

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Sous la direction de Jean-Christophe Seznec

# ACT : applications thérapeutiques

Anxiété • phobie • TCA • image de soi • dépression • burn-out •  
TOC • thérapie de couple • troubles sexuels • fibromyalgie

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique



d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Dunod, 2015

5 rue Laromiguière, 75005 Paris

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-071560-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

<b>Auteurs</b> .....	IX
<b>Préambule</b> .....	X
<b>Chapitre 1</b> <b>Présentation générale de l'ACT</b> .....	2
L'ACT, une démarche résolument plus « humaine » !	5
Les sources de l'ACT	7
L'ACT	13
De la théorie à la pratique	28
La relation thérapeutique dans l'ACT	30
La matrice, un outil dynamique au service de l'ACT	31
<b>Chapitre 2</b> <b>Prise en charge d'un syndrome dépressif</b> .....	36
Clinique	38
Anamnèse	38
Séance 1	39
Séance 2	42
Séance 3	45
Séance 4	47

Séance 5	47
Séance 6	49
Par la suite	50
Évolution	52
Annexe : Luttez contre la dépression	52

### Chapitre 3 **Peur récurrente du cancer** ..... 58

Première rencontre : présentation du point de vue	60
Deuxième rencontre : l'analyse de l'efficacité de la lutte	64
Troisième rencontre : la futilité de vouloir contrôler pensées et émotions	66
Quatrième à sixième rencontre : observer et se distancer des pensées et émotions qui hameçonnent	68
Septième à neuvième rencontre : acceptation et compassion pour soi	71
Dixième et onzième rencontre : prise de perspective et stratégies de maintien	72
Rencontre de suivi et conclusion	74
Résultats et discussion	75

### Chapitre 4 **ACT et trouble sexuel** ..... 78

Séance 1 : évaluer le corps et l'esprit – psychoéducation de la sexualité	82
Séance 2 : conceptualisation du cas – définition des objectifs thérapeutiques	87
Séance 3 : mise en évidence du paradoxe de la lutte – accepter, faire de la place	95
Renoncer à la lutte ou le désespoir créatif	96
Séance 4-5 : observer les sensations, s'ouvrir à l'intimité, défusionner des pensées	100

	Séance 6 : défusion en couple – <i>Mindfulness for two</i>	106
	Séance 7 : s’engager dans l’action – Prendre des risques	110
	Séance 8 : bilan – qu’est-ce qu’une sexualité normale ?	112
<b>Chapitre 5</b>	<b>Application de l’ACT à un trauma complexe (DESNOS).....</b>	<b>116</b>
	SP, 49 ans, une histoire pas comme les autres	119
	Premier entretien et analyse de la demande	121
	Deuxième entretien : place à l’autocritique et le respect des limites	126
	Troisième entretien : Roue de Satisfaction	131
	Travail relationnel transversal	134
	Évolution de SP au cours des séances 10 à 20	136
	Évolution de SP de la séance 20 à 25	139
	Suivi (en cours)	143
	Conclusion et derniers conseils	143
	Outils utilisés	145
<b>Chapitre 6</b>	<b>Attaques de panique et expériences de dépersonnalisation-déréalisation .....</b>	<b>150</b>
	Attaques de paniques, dépersonnalisation, déréalisation : quelques repères cliniques	152
	Intérêt d’une approche ACT	152
	Perspective théorique et conceptualisation ACT	154
	Le suivi des résultats du traitement	161
	Le cas de Pierre	162
	Discussion	188
<b>Chapitre 7</b>	<b>Des TCC classiques à la thérapie ACT avec la matrice.....</b>	<b>192</b>
	Le contexte thérapeutique	194

Histoire clinique	194
La thérapie TCC classique	195
L'introduction de la pleine conscience	196
L'introduction de la thérapie ACT avec l'hexaflex	197
L'introduction de la matrice ACT	198
Exemple de partage d'attention avec les deux matrices dans un échange thérapeutique	203
Un tournant de la thérapie	205
Les moteurs d'une thérapie	210
Comment marche une thérapie ACT avec la matrice	211

<b>Chapitre 8</b>	<b>Insatisfaction corporelle et demande de régime : quand l'image du corps fait souffrir .....</b>	<b>214</b>
	La première rencontre avec Karine et présentation du travail ACT	216
	Séance 2 : entraîner la défusion	220
	Séance 3 : ralentir, observer, choisir	225
	Séance 4 : sortir de la lutte et avancer	231
	Séance 5 : se confronter à l'expérience des 5 sens	235
	Séance 6 : la compassion au service de l'accueil	239
	Annexe 1 : Fiche de liaison entre deux consultations (séances 3-4)	243
	Annexe 2	245

<b>Chapitre 9</b>	<b>ACT et les troubles du comportement alimentaire .....</b>	<b>248</b>
	Première rencontre	251
	Deuxième rencontre	253
	Troisième rencontre	259
	Quatrième rencontre	262
	Cinquième rencontre	266

	Sixième rencontre	268
	Septième rencontre	273
	Huitième rencontre	277
<b>Chapitre 10</b>	<b>Prise en charge d'un trouble anxieux chez un athlète de haut niveau</b> .....	280
	Le contexte de la pratique sportive de haut-niveau	282
	Première séance	284
	Deuxième séance	287
	Troisième séance	289
	Quatrième séance	290
<b>Chapitre 11</b>	<b>ACT, stress et burn-out</b> .....	298
	Les différentes dimensions de l'ACT	300
	Aborder les valeurs avec la roue de satisfaction	319
<b>Chapitre 12</b>	<b>Cas clinique de thérapie de couple ACT</b> .....	332
	Première consultation	335
	Deuxième consultation	338
	Troisième consultation	340
	Quatrième consultation	342
	Cinquième consultation	344
	Sixième consultation	346
	Septième à neuvième consultation	348
	Dernière consultation	350
<b>Chapitre 13</b>	<b>Une interprétation des partitions de l'ACT chez une patiente souffrant de fibromyalgie</b> .....	352
	Que choisir ?	354

## TABLE DES MATIÈRES

La rencontre	355
Première rencontre	357
Le début du voyage	359
Quand les conditions sont réunies, le phénomène apparaît	361
Respecter la demande	363
Rationalisation >< évitement	365
Et le thérapeute dans tout ça ?	368
La douleur est inévitable, la souffrance est optionnelle	369
« Est-ce que vous trouvez que je guéris ? »	372
La clôture	374
Le processus thérapeutique	375
<b>Conclusion</b> .....	377
<b>Ressources</b> .....	378
Les associations de professionnels	378
Être Thérapeute ACT	379
<b>Bibliographie</b> .....	382

# Auteurs

## **Ouvrage dirigé par :**

Jean-Christophe SEZNEC, psychiatre (ancien chef de clinique) en libéral à Paris et médecin du sport. Président de l'AFSCC (Association Francophone de Science Contextuelle et Comportementale) et membre de l'AFTCC.

## **Auteurs ayant collaboré à l'ouvrage :**

Égide ALTENLOH, psychologue, Centre PSYRIS à Uccle, Belgique.

Fabian BATTISTONI, psychothérapeute, Institut SAvoirÊtre à Marneffe (Liège), Belgique.

Christophe CAZAUVIEILH, psychologue clinicien, psychologue de la santé, Bordeaux, France.

Nathalie DESSAUX, psychologue sexologue, Rennes, France.

Jana GRAND, thérapeute libérale, responsable de l'Institut de formation ACTiff, Lyon, France.

Florian SAFFER, diététicien-nutritionniste, Bourgoin-Jallieu, France.

Benjamin SCHOENDORFF, psychologue, Institut de psychologie contextuelle et Institut de santé mentale de Montréal, Canada.

David VANDENBOSCH, psychologue-psychothérapeute, centre PSYRIS et hôpital ULB ERASME, Bruxelles, Belgique.

Jean-Michel VINCENT, psychiatre libéral, Besançon, France.

# Préambule

**L'**OBJECTIF DE CE LIVRE est de présenter différentes situations cliniques mettant en scène la thérapie ACT à l'usage des étudiants, des coachs et des professionnels de la santé. Il s'agit d'un livre collectif regroupant les principaux formateurs ACT francophones : France, Belgique et Canada.

Actuellement la pratique de l'ACT (*Acceptation and Commitment Therapy*), ou *thérapie de l'acceptation et de l'engagement*, est en plein essor. Elle ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques aussi bien scientifiques que fonctionnelles. Cependant, il n'existe aucune formation académique de cette technique et la plupart des formations proposées sont privées et expérientielles. Les auteurs de cet ouvrage en sont les principaux organisateurs. Nous avons voulu proposer à tous un livre pratique et *in vivo* mettant en musique à l'ACT et pour approfondir la formation de chacun.

Si les modèles théoriques de l'hexaflex et de la matrice sont apparemment simples, il n'est pas toujours aisé pour les néophytes de se les approprier et de les « ressentir ». En effet, lorsque l'on pratique l'ACT, il ne suffit pas d'« utiliser » la technique mais il s'agit de la vivre avec son client. Aussi, ces cas cliniques sont là pour vous illustrent la façon dont les thérapeutes la déclinent au quotidien au sein de leur cabinet.

L'ACT est une thérapie contextuelle, la façon de la pratiquer varie selon le contexte propre à chaque thérapeute. Vous observerez la richesse des approches à travers tous ces cas cliniques. Sa pratique demande aux praticiens de la créativité, mais également d'oser et de s'engager. Je tiens d'ailleurs à remercier ici tous les auteurs de ce livre pour le partage intime de leur pratique et pour avoir ouvert leurs consultations aux lecteurs de ce livre, afin de vous permettre de vivre l'ACT *in vivo* ! Je souhaite aussi remercier le Dr. Lucie Bussière dont la thèse de psychiatrie (la première thèse sur l'ACT en France !) que j'ai dirigée a permis d'éclairer l'approche théorique présentée au début de ce livre. En cela, ils appliquent des valeurs fortes de la communauté ACT : le partage, l'échange, la bienveillance, etc.

Chaque cas clinique fera l'objet d'une présentation clinique, d'une analyse fonctionnelle, d'une présentation des axes de travail selon l'hexaflex, d'une présentation dynamique via la matrice, ou par un autre outil équivalent, et des différentes interactions psychothérapeutiques significatives. Si nécessaire, des matrices de thérapeutes, des fiches de liaison seront développées ainsi que tout autre outil fonctionnel dans la présentation des cas.

Des focus sous forme d'encadrés seront proposés afin de décrire et d'expliquer un outil ou une métaphore, ainsi que de nombreuses références bibliographiques permettant d'aller plus loin.

Je souhaite que ce livre pratique permette aux étudiants et aux professionnels de se représenter et de s'approprier cette technique psychothérapeutique particulièrement fonctionnelle et qui fait désormais partie du quotidien de tous les auteurs de ce manuel.

Jean-Christophe Seznec



# Chapitre 1

## Présentation générale de l'ACT

L'ACT, une démarche résolument plus « humaine » !.....	<b>5</b>
Les sources de l'ACT.....	<b>7</b>
Bases historiques des Thérapies Cognitivo-Comportementales ...	7
Le contextualisme fonctionnel.....	9
Analogie et métaphores.....	12
L'ACT.....	<b>13</b>
Objectifs thérapeutiques.....	13
Différence fondamentale avec les autres approches.....	13
Indications thérapeutiques.....	14
Principe théorique.....	15
L'acceptation <i>versus</i> l'évitement expérientiel.....	16
Fusion cognitive <i>versus</i> défusion.....	18
Être en contact avec l'instant présent.....	20
Le soi comme contenu <i>versus</i> le soi contexte, une prise de perspective.....	22
Valeurs floues <i>versus</i> valeurs clarifiées : se connecter à ses valeurs	25
De la théorie à la pratique.....	<b>28</b>
Le désespoir créatif.....	28
Le contrôle en tant que problème.....	28
L'être prêt à accueillir sa souffrance.....	29
Les exercices de pleine conscience.....	29
Les analogies et les métaphores.....	29
Les exercices au domicile.....	29
La relation thérapeutique dans l'ACT.....	<b>30</b>
Une thérapie flexible.....	30
Le contexte thérapeutique.....	30
Compassion, empathie et égalité.....	31
Temporalité.....	31
La matrice, un outil dynamique au service de l'ACT.....	<b>31</b>

**L**E TERME ACT est un acronyme anglais qui signifie *Acceptance and Commitment Therapy* développé par Hayes, Strosahl, et Wilson en 1999. Il peut aussi se comprendre comme le verbe *to act* en anglais : agir, réaliser une action. La traduction française proposée de ce terme était la thérapie de l'acceptation et de l'engagement. Mais progressivement le terme de « ACT », très fonctionnel et fort de ce double sens métaphorique, s'est imposé chez les francophones.

L'ACT est une thérapie par l'action issue du comportementalisme. Il s'agit d'une psychothérapie d'une durée limitée dans le temps tout comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dont elle fait partie. L'une des différences majeures avec les TCC est qu'elle s'appuie sur la notion de contexte pour donner un sens au comportement engagé et non pas sur le simple mécanisme de l'apprentissage.

Cette nouvelle approche thérapeutique trouve sa source dans la théorie des cadres relationnels, et dans le contextualisme fonctionnel. L'ACT est une intervention psychologique empirique qui utilise les stratégies d'acceptation, de défusion cognitive, et de pleine conscience, afin d'amener un individu à s'engager dans des actions en direction de ce qui est important pour lui, autrement dit ses valeurs. Cette thérapie vise la promotion d'un meilleur fonctionnement et ne se consacre pas à modifier ou éradiquer des symptômes ou des processus intérieurs. L'objectif, avant tout, est d'accroître le potentiel de flexibilité psychologique du client et de rétablir son aptitude à choisir et à agir vers les directions de vie qu'il a choisies, et cela, malgré la présence de pensées, de souvenirs, d'émotions et de sensations physiques difficiles.

La thérapie ACT est probablement la plus aboutie des thérapies, issue du contextualisme fonctionnel ou de la fameuse « troisième vague », terme utilisé pour la première fois par Hayes dans un article en 2004. Elle a été décrite comme une thérapie existentielle et humaniste par Russ Harris. On appelle « troisième vague » les thérapies TCC succédant au comportementalisme (Pavlov) ou « première vague » et au cognitivisme ou « deuxième vague » (Beck). Chaque « vague » a des objectifs différents :

- **La première vague** s'appuie sur l'apprentissage d'un comportement alternatif au comportement problème (modèle de Pavlov) ;
- **La deuxième vague** recherche les pensées automatiques afin de générer des pensées alternatives (modèle de Beck). Elle met en évidence les scénarii catastrophes pour permettre la reconstruction cognitive ;
- **La troisième vague** se centre sur le ressenti intérieur et, plus particulièrement, sur les émotions, en apprenant à l'observer et à composer avec celui-ci.

Au sein de cette troisième vague, se trouvent différentes thérapies comme la thérapie basée sur l'analyse fonctionnelle de Kohlenberg et Tsai ou FAP (*Functionnal Analytic Psychotherapy*), la Thérapie Dialectique de Linehan ou DBT (*Dialectical Behavioral Therapy*), la thérapie intégrative pour le couple de Christensen, Jacobson et Babcock ou IBCT (*Intégrative*

*Behavioral Couple therapy*), l'activation comportementale ou BA (*Behavioral Activation*) et enfin la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience de Segal, Williams et Teasdale ou MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) et ses divers protocoles de prévention de la rechute dépressive, de réduction du stress de Zon Kabat-Zinn ou MBSR (*Mindfulness Based Stress-Reduction*). Ces thérapies connaissent actuellement un essor important, tant dans la recherche sur leurs domaines d'application potentiels, qu'en clinique.

Il n'existe pas de critères officiels qui définissent l'appartenance à la troisième vague. Cependant, toutes ces thérapies centrent leur action sur le ressenti émotionnel et utilisent des outils fonctionnels comme l'acceptation, la pleine conscience, la défusion cognitive, la dialectique, les valeurs, la spiritualité et les relations. En outre, la démarche thérapeutique est plus expérientielle que didactique<sup>1</sup>.

### **L'ACT, UNE DÉMARCHE RÉSOLUMENT PLUS « HUMAINE » !**

Avant l'ACT, les prises en charge psychothérapeutiques ont toutes eu pour objectif d'éliminer des éléments psychologiques ou émotionnels considérés comme indésirables de par le jugement négatif qu'on leur portait. Si ces thérapies ont connu de réels succès thérapeutiques, elles trouvent leurs limites en ce qui concerne l'accueil et la gestion du « vécu humain », de l'expérience et de la vie faite de pensées et d'émotions. En effet, la plupart des personnes gèrent ses contenus mentaux via des techniques de résolutions de problème mécanistiques : enlever une pensée, changer un raisonnement, réparer un processus cognitif, modifier une pensée automatique par une alternative, arrêter de penser, raisonner autour de ses pensées pour les associer à d'autres, etc. De plus, il est à noter que toutes ces techniques se basent sur le langage et son expression dans le dialogue intérieur au risque d'augmenter les commentaires inconfortables et les jugements délétères. Si ce langage a permis à l'être humain de contrôler son environnement en permettant la collaboration et les échanges entre nos intelligences, pour autant, il ne soumet pas l'intelligence humaine à la même règle que le matériel. Il est possible de déplacer ou de détruire un objet mais il est impossible d'arrêter de penser. Toute action sur la pensée donne à penser ! Or, la psychopathologie se nourrit des comportements de lutte cognitive ou comportementale de la part des patients pour faire disparaître le ressenti intérieur indésirable : anxiété, ruminations, addictions, etc.

En ce qui concerne l'ACT, le changement de paradigme est le suivant :

---

1. Thèse de psychiatrie de doctorat de Lucie Bussière à l'UFR de Brest en octobre 2013 dirigé par le Dr J.-C. Seznec

À la différence de ce qui est observable par tous (une plaie, un os cassé, une roue dégonflée, un tiroir cassé), les émotions, les pensées et les images mentales, aussi pénibles soient-elles, ne peuvent être considérées comme pathologiques. Ce n'est pas leur présence qui pose problème, car ces éléments sont inhérents à la vie. Mais c'est dans le rapport que nous entretenons avec ces phénomènes privés que se joue la psychopathologie de beaucoup de troubles. Chercher à éliminer ces contenus peut amener les personnes dans des luttes existentielles au sein desquelles elles n'auront jamais le dernier mot.

Beaucoup de stratégies peuvent être efficaces à court terme mais l'investissement dans la répétition de ces stratégies finit par devenir lui-même moteur de la souffrance. Cette dynamique est un cercle vicieux au risque d'entraîner l'esprit aux ruminations et aux pensées anxieuses en voulant les combattre. L'ACT travaille à entretenir un rapport plus paisible avec tous ces phénomènes privés en reconnaissant qu'être un être humain c'est ressentir et vivre cette expérience intérieure parfois troublante, dérangeante, inconfortable ou désagréable.

### ACT et souffrance

La démarche de l'ACT s'appuie aussi sur le postulat suivant : la souffrance est liée de manière inhérente à la vie humaine. Vivre, vivre pleinement ou vivre longtemps conduit inexorablement à la rencontre d'événements douloureux. C'est parce que l'on a des enfants que l'on chérit, que leur mort est une souffrance ; c'est parce qu'un travail nous plaît, que le perdre est difficile ; ou bien parce qu'il nous fait accéder à certaines expériences qui disparaissent avec sa perte ; c'est parce que nous vivons longtemps, que nous voyons partir notre conjoint, ou que notre corps vieillit. Cette souffrance est liée à la condition humaine. Elle est à l'origine de troubles psychologiques et de handicaps quand elle conduit l'individu dans une spirale inflexible de comportements, d'états et de situations dans le but de lutter contre. Benjamin Schoendorff écrit dans son guide clinique<sup>1</sup> : « Seul l'être humain est capable d'être malheureux au milieu d'un contexte environnemental favorable. » Il cite notamment Hayes, Strosahl et Wilson : « Le fait le plus remarquable de l'existence humaine est combien il est difficile pour les êtres humains d'être heureux. » Dans l'ACT, cette souffrance n'est pas le fruit de nos expériences douloureuses actuelles, mais prend sa source dans la relation que l'on entretient avec nos événements privés ou contenus mentaux, via les pièges du langage.

1. Schoendorff B., Grand J., Bolduc M.-F., *La thérapie d'acceptation et d'engagement, Guide Clinique*. Bruxelles; [Paris], De Boeck; 2011.

Voici, pour conclure cette partie, les mots de Hayes et de ses collaborateurs :

« Le but ultime de l'ACT est d'amener les processus cognitifs verbaux sous un meilleur contrôle contextuel, et d'amener le client à passer plus de temps en contact avec les conséquences positives de ses actions immédiatement dans le présent comme faisant partie du chemin vers une vie valorisée. »<sup>1</sup>

## LES SOURCES DE L'ACT

### Bases historiques des Thérapies Cognitivo-Comportementales

L'ACT est le fruit de l'histoire des thérapies comportementales et cognitives qui s'est enrichie de la recherche et de l'expérience clinique. Nous vous proposons de faire un focus sur cette histoire afin de mieux comprendre les racines de l'ACT et les différences qu'elle propose par rapport aux TCC classiques.

#### ■ Le Behaviorisme

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, le comportementalisme est né de la volonté de certains psychologues de sortir de la subjectivité et de techniques psychologiques non mesurables aux profits d'une rigueur scientifique. Le comportementaliste considérait la psychologie comme une branche expérimentale directement issue des sciences naturelles dont on pouvait en appliquer la rigueur scientifique. Son objectif théorique était la prédiction et le contrôle du comportement. C'est ainsi qu'aux États-Unis naquit l'école dite du « behaviorisme » faisant suite aux travaux d'Ivan Pavlov sur le conditionnement classique développé en Union Soviétique. Les théories comportementales se basent sur les théories de l'apprentissage et comprennent, en outre, le conditionnement classique ou pavlovien, le conditionnement opérant décrit par Skinner et l'apprentissage social dit « vicariant » de Bandura.

#### ■ La deuxième vague ou le cognitivisme

À l'inverse du behaviorisme, qui considérait que l'individu était une boîte noire, le cognitivisme l'aborde d'un point de vue computationnel. L'esprit humain est alors envisagé comme un ordinateur et la pensée est sous l'égide d'une théorie du traitement de l'information. Cette cognition s'intercale entre le stimulus et la réponse.

---

1. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. *Acceptance and Commitment Therapy*, Second Edition : *The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press, 2011

- En 1965, Georges Kelly développe une théorie de la personnalité autour des *Personal Constructs*.
- Vers 1960, Albert Ellis expose la Thérapie Rationnelle Émotive (RET), qui étudie, pour les modifier ensuite, les systèmes de croyances conscientes ou inconscientes. Il utilise le concept de « la tyrannie des *must* » ou « théorie des injonctions » pour qualifier la tonalité des cognitions récurrentes chez les individus perturbés. Dans son approche, on trouve de la restructuration cognitive avec pour objectif notamment, l'acceptation inconditionnelle de soi.  
Sa méthode se base sur le traitement des distorsions cognitives selon un modèle décrit. ABCDE :
  - **A** : recherche des situations activant les systèmes de croyances de l'individu ;
  - **B** : déterminations des croyances cette fois-ci irrationnelles ;
  - **C** : survenue de pensées, sentiments, et comportements auto-défaitistes ;
  - **D** : correction des systèmes de croyances irrationnelles ;
  - **E** : conception rationnelle de l'existence plus satisfaisante pour le sujet.
- En 1979, Beck dit que « l'émotion est la voie royale vers la cognition ». La thérapie cognitive de Beck est basée sur la recherche dans certaines situations, via les émotions, des pensées automatiques préconscientes dont l'individu n'a pas connaissance, s'il n'y prête pas une attention particulière. Ces pensées automatiques sont majoritairement négatives. Cette exploration se fait en séance et au cours d'exercices entre les séances grâce à l'exercice des « Colonnes de Beck » et le thérapeute vise à détecter les distorsions cognitives afin de les corriger.

## ■ La troisième vague

La troisième vague débute dans les années 1990. Les critères catégoriels d'appartenance à cette troisième vague ne sont pas clairement définis. Pour Cottraux, cette vague comprend la thérapie dialectique de Linehan, la thérapie basée sur la pleine conscience, la thérapie des schémas de Young pour la place qu'elle fait au processus émotionnel et à la modification des dysrégulations émotionnelles pour les troubles de la personnalité, ainsi que la thérapie ACT. Pour d'autres auteurs, la thérapie de Young reste dans les principes de la thérapie cognitive classique.

La délimitation des thérapies ou non, faisant partie de la troisième vague, est aléatoire suivant les auteurs. Tous s'accordent tout de même sur la présence de l'ACT et des programmes de « *Mindfulness* » au sein de cette vague. Ce qu'on entend « par vague, est une formulation d'hypothèses, de méthodes et de buts dominants, certains implicites, qui aide à organiser

la recherche, la théorie et la pratique<sup>1</sup> ». En outre, tout comme l'acronyme ACT, le terme de vague porte un double sens métaphorique puisque l'on image cette thérapie comme un apprentissage afin de savoir surfer sur ses émotions et les événements de vie, tout en se dirigeant vers ce qui est important pour soi. Par ailleurs, toutes les thérapies de cette troisième vague partagent l'importance du contexte qui permet de lire et comprendre les comportements.

### ■ En conclusion

Il est possible de différencier deux approches différentes dans le comportementalisme :

1. **L'approche mécaniciste** : un mécanicien voit la panne, la localise, répare ou change ce qui est cassé afin que la machine reprenne un fonctionnement « normal ». La première partie des thérapies comportementales, les thérapies cognitives et la psychopathologie d'origine neurobiologique envisage leurs interventions en ces termes.
2. **L'approche contextuelle** : l'action est évaluée dans son contexte et uniquement dans son contexte. Il s'agit de cibler la fonction du comportement et non la forme.

#### *Exemple d'après Dougher and Hayes*

**Je peux changer de chemin parce que :**

- j'ai envie de visiter une autre route ;
- je veux éviter de croiser une personne ;
- j'ai oublié mon chemin ;
- j'ai perdu quelque chose sur ce chemin ;
- il est plus court et que je suis en retard ;
- je veux faire une surprise à quelqu'un.

Selon le contexte, mon comportement prendra un sens différent. Selon mes valeurs, je me rapprocherais ou je m'éloignerais de ce qui est important de moi en fonction de ce qui a motivé mon changement de route.

## Le contextualisme fonctionnel

Le contexte et le langage sont des éléments cardinaux de l'approche ACT.

### ■ Le contexte et sa fonction appétitive ou aversive

D'après Ruiz (2010), citant Hayes (1993), le contextualisme considère les événements comme des actions en cours dans un contexte. Ces actions sont des événements en entier qui ne peuvent être séparés pour des raisons pratiques. Le contextualisme fonctionnel est une variété spécifique de contextualisme dont les objectifs (et le critère de vérité) sont la

1. Hayes S.C., *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies*, 2004.

prédiction et l'influence des événements. Il écrit notamment que parce que ses objectifs sont la prédiction et l'influence des comportements, le contextualisme fonctionnel considère que chaque comportement doit être expliqué en termes de variables contextuelles, sinon ils ne peuvent pas être influencés. De ce point de vue, les pensées et les sentiments ne causent pas directement d'autres actions. Les pensées et les émotions sont aussi amenées à être des variables contextuelles.

### ***Analyse fonctionnelle***

Dans l'analyse du comportementalisme, les comportements ne sont jamais identiques certes mais ils sont rassemblés dans la même classe fonctionnelle lorsqu'ils ont la même fonction sur une conséquence, exemple, les comportements d'évitement émotionnel ou de souvenirs douloureux.

### ***Analyse fonctionnelle ABC***

A → B → C

**A** : sont les antécédents au comportement.

**B** : le comportement (*Behavior*).

**C** : les conséquences du comportement.

**A** sont les conditions présentes quand le comportement a lieu. Il s'agit du contexte, c'est-à-dire les conditions par lesquelles ces comportements ont été précédemment mis en contact avec certaines conséquences et qui les régissent.

Le fait qu'une conséquence puisse être renforçante ou punitive ne dépend pas non plus uniquement de ses caractéristiques en tant que stimulus ; sa fonction, pour l'individu, est conditionnée par le contexte et donc son histoire d'apprentissage spécifique.

De ces modèles, on tire la loi de l'effet et celle de l'évitement, qui sont notamment parlants pour les troubles anxieux :

Dans telles conditions A, précédemment associées avec un comportement d'évitement B, qui a eu la conséquence de diminuer l'anxiété et la peur, la conséquence a une fonction renforçatrice de B par récompense (soulagement) ; l'apprentissage explique alors comment les stimuli discriminatifs de A, signaleront dans des conditions similaires, la possibilité d'être soulagé si le comportement d'évitement a lieu.

## ■ La théorie des cadres relationnels (TCR)

La théorie des cadres relationnels éclaire les propriétés aversives ou appétitives que chacun assigne aux objets tout comme aux événements psychologiques via le langage. Ces assignations entraînent l'être humain dans de vaines tentatives de résolution de problème qui les amènent en lutte contre leur ressenti intérieur.

Dans le langage de la TCR, il est dit que pour un individu donné dans un contexte donné, certains stimulus sont appétitifs et certains sont aversifs. Dans le cas d'un être humain doué de compétence verbale, ces éléments sont toujours reliés à leurs opposés. À travers ce qui s'apparente au phénomène de généralisation, le cadrage relationnel amène l'être humain à être en contact avec une variété sans fin de stimuli.

À travers l'expérience douloureuse, les événements privés vécus peuvent, par entraînement mutuel, acquérir la fonction de l'événement douloureux vécu. Ces événements privés qui ont acquis des propriétés douloureuses, se multiplient sous l'effet du cadrage relationnel et par conséquent, l'interface susceptible d'engendrer de la souffrance, s'accroît exponentiellement du fait de la constance du contact de l'être humain avec ces événements intérieurs.

Si l'on considère la vitesse à laquelle nous pouvons être transposés ailleurs dans nos pensées, le bénéfice que l'on peut retirer de cette capacité cognitive est à la mesure de la souffrance qu'elle peut produire. Malheureusement, échapper à la souffrance causée par les propriétés du comportement verbal d'un individu, n'est pas possible. C'est la conséquence inévitable du cadrage relationnel et de ses dérivations arbitraires. Il faut noter que le contact exponentiel n'augmente pas qu'avec les stimuli aversifs mais aussi ceux ayant des fonctions appétitives, ce qui est exploité dans l'ACT dans le travail des valeurs.

Du point de vue de l'analyse comportementale, les problèmes ne surviennent que lorsque, au contact de stimuli privés aversifs, nous nous engageons dans des actions aux conséquences néfastes ou dysfonctionnelles.

Face à ces stimuli internes aversifs, l'individu s'engage dans des conduites de contrôle : supprimer, maîtriser, solutionner la menace. De par les propriétés potentiellement dangereuses annoncées par ces stimuli internes aversifs, les tentatives de contrôle sont souvent des comportements gouvernés par les règles. Rappelons que ces règles sont à l'origine un avantage de l'être humain car elles lui permettent de ne pas se soumettre à l'expérience du danger pour en tirer leçon. Malheureusement, l'insensibilité à l'environnement et aux conséquences directes en lien avec l'obéissance à ces règles, induit la pérennisation de ces conduites sans régulation. Lorsque ce sont les événements privés qui acquièrent ces fonctions aversives (pensées, images, émotions, sensations physiques) l'individu s'engage dans des tentatives de contrôle sans fin. Pour l'individu verbalement compétent, c'est-à-dire tout être humain ayant passé ses deux à trois années de vie, il n'est pas possible d'échapper à ces contenus mentaux acquis.

## Analogie et métaphores

L'ACT n'est pas une thérapie de règles. Elle utilise l'analogie et les métaphores pour faire ressentir à ses patients d'autres possibilités et les faire gagner en flexibilité psychologique. C'est en cela qu'elle est une thérapie expérientielle tant pour le client que pour le thérapeute. Une analogie ou une métaphore qui fonctionne vaut mieux que tous les discours.

La pensée analogique, qui serait propre à l'être humain, permet de transférer des informations connues d'un champ expérimenté à un autre. De manière consensuelle, la base est le champ d'expérience le plus connu et la cible est le champ pouvant bénéficier de l'acquisition des connaissances transférée de la base. L'analogie est une relation de similitude entre les propriétés connues entre la base et la cible. Arbitrairement, les caractéristiques de la base sont censées être plus évidente que ceux de la cible mais la relation inverse rapporte les mêmes bénéfices. L'exemple type est le système solaire et l'atome. On présuppose que les propriétés physiques du soleil sont plus connues que celui de l'atome donc il peut servir de base plus facilement. Mais dire que le soleil est comme l'atome permet tout autant de cerner les caractéristiques du soleil, pourvu qu'on connaisse l'atome.

Les métaphores sont des types particuliers d'analogie, car à la différence des analogies qui relie des stimuli, elles relient des réseaux relationnels entre eux. Conventionnellement, la base possède un réseau relationnel exposant de manière plus évidente la relation évoquée et qui sera transmise à l'autre. Les fonctions des réseaux de stimuli sont dans une relation hiérarchique non arbitraire. La fonction de la métaphore est de permuter les caractéristiques évidentes de son contenu à un autre réseau relationnel plus implicite et indistinct.

*Exemple* : essayer de solutionner ce problème est comme vider l'océan avec un verre.

On comprend bien que les fonctions de « vider l'océan avec un verre » sont évidentes et peuvent être transférées à la résolution de problème. Utiliser la base inverse « vider l'océan avec un verre » est comme essayer de solutionner ce problème semble moins évocateur.

Autre exemple utilisé dans l'ACT : le flot de nos pensées est comme celui des feuilles mortes qui tombent d'un arbre pour s'écouler dans le cours d'un ruisseau. Les caractéristiques de la chute des feuilles et de leurs disparitions dans le ruisseau sont plus évidentes et évocatrices que ne l'est le flot de pensées auquel est transférée la fonction. Il serait moins convenu de dire que la chute des feuilles mortes dans le ruisseau est comme le flot de nos pensées<sup>1</sup>.

C'est grâce à la théorie des cadres relationnels que la transformation des fonctions d'un réseau est transmise à un autre réseau.

---

1. Cette métaphore est fréquemment utilisée comme scénario de méditation.

## L'ACT

### Objectifs thérapeutiques

L'ACT a pour objectif d'accompagner l'individu à prendre conscience de la lutte qu'il entretient avec ses contenus intérieurs et qui constitue un facteur de maintien de la souffrance. Pour cela, l'ACT l'invite à faire de la place en soi à ses expériences dans l'instant présent. Cette attitude ouvre la possibilité de s'engager dans d'autres postures comme des actions en faveur d'une vie plus riche et plus proche de ce qui nous importe. Elle considère qu'il n'est pas nécessaire de se sentir mieux pour rendre la vie meilleure. Ceci n'est pas une condition nécessaire. Grâce à des outils expérientiels utilisant les propriétés du langage découvertes dans la théorie des cadres relationnels (les métaphores, les paradoxes, et les exercices expérientiels), l'individu apprend à modifier sa relation avec son expérience intérieure et s'entraîne à discriminer et à choisir ce qui est important pour lui, c'est-à-dire ce qui possède un contrôle appétitif. À travers le travail des six processus centraux de l'ACT, la flexibilité psychologique permet l'engagement vers des directions de vie valorisées.

Au final, l'objectif de l'ACT est de ramener les processus cognitifs verbaux sous un meilleur contrôle contextuel et de permettre à l'individu d'être en contact direct avec les conséquences positives de ses comportements, afin qu'il s'oriente vers des directions de vie choisie et valorisées.

Dans une thérapie ACT, on aide les clients à redonner du sens à leur existence, au travers du travail sur les valeurs. On cherche à aider les patients à se remettre en contact avec ce qui les fait vibrer, avec ce qui les anime, à retrouver de la cohérence à leur vie.

### Différence fondamentale avec les autres approches

L'ACT ne cible pas la diminution ou la suppression des symptômes. Elle s'intéresse avant tout à l'acquisition de compétences métacognitives dans le but de permettre à l'individu d'augmenter son répertoire comportemental et sa flexibilité psychologique. Il s'agit d'un but additionnel et non soustractif. Cette différence est fondamentale, tant en clinique qu'en recherche.

L'ACT est différente des autres TCC par ses fondements théoriques qu'elle tire de la théorie des cadres relationnels, cette dernière lui promettant une progression et une amélioration de ses applications cliniques au fil de l'évolution de la recherche fondamentale.

L'ACT, étant composée de processus psychologiques distincts et évaluables, elle supporte l'analyse spécifique des variables médiatrices du changement thérapeutique<sup>1</sup>.

## Indications thérapeutiques

En tant qu'approche fonctionnelle qui vise à faire ressortir de manière spécifique la fonction des comportements, l'ACT est largement transdiagnostique et dimensionnelle plutôt que catégorielle. Il s'agit d'un traitement des troubles lié à l'évitement expérientiel, envisagé par ses concepteurs dans une perspective de la psychopathologie selon une dimension fonctionnelle<sup>2</sup>.

Il n'y a pas d'ACT spécifique pour la dépression, les troubles anxieux, les troubles de stress post-traumatique. Cette technique thérapeutique s'adresse à de nombreux problèmes que les personnes peuvent traverser dans leur vie. Il peut s'agir de maladies psychiatriques, de maladies chroniques, de problèmes de couple ou de difficultés professionnelles. Cette thérapie ne cible pas des symptômes spécifiques tels que la dépression, l'anxiété ou la dépendance. Elle tend à diminuer l'évitement expérientiel qui serait au cœur de nombreuses problématiques.

En mai 2013, 73 Essais Contrôles Randomisés (ECR) ont été recensés dans la littérature depuis 1989<sup>3</sup>. Elles regroupent au total 6 685 participants comparant l'ACT à diverses conditions contrôles : thérapie cognitive, traitement habituel, liste d'attente ou autres. La qualité méthodologique évolue d'année en année pour cette thérapie d'apparition récente. Ces ECR abordent de multiples troubles et problèmes: la dépression ; des troubles psychotiques et les hallucinations ; les addictions avec l'éthylisme, le tabagisme et d'autres stupéfiants ; les troubles anxieux dont l'anxiété de performance, le trouble anxieux généralisé, les troubles obsessionnels compulsifs, l'anxiété sociale ; le stress professionnel, les soignants et le burn-out ; l'alimentation avec les troubles du comportement alimentaires, les dysmorphophobies et l'obésité ; les troubles de la personnalité notamment borderline ; la trichotillomanie ; des maladies somatiques chroniques comme le diabète, les douleurs chroniques et résistantes, les céphalées les épilepsies réfractaires, les acouphènes, les tics et même le cancer ; la prévention de la santé mentale et la stigmatisation sociale; les personnes âgées ; et le sport.

---

1. Ruiz F.J., "A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies", in *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2010, 10, 1, pp. 125-162.

2. Hayes S.C., Wilson K.W., Gifford E.V., Follette V.M., Strosahl K. (1996), "Emotional avoidance and behavioral disorders. A functional approach to diagnosis and treatment", in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

3. Selon Hayes sur le site internet de l'ACBS.

Ces troubles ont en commun, des conduites d'évitement expérientiel dans un contexte de fusion cognitive. Des études de cas bien menées et prometteuses, sont aussi disponibles concernant l'agoraphobie, le syndrome de stress-post traumatique, l'anorexie mentale, le trouble de la personnalité schizotypique, les problèmes de couples et familiaux, l'exhibitionnisme, les dysfonctions sexuelles et orientations, les addictions à l'alcool et à l'héroïne, et l'amélioration de la pratique de certains sports et jeux (les échecs).

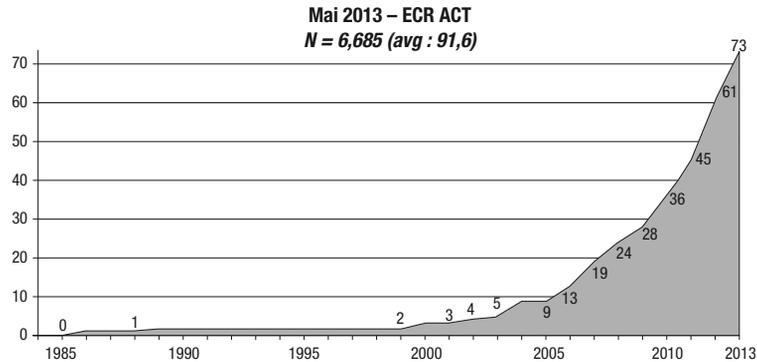


Figure 1.1. Nombre d'essais contrôlés randomisés ACT – mai 2013  
(Source : Institut de Psychologie Contextuelle)

Ces méta-analyses permettent de considérer l'ACT comme un traitement empiriquement validé. Le nombre de ces études s'accroît exponentiellement tout comme s'améliorent leurs méthodologies. Il faut prendre en considération qu'il s'agit d'une thérapie récente. Ces fondateurs ont préféré pendant une vingtaine d'années approfondir et asseoir les fondements théoriques à l'aide de la recherche fondamentale de la théorie des cadres relationnels et de l'ACT.

## Principe théorique

Cette thérapie comprend l'acquisition de compétence psychologique de type métacognitive, à travers l'expérimentation sensorielle et mentale grâce à des exercices en séances et entre les séances. La relation thérapeutique et la contribution active du patient ainsi que son engagement sont aussi fondamentales.

La thérapie s'effectue au travers de nombreux exercices. Effectivement, l'apprentissage par l'expérimentation, sans recours au processus d'apprentissage via le langage, est plus performant et permet de se servir des apports de la TCR.

Il y a six processus psychologiques essentiels dans l'ACT. On peut établir ceux-ci sur trois axes, eux-mêmes composant schématiquement l'« Hexaflex ».

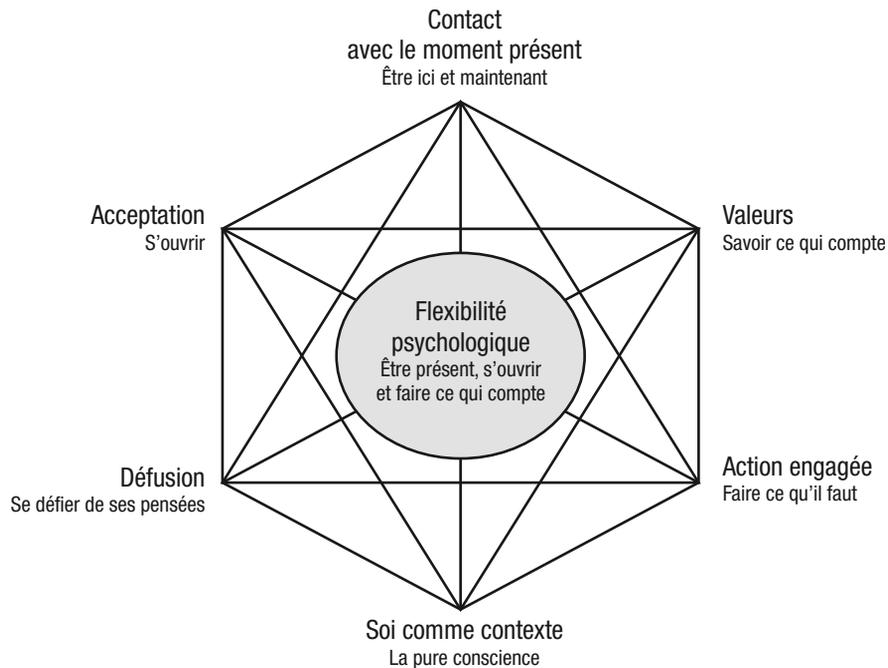


Figure 1.2. Hexaflex

- L'axe **Acceptation-Défusion** partage des propriétés sous la forme d'une unité fonctionnelle. Il s'agit de l'excessive littéralité et l'inaptitude à lâcher prise (cf. Figure 1.2 ci-dessus).
- L'axe **Contact** avec le moment présent-le soi contexte implique des aspects verbaux et non verbaux de la pleine conscience, autrement dit ce qui se produit dans le présent.
- L'axe **valeurs et action engagée** implique un usage positif du langage afin de choisir et de planifier le cours d'une action, c'est-à-dire avancer, bouger.

Des relations existent à travers les fonctions du langage au service de l'acceptation et du changement.

## L'acceptation *versus* l'évitement expérientiel

L'évitement expérientiel est la réticence à entrer en contact avec ses expériences privées aversives (sensations physiques, émotions, pensées, souvenirs, tendances à l'action) autant que la tendance à altérer la forme ou la fréquence de ces événements et à éviter les contextes qui les occasionnent.

Il s'agit d'une dimension fonctionnelle. La personne s'engage alors dans des stratégies afin de réduire ou de se débarrasser d'événements privés perçus comme aversifs. Le langage favorise notamment ces évitements par la valence aversive qu'il donne aux événements privés. Ces stratégies sont bien souvent très coûteuses et si parfois elles sont efficaces sur le court terme, elles le sont rarement sur le long terme. La maintenance des stratégies d'évitement expérientiel peut s'expliquer en partie par le conditionnement opérant : la baisse temporaire de la charge émotionnelle négative produisant l'apaisement et le soulagement, renforce le comportement d'évitement lorsque les conséquences sont expérimentées directement, et en partie par les comportements gouvernés par les règles, lorsqu'un stimulus discriminant annonce une conséquence aversive et que l'individu n'entre pas en contact avec. Le cadrage relationnel induit pour autant une augmentation des stimuli aversifs de manière exponentielle et rend l'évitement expérientiel infructueux en définitive. Il est même contreproductif, en ce qui concerne certaines stratégies comme la « suppression de la pensée » qui est suivie d'un effet rebond.

- Lors des tâches expérimentales ayant pour instruction la suppression de la pensée, il a été impossible aux participants de réaliser la tâche. Il s'agit d'une injonction paradoxale que s'impose l'individu : ne pas penser à une pensée.

La littérature, très vaste au sujet de l'évitement expérientiel, a largement montré que la tentative de contrôle des événements privés conduit à une augmentation de ces mêmes événements. Malheureusement, l'individu s'engage de plus en plus dans un registre de stratégie d'évitement ce qui résulte dans des compétences moindres en résolution de problème lorsque cela pourrait être efficace (événements extérieurs) et des efforts de changement restreint dans le temps.

On la retrouve dans sa dimension cognitive telle la suppression de la pensée, la distraction ou la rumination inefficace et dans sa dimension de comportement ouvert, comme l'utilisation de substance, les comportements suicidaires, la prise de risque, les comportements agressifs, les dysrégulations émotionnelles. L'évitement expérientiel via les tentatives de suppression de la pensée n'est pas opérant.

L'évitement expérientiel est alors pathogénique. L'évitement expérientiel est présent dans un large nombre de troubles psychologiques et réalise la médiation entre ces troubles psychologiques et leurs symptômes. On compte parmi ces troubles, ceux liés à l'anxiété, les syndromes dépressifs, les addictions, le psychotraumatisme, les difficultés professionnelles avec baisse des performances, les troubles de la personnalité borderline, la douleur chronique.

Dans la conceptualisation des patients et des soignants, l'adaptation du modèle biomédicale au modèle psychologique, a pour conséquences que les événements privés aversifs sont considérés comme des barrières nuisibles à la qualité de vie. Tels des symptômes, ils doivent être traités et solutionnés. Cependant, la TCR indique qu'ils prennent leurs sources dans le

comportement verbal humain, ce dernier n'étant pas séparable de l'être humain. Ils font partis de manière inhérente à la vie humaine, et telle est la souffrance

En pratique, l'ACT y fait référence à travers les expressions telles le « **contrôle en tant que problème** », la réticence à entrer en contact avec ses expériences intérieures. Le contrôle entraîne la rigidité des champs d'action de l'individu qui s'engage inlassablement dans des actes de contrôle et de lutte contre ces « symptômes ». Le temps, l'énergie, et les fonctions cognitives ne sont plus disponibles pour d'autres tâches. L'acceptation des émotions négatives semblerait moins coûteuse en ressource cognitive que l'évitement expérientiel de type suppression de la pensée.

À l'opposé de l'évitement expérientiel, on retrouve les processus d'acceptation.

L'acceptation est un processus actif. C'est une attitude volontaire et intentionnelle à entrer en contact avec son expérience privée qu'elle soit considérée comme positive ou négative. L'individu accueille par choix de façon ouverte et bienveillante ses pensées, ses sensations physiques, ses émotions, ses sentiments et ses souvenirs de quelques contenus qu'ils soient.

L'acceptation n'est pas une résignation ni de la passivité.

## Fusion cognitive versus défusion

« Les pensées ne sont pas des faits, ce ne sont que des pensées, mêmes celles qui disent le contraire. »<sup>1</sup>

Quand nous sommes aux prises avec nos pensées, les processus verbaux nous emmènent au-delà de l'ici et maintenant. Nous interagissons avec nos pensées comme des représentations du monde interne mais aussi du monde extérieur, perdant le contact avec le contexte dans lequel nous sommes et les stimuli qu'il comprend. Il s'agit d'une expérience humaine et inaliénable.

De par sa nature, la fusion réduit le champ de notre répertoire comportemental. Quand nous fusionnons avec notre esprit nous formulons symboliquement des règles pour organiser nos comportements. Ces règles sont socialement inculquées. Le problème étant qu'elles sont à l'origine d'une perte de contact avec les antécédents et les conséquences de nos comportements, comme on a pu le voir dans l'analyse fonctionnelle ABC. À la suite de ces productions, une personne peut donc suivre inlassablement les mêmes comportements sans même reconnaître les conséquences directes indésirables. L'individu devient insensible au contexte. Pour autant, les règles verbales régissent nos comportements quotidiens du fait de leur facilité pratique dans de nombreux domaines.

---

1. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. *Acceptance and Commitment Therapy*, Second Edition : *The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press, 2011

Si ce processus était volontaire et intentionnel nous pourrions choisir quand nous souhaitons ou non fusionner avec notre pensée en fonction des effets désirés. Malheureusement, ce processus est automatique et indiscernable. Nous n'avons pas appris à reconnaître les divers aspects du comportement verbal et ses influences sur nous dans lequel nous baignons.

Quand nous sommes en fusion avec des expériences douloureuses et aversives, cette fusion conduit à l'évitement expérientiel car l'individu suit la règle que ces vécus sont anormaux et toxiques et qu'ils doivent être contrôlés ou éliminés.

Une métaphore traduit pleinement ce processus, il s'agit de **la métaphore de la personne dans le trou** (*The person in a Hole*), un standard dans l'ACT. Plus la personne creuse pour sortir du trou et trouver une solution, plus elle s'enfoncé.

Dans le but de ramener la fusion cognitive sous le contrôle contextuel, l'ACT apprend à séparer le processus cognitif continu de la production du contenu cognitif. On apprend donc à séparer l'auditeur de l'orateur. Cette intervention s'appelle la défusion, qui est un néologisme de l'ACT. Initialement, les concepteurs l'appelaient délitéralisation, mais la complexité de ce terme a conduit à sa simplification. Elle sous-entend être plus en contact avec les événements mentaux pour ce qu'ils sont et non pour ce qu'ils disent qu'ils sont. Le but n'est pas d'éliminer le contenu verbal mais de réduire l'effet automatique qu'il a sur les comportements. Le but de la défusion n'est pas non plus de modifier la fréquence, la forme des contenus verbaux mais de changer leurs fonctions en les mettant sous un meilleur contrôle volontaire contextuellement dépendant.

La fusion cognitive est habituellement maintenue par le contexte relationnel établi dans la communauté sociale et verbale, par exemple le fait de donner des raisons, de raconter des histoires, la demande de sens de cohérence ou de consistance des comportements, ainsi qu'au travers de la résolution de problème.

Dans les tactiques de défusion, on retrouve notamment l'expérience « Milk, Milk, Milk » par Titchener qui a mis en évidence cette théorie contextuelle du sens en 1916.

Prenons l'exemple d'un citron. Prononcez ce mot « citron » et trouvez en premier lieu ce qui vous vient à l'esprit. Trouvez d'autres informations qui se présentent à vous. Puis maintenant, imaginez-vous mordre dans un citron. Les caractéristiques physiques et sensorielles s'appliquent à ce mot « citron ». Mordre dedans entraîne assez fréquemment une sensation d'acidité, d'amertume et une salivation. On peut même s'en représenter le goût, l'odeur, la texture. Dans un second temps, répétez à voix haute pendant 1 à 2 minutes le terme « citron ». Quand vous aurez fini, imaginez-vous mordre dans ce citron. L'expérience montre que le mot ne devient plus qu'un son et perd ainsi les propriétés de l'objet qu'il décrit. La fonction transférée de l'objet au son nécessite un certain contexte pour avoir lieu. Cette expérience a donc par la modification du contexte du

stimulus verbal [sitɔʁɔ] modifié ses fonctions. D'après la TCR, la défusion permet de jouer sur l'influence du cadrage relationnel et des règles gouvernant les comportements<sup>1</sup>.

La défusion n'est pas une finalité en soi, elle est une compétence utile à certains moments et dans certaines situations. Le langage et la pensée sont utiles dans la résolution de problème lorsqu'il s'agit du monde extérieur. En résumé, la défusion est l'habileté à mettre en place une perspective psychologique différente, distanciée et plus nuancée, par rapport à ses expériences intérieures telles que le sont les pensées, les sentiments, les émotions, les images mentales. Il est considéré comme l'un des mécanismes clefs dans les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience.

## Être en contact avec l'instant présent

« Prêter attention d'une manière particulière : intentionnellement, dans le moment présent et sans jugement », John Kabat Zinn.

Les processus de pleine conscience visent à augmenter la flexibilité psychologique dans l'ici et le maintenant par le biais notamment d'une attention soutenue. À l'inverse du futur ou du passé, nous ne pouvons agir que dans l'instant présent. L'attention humaine est constamment accaparée par des ruminations ou des inquiétudes qui l'empêchent de prendre note de ce qui se passe dans son environnement direct et actuel.

Dans le cas des patients déprimés, il leur est possible de concentrer leur attention mais rapidement des pensées tournées vers le passé ont tendance à les emporter. Il en est de même pour les anxieux à propos du futur. Comme le dit Russ Harris : « Il est facile de nous faire happer par nos pensées et de perdre le contact avec le monde qui nous entoure. »<sup>2</sup> L'accompagnement thérapeutique entraîne à pouvoir se réorienter dans le moment présent quand les pensées nous emportent. Les concepteurs de l'ACT évitent les termes de *Mindfulness* ou de pleine conscience car l'ACT, comme le dépeint le titre de la dernière édition de l'œuvre princeps de Hayes et ses collègues, essaie de faire sortir les gens de leur esprit et de les faire entrer dans leur vie « *Get Out of Your Mind and Into Your Life* »<sup>3</sup>. L'inverse de la pleine conscience pourrait être désigné par « le pilotage automatique ».

Il n'y a pas encore de définition universelle de la pleine conscience.

1. Snyder K., Lambert J., Twohig M.P., « Defusion : A Behavior-Analytic Strategy for Addressing Private Events », *Behav Anal Pr.*, 2011 ; 4(2):4-13.

2. Harris R., Hayes S.C., *Passez à l'ACT pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*, De Boeck, 2012.

3. Hayes S.C., Smith S., *Get Out of Your Mind and Into Your Life : The New Acceptance and Commitment Therapy*, New Harbinger Publications, 2005.