

**ALTRUISTE**   
Ecouter, s'intéresser à l'autre dans l'interaction

**VALIDANT**   
Montrer à travers des mots et des actions en quoi il y a de la légitimité chez l'autre. Montrer qu'on comprend ses pensées et sentiments

**EMPATHIQUE**   
Etre agréable et respectueux, éviter jugements, menaces et attaques

**CHALEUREUX**   
Agrémenter l'échange avec légèreté : sourire, diplomatie, humour

## COMPETENCES "VRAI"

### Priorité au respect de soi

#### ● VALEURS

Rester fidèle à ses valeurs : pas de négociation possible

#### ● RESPECT DE SOI

Donner autant de place à ses besoins que la personne en face

#### ● ARRETER LES EXCUSES

Celles qui ne sont pas justifiées. Ne pas prendre un air honteux

#### ● INTEGRE

Ne pas mentir ou inventer des excuses

## LA VALIDATION

**Trouver la part de vérité dans la situation ou le point de vue d'une autre personne**  
**Reconnaître que les émotions, les pensées et les comportements d'une personne ont des causes et sont compréhensibles**

On valide :

**Ce qui est valide, les faits, les expériences, les sentiments, les émotions, croyances**

La **souffrance** et les **difficultés**

**Valider ne signifie pas être d'accord ou apprécier**

### LES NIVEAUX DE VALIDATION

**1 Prêter attention**

**2 Reformuler**

**3 Partager par les mots ce que nous observons et devinons de l'état/la situation de la personne**

**4 Comprendre à la lumière de l'histoire de la personne : historiser**

**5 Comprendre à la lumière de ce qui est vrai pour la plupart des personnes**

**6 Se montrer radicalement authentique et juste**

### SE REMETTRE DE L'INVALIDATION

● L'invalidation est utile si : elle permet de **corriger d'importantes erreurs** ou permet l'**écoute d'autres points de vues** afin de se développer

● L'invalidation est inutile si : vous n'êtes pas **compris**, vous recevez un **traitement injuste**, vos **expériences privées** sont **banalisées** ou **niées**.

● Ne pas être sur la défensive et **vérifier les faits**

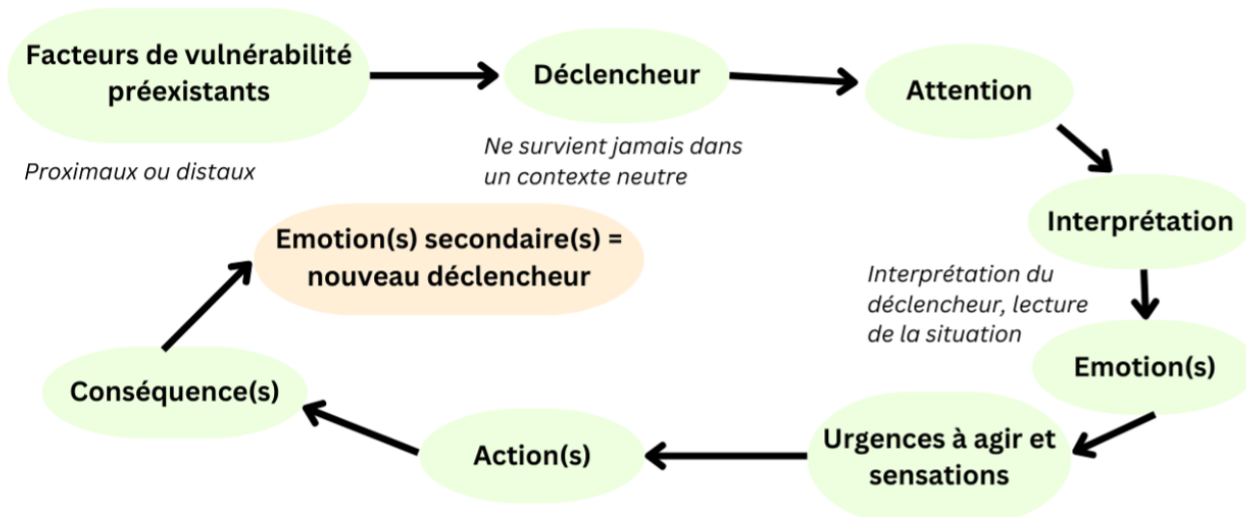
● Se valider exactement de la façon dont on valide une autre personne

# MODULE 4 : Régulation des émotions

Comprendre les fonctions des émotions et modifier les émotions désagréables

## COMPRENDRE ET NOMMER LES EMOTIONS

- **Définition :** L'émotion est une réponse biologique émergeant de manière automatique et transitoire et qui prépare à l'action
- **Les émotions sont utiles :** Elles nous préparent à interagir, elles communiquent avec les autres, elles communiquent avec nous
- **Facteurs compliquant la régulation émotionnelle :** Biologie, Manque de compétences de régulation émotionnelle, Renforcement du comportement émotionnel, Sautes d'humeur, Surcharge émotionnelle, Croyances erronées sur les émotions



- **Le baromètre émotionnel : prendre conscience de l'intensité de l'émotion**



- Mon émotion est très intense et devient difficilement contrôlable
- Présence de changement biologiques et d'expressions/actions liés à l'émotion
- Mon état émotionnel est confortable et contrôlé

Pour une explication détaillée de chaque émotion, voir pages 35 à 59 du manuel

## CHANGER LES REPONSES EMOTIONNELLES

- **VERIFIER LES FAITS**

Quelle est l'émotion que je veux changer ?

Quel est l'événement qui a déclenché mon émotion ?

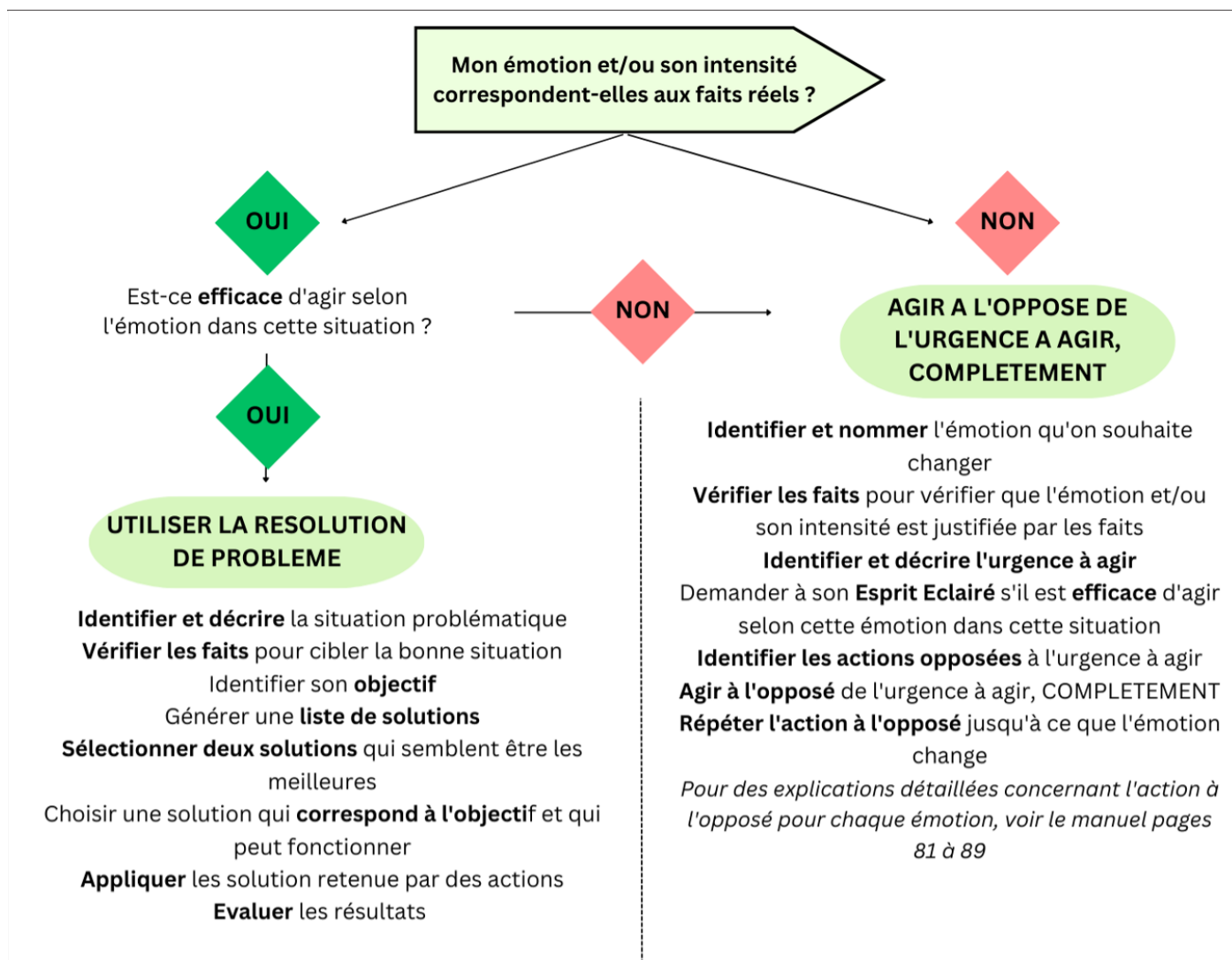
Quelles sont mes pensées et certitudes concernant l'événement ?

Pensez à d'autres interprétations possibles

Analysez vos interprétations initiales pour voir si elles correspondent aux faits

Est-ce qu'il y a une menace pour moi dans cette situation ?

Quelle est la catastrophe qui pourrait survenir ?



## REDUIRE LA VULNERABILITE A L'ESPRIT EMOTIONNEL

### ACCUMULER LES EMOTIONS AGREABLES

**A court-terme** : construire des expériences agréables (liste), en être conscient, les pratiquer régulièrement

**A long-terme** : incarner ses valeurs , faire des changements dans sa vie afin que des événements agréables se produisent dans le futur

### BATIR UNE EXPERTISE

Développer des compétences, maîtriser des challenges petit à petit pour arriver vers l'accomplissement

### CHERCHER A ANTICIPER

Pour faire face aux situations difficiles : décrire, décider des compétences à utiliser, imaginer la situation dans sa tête de manière réaliste, et le répéter jusqu'à faire face efficacement

### PRENDRE SOIN DE SON ESPRIT EN PRENANT SOIN DE SON CORPS

**SANTE SOIGNEE**



**ADDICTION EVITEE**



**NUTRITION EQUILIBREE**



**TEMPS DE SOMMEIL SUFFISANT**



**EXERCICE PHYSIQUE**



**ANNEXE 2 : Caractéristiques des participants.**

| Participant | Sexe<br>(M=masculin<br>F=féminin) | Âge | Âge au<br>moment<br>de la<br>lésion | Niveau<br>d'études * | Logement                                                                  | Délai<br>depuis<br>la lésion<br>cérébrale<br>(En année) | Type de<br>lésion<br>TC** = 64,7%<br>AVC*** =<br>23,5%<br>Autres =<br>11,8%) | Comorbidités<br>post-LCA                                                                                                                                                         | Traitements                                                            | Score CGI-S<br>dysrégulation | Score<br>CGI-S<br>trouble<br>cognitif | Score<br>CGI-I | Difficultés<br>mnésiques | Difficultés<br>attentionnelles | Difficultés<br>exécutives |
|-------------|-----------------------------------|-----|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Max         | M                                 | 26  | 7                                   | Niveau 2             | Domicile<br>parental/<br>chez de la<br>famille                            | 19                                                      | TCS****                                                                      | Épisodes<br>dépressifs<br>majeurs +<br>Troubles<br>obsessionnels<br>compulsifs                                                                                                   | Non                                                                    | 6                            | 6                                     | 2              | Non                      | Oui                            | Oui                       |
| Sam         | M                                 | 31  | 23                                  | Niveau 7             | Seul avec<br>aide de la<br>famille ou<br>structure<br>médico-so-<br>ciale | 8                                                       | TCS                                                                          | Non                                                                                                                                                                              | Non                                                                    | 5                            | 6                                     | 3              | Oui                      | Non                            | Oui                       |
| Lou         | F                                 | 24  | 18                                  | Niveau 4             | Domicile<br>parental/<br>chez de la<br>famille                            | 6                                                       | Encéphalite                                                                  | Probable<br>trouble de la<br>personnalité<br>préexistant                                                                                                                         | Non                                                                    | 6                            | 2                                     | 3              | Non                      | Oui                            | Oui                       |
| Léo         | M                                 | 22  | 19                                  | Niveau 4             | Seul                                                                      | 3                                                       | TCL*****                                                                     | Probable<br>trouble de la<br>personnalité<br>préexistant<br>+ Trouble<br>de stress<br>post-trauma-<br>tique                                                                      | Non                                                                    | 6                            | 2                                     | 2              | Oui                      | Non                            | Oui                       |
| Eli         | M                                 | 30  | 20                                  | Niveau 4             | Domicile<br>parental/<br>chez de la<br>famille                            | 10                                                      | AVCI*****                                                                    | Abus de<br>toxiques +<br>TDAH*****<br>+ Attachement<br>insécure                                                                                                                  | Non                                                                    | 5                            | 4                                     | 3              | Non                      | Oui                            | Oui                       |
| Dan         | M                                 | 25  | 7                                   | Niveau 5             | Domicile<br>parental/<br>chez de la<br>famille                            | 18                                                      | TCS                                                                          | Probable<br>trouble de la<br>personnalité<br>préexistant<br>+ Épisodes<br>dépressifs<br>majeurs +<br>Troubles<br>du som-<br>meil actuels<br>invalidants<br>+ Troubles<br>anxieux | Bétablo-<br>quants ou<br>Neurolep-<br>tiques +<br>Antidépres-<br>seurs | 5                            | 5                                     | 4              | Oui                      | Oui                            | Oui                       |

| Participant | Sexe<br>(M=masculin<br>F=féminin) | Âge | Âge au<br>moment<br>de la<br>lésion | Niveau<br>d'études * | Logement                                               | Délai<br>depuis<br>la lésion<br>cérébrale<br>(En année) | Type de<br>lésion<br>TC** = 64,7%<br>AVC*** =<br>23,5%<br>Autres =<br>11,8%) | Comorbidités<br>post-LCA                                                                                                                  | Traitements                                                             | Score CGI-S<br>dysrégulation | Score<br>CGI-S<br>trouble<br>cognitif | Score<br>CGI-I | Difficultés<br>mnésiques | Difficultés<br>attentionnelles | Difficultés<br>exécutives |
|-------------|-----------------------------------|-----|-------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Tim         | M                                 | 27  | 17                                  | Niveau 1             | Domicile<br>parental/<br>chez de la<br>famille         | 10                                                      | TCS                                                                          | Probable<br>trouble de la<br>personnalité<br>préexistant +<br>Antécédents<br>d'abus de<br>toxiques +<br>Abus d'alcool                     | Non                                                                     | 6                            | 5                                     | 6              | Oui                      | Oui                            | Oui                       |
| Ana         | F                                 | 32  | 29                                  | Niveau 8             | En couple<br>(habitant<br>dans le<br>même<br>domicile) | 3                                                       | TCL                                                                          | Probable<br>trouble de la<br>personnalité<br>préexistant                                                                                  | Antidépres-<br>seurs                                                    | 5                            | 2                                     | 2              | Non                      | Oui                            | Oui                       |
| Gus         | M                                 | 57  | 52                                  | Niveau 3             | En couple<br>(habitant<br>dans le<br>même<br>domicile) | 4                                                       | TCM*****                                                                     | Antécédents<br>d'abus d'alcool<br>+ Épisodes<br>dépressifs<br>majeurs +<br>Troubles<br>du sommeil<br>invalidants<br>+ Troubles<br>anxieux | Bétablo-<br>quants ou<br>Neurolep-<br>tiques +<br>Thymorégu-<br>lateurs | 6                            | 6                                     | 3              | Oui                      | Oui                            | Oui                       |
| Tom         | M                                 | 51  | 27                                  | Niveau 6             | Seul                                                   | 24                                                      | TCS                                                                          | Abus d'alcool<br>+ Épisodes<br>dépressifs ma-<br>jeurs + TDAH                                                                             | Antidépres-<br>seurs                                                    | 4                            | 4                                     | 2              | Non                      | Oui                            | Oui                       |
| Guy         | M                                 | 62  | 55                                  | Niveau 3             | Seul                                                   | 7                                                       | TCM                                                                          | Épisodes<br>dépressifs ma-<br>jeurs + Trouble<br>de stress<br>post-trauma-<br>tique                                                       | Antidépres-<br>seurs                                                    | 5                            | 4                                     | 2              | Oui                      | Oui                            | Oui                       |
| Luc         | M                                 | 58  | 44                                  | Niveau 8             | Seul                                                   | 14                                                      | AVCH*****                                                                    | Épisodes<br>dépressifs<br>majeurs                                                                                                         | Antidépres-<br>seurs                                                    | 4                            | 4                                     | 3              | Non                      | Oui                            | Oui                       |
| Rémi        | M                                 | 36  | 24                                  | Niveau 7             | En couple<br>(habitant<br>dans le<br>même<br>domicile) | 12                                                      | Anoxie céré-<br>brale                                                        | TDAH                                                                                                                                      | Non                                                                     | 4                            | 4                                     | 1              | Oui                      | Oui                            | Non                       |

| Participant | Sexe<br>(M=masculin<br>F=féminin) | Âge | Âge au<br>moment<br>de la<br>lésion | Niveau<br>d'études * | Logement                                               | Délai<br>depuis<br>la lésion<br>cérébrale<br>(En année) | Type de<br>lésion<br>TC** = 64,7%<br>AVC*** =<br>23,5%<br>Autres =<br>11,8% | Comorbidités<br>post-LCA                                                                                              | Traitements                                   | Score CGI-S<br>dysgérugaltion | Score<br>CGI-S<br>trouble<br>cognitif | Score<br>CGI-I | Difficultés<br>mnésiques | Difficultés<br>attentionnelles | Difficultés<br>exécutives |
|-------------|-----------------------------------|-----|-------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Ben         | M                                 | 48  | 41                                  | Niveau 3             | En couple<br>(habitant<br>dans le<br>même<br>domicile) | 7                                                       | TCS                                                                         | Probable<br>trouble de la<br>personnalité<br>préexistant +<br>Antécédents<br>d'abus d'alcool<br>+ Troubles<br>anxieux | Thymorégu-<br>lateurs                         | 6                             | 6                                     | 3              | Oui                      | Oui                            | Oui                       |
| Théo        | M                                 | 33  | 23                                  | Niveau 7             | Seul                                                   | 10                                                      | TCS                                                                         | Non                                                                                                                   | Non                                           | 4                             | 3                                     | 2              | Non                      | Oui                            | Non                       |
| Zoé         | F                                 | 38  | 31                                  | Niveau 5             | En couple<br>(habitant<br>dans le<br>même<br>domicile) | 7                                                       | AVCH                                                                        | Probable<br>trouble de la<br>personnalité<br>préexistant                                                              | Non                                           | 4                             | 4                                     | 2              | Non                      | Oui                            | Oui                       |
| Yves        | M                                 | 51  | 45                                  | Niveau 3             | En couple<br>(habitant<br>dans le<br>même<br>domicile) | 6                                                       | AVCI                                                                        | Épisodes<br>dépressifs<br>majeurs +<br>Troubles du<br>sommeil invali-<br>dants                                        | Antidé-<br>presseurs +<br>Méthyphé-<br>nidate | 5                             | 4                                     | 3              | Oui                      | Oui                            | Oui                       |

\* Référentiel de correspondance de niveaux et diplômes issu de la nomenclature définie par l'Éducation Nationale et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche : Inférieur Bac BEPC = Niveau 2 ; Inférieur Bac CAP, BEP = Niveau 3 ; Baccalauréat = Niveau 4 ; DEUG, BTS, DUT, DEUST = Niveau 5 ; Licence, Licence LMD, Licence professionnelle = Niveau 6 ; Maîtrise = Niveau 6 ; Master, DEA, DESS, diplôme d'ingénieur = Niveau 7 ; Doctorat, habilitation à diriger des recherches = Niveau 8

\*\* traumatisme crânien

\*\*\* accident vasculaire cérébral

\*\*\*\* traumatisme crânien sévère

\*\*\*\*\* traumatisme crânien léger

\*\*\*\*\* accident vasculaire cérébral ischémique

\*\*\*\*\* traumatisme crânien modéré

\*\*\*\*\* accident vasculaire cérébral hémorragique

\*\*\*\*\* trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité