

Sous la direction de Jean-Christophe SEZNEC

ACT : applications thérapeutiques

Anxiété • Phobies • TCA • Image de soi • Dépression • Burn-out •
TOC • Thérapies de couple • Troubles sexuels • Fibromyalgie

2^e édition revue et corrigée

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^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

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, 2019 (2015)

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

ISBN 978-2-10-078108-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° 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

Auteurs	IX
Préambule	1
Chapitre 1 Présentation générale de l'ACT	4
L'ACT, une démarche résolument plus « humaine » !	7
Les sources de l'ACT	9
L'ACT	15
De la théorie à la pratique	30
La relation thérapeutique dans l'ACT	32
La matrice, un outil dynamique au service de l'ACT	34
Chapitre 2 Prise en charge d'un syndrome dépressif	38
Clinique	40
Anamnèse	40
Séance 1	41
Séance 2	44
Séance 3	47
Séance 4	49

Séance 5	49
Séance 6	51
Par la suite	52
Évolution	54
Annexe : Luttez contre la dépression	54
Chapitre 3	
Peur récurrente du cancer	60
Première rencontre : présentation du point de vue	62
Deuxième rencontre : l'analyse de l'efficacité de la lutte	66
Troisième rencontre : la futilité de vouloir contrôler pensées et émotions	68
Quatrième à sixième rencontre : observer et se distancier des pensées et émotions qui hameçonnent	70
Septième à neuvième rencontre : acceptation et compassion pour soi	73
Dixième et onzième rencontres : prise de perspective et stratégies de maintien	74
Rencontre de suivi et conclusion	76
Résultats et discussion	77
Chapitre 4	
ACT et trouble sexuel	80
Séance 1 : évaluer le corps et l'esprit – Psychoéducation de la sexualité	84
Séance 2 : conceptualisation du cas – Définition des objectifs thérapeutiques	89
Séance 3 : mise en évidence du paradoxe de la lutte – accepter, faire de la place	97
Renoncer à la lutte ou le désespoir créatif	98

Séances 4-5 : observer les sensations, s'ouvrir à l'intimité, défusionner des pensées	102
Séance 6 : défusion en couple – <i>Mindfulness for two</i>	108
Séance 7 : s'engager dans l'action – Prendre des risques	111
Séance 8 : bilan – Qu'est-ce qu'une sexualité normale ?	114
Chapitre 5 Application de l'ACT à un trauma complexe (DESNOS)	118
SP, 49 ans, une histoire pas comme les autres	121
Premier entretien et analyse de la demande	123
Deuxième entretien : place à l'autocritique et le respect des limites	129
Troisième entretien : Roue de Satisfaction	133
Travail relationnel transversal	136
Évolution de SP au cours des séances 10 à 20	138
Évolution de SP de la séance 20 à 25	141
Suivi (en cours)	145
Conclusion et derniers conseils	145
Outils utilisés	147
Chapitre 6 Attaques de panique et expériences de dépersonnalisation-déréalisation	152
Attaques de paniques, dépersonnalisation, déréalisation : quelques repères cliniques	154
Intérêt d'une approche ACT	154
Perspective théorique et conceptualisation ACT	156
Le suivi des résultats du traitement	163
Le cas de Pierre	164

	Discussion	190
Chapitre 7	Des TCC classiques à la thérapie ACT avec la matrice.....	194
	Le contexte thérapeutique	196
	Histoire clinique	196
	La thérapie TCC classique	197
	L'introduction de la pleine conscience	198
	L'introduction de la thérapie ACT avec l'hexaflex	199
	L'introduction de la matrice ACT	200
	Exemple de partage d'attention avec les deux matrices dans un échange thérapeutique	205
	Un tournant de la thérapie	207
	Les moteurs d'une thérapie	212
	Comment marche une thérapie ACT avec la matrice	213
Chapitre 8	Insatisfaction corporelle et demande de régime : quand l'image du corps fait souffrir	216
	La première rencontre avec Karine et présentation du travail ACT	218
	Séance 2 : entraîner la défusion	222
	Séance 3 : ralentir, observer, choisir	227
	Séance 4 : sortir de la lutte et avancer	233
	Séance 5 : se confronter à l'expérience des 5 sens	237
	Séance 6 : la compassion au service de l'accueil	241
	Annexe 1 : Fiche de liaison entre deux consultations (séances 3-4)	245
	Annexe 2	247
Chapitre 9	ACT et les troubles du comportement alimentaire	250

	Première rencontre	253
	Deuxième rencontre	255
	Troisième rencontre	261
	Quatrième rencontre	264
	Cinquième rencontre	268
	Sixième rencontre	270
	Septième rencontre	275
	Huitième rencontre	279
Chapitre 10	Prise en charge d'un trouble anxieux chez un athlète de haut niveau	282
	Le contexte de la pratique sportive de haut niveau	284
	Première séance	286
	Deuxième séance	289
	Troisième séance	291
	Quatrième séance	292
Chapitre 11	ACT, stress et burn-out	300
	Les différentes dimensions de l'ACT	302
	Aborder les valeurs avec la roue de satisfaction	321
Chapitre 12	Cas clinique de thérapie de couple ACT	334
	Première consultation	337
	Deuxième consultation	340
	Troisième consultation	342
	Quatrième consultation	344
	Cinquième consultation	346
	Sixième consultation	348

Septième à neuvième consultation	350
Dernière consultation	352
Chapitre 13 Une interprétation des partitions de l'ACT chez une patiente souffrant de fibromyalgie	354
Que choisir ?	356
La rencontre	357
Première rencontre	359
Le début du voyage	361
Quand les conditions sont réunies, le phénomène apparaît	363
Respecter la demande	365
Rationalisation >< évitement	367
Et le thérapeute dans tout ça ?	370
La douleur est inévitable, la souffrance est optionnelle	371
« Est-ce que vous trouvez que je guéris ? »	374
La clôture	376
Le processus thérapeutique	377
Conclusion	379
Ressources	380
Les associations de professionnels	380
Être Thérapeute ACT	381
Bibliographie	384

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 CAZAUVIELH**, 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

LE MONDE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE est en évolution permanente. Il s'enrichit de multiples recherches sur le fonctionnement psychique. De plus en plus, les neurosciences viennent conforter et renforcer l'évolution des techniques psychothérapeutiques. Désormais, les techniques psychothérapeutiques s'appuient sur un rationnel scientifique.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont elles aussi évolué. Au début, selon le modèle de Pavlov, on essayait de modifier les comportements dysfonctionnants. Ensuite, les TCC, selon le modèle de Beck, se sont préoccupées de modifier les pensées automatiques dysfonctionnantes par des pensées alternatives afin de faire de la restructuration cognitive. Depuis quelques années s'est développée une troisième vague de thérapies comportementales et cognitives davantage centrées sur les émotions, l'ouverture émotionnelle, l'acceptation et l'instant présent. La thérapie de l'acceptation et de l'engagement (thérapie ACT) s'inscrit dans cette évolution. Les TCC de troisième vague, et plus particulièrement l'ACT, sont en plein essor et sont désormais reconnues. Le nombre de publications scientifiques à leur sujet est exponentiel. Les patients sont particulièrement satisfaits de cette nouvelle approche fonctionnelle, directe et particulièrement humaine. En outre, les prises en charge peuvent être très courtes. Kirk Strosahl, qui est l'un des trois fondateurs de cette approche avec Kelly Wilson et Steve Hayes, propose même une Fast ACT (FACT) qui peut se pratiquer en une séance !

Cependant, il n'est pas toujours aisé de faire évoluer sa pratique et d'intégrer de nouvelles techniques. Le modèle pratique de l'ACT est très simple. Il se résume en une image : l'Hexaflex. Cependant, c'est cette simplicité qui rend sa pratique compliquée. En effet, dans l'approche ACT, il ne s'agit pas d'une simple application de technique apprise – il est nécessaire que le thérapeute l'incarne et la vive afin de pouvoir « surfer », au cours d'une séance avec son patient, sur l'un des six points de l'Hexaflex. La thérapie ACT se nourrit de nombreuses images que vous retrouverez dans ce livre. L'image qui représente le mieux l'approche ACT selon moi est celle du surfeur. En effet, la vie et les séances sont comme des vagues. On ne sait jamais comment cela va se passer à l'avance. Le thérapeute ACT a besoin de « surfer » ce que présentent les patients pour les aider à gagner plus de flexibilité psychologique, afin qu'eux aussi puissent surfer les événements de vie qu'ils croisent.

Les formations sont trop souvent théoriques. On ressort de celles-ci intéressé mais souvent frustré, faute de savoir comment mettre ces nouveaux acquis en musique. Les auteurs de ce

livre ont voulu négocier cet obstacle en ouvrant pour vous leur cabinet. Les cas cliniques présentés dans ce livre sont là pour vous montrer comment les thérapeutes déclinent cette approche au quotidien dans leurs consultations. Nous avons voulu mettre en musique cet outil thérapeutique pour vous permettre de gagner en flexibilité dans son utilisation. En outre, dans l'esprit de l'approche ACT, il n'existe pas de formation certifiante. Pour apprendre cette nouvelle technique, il est nécessaire de participer à des ateliers expérientiels qui vont progressivement sculpter votre nouvelle expertise. Pour cette raison, j'ai voulu, à travers ce livre, vous faire vivre, dans le quotidien d'experts en thérapie ACT, le déroulé d'une prise en charge.

L'objectif de ce livre est donc 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. Nous avons voulu proposer à tous un livre pratique et *in vivo* mettant en musique l'ACT pour approfondir la formation de chacun.

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 de l'audace et de l'engagement. 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. Depuis, plusieurs autres thèses de psychiatrie ont vu le jour sur le sujet. L'AFSCC, qui regroupe les pratiquants francophones en thérapie ACT, permet à chaque étudiant de partager ses travaux et ses expériences au cours des journées annuelles.

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, qui permettront d'aller plus loin.

Pour vous approprier l'ACT, il est nécessaire que vous avanciez pas à pas. Vouloir d'emblée devenir un thérapeute ACT risque de vous donner le vertige et de vous encourager à faire demi-tour et continuer à pratiquer ce que vous avez l'habitude de faire. En pratique, lorsqu'une technique ACT ou une image ACT de ce livre vous semble intéressante, essayez-la systématiquement pendant plusieurs jours. Vous pouvez même assumer avec vos patients

que vous êtes en train de faire évoluer votre façon de faire. En partageant votre évolution et votre fragilité, vous les autorisez à évoluer, tout fragiles qu'ils sont eux aussi. Une fois cette technique acquise, essayez-en une autre – et ainsi de suite avec engagement, bienveillance et mansuétude. L'ACT est comme le vélo : il faut surtout pratiquer, tout en sachant qu'au début, tout le monde tombe. D'ailleurs, pratiquer l'ACT est d'autant plus comparable au vélo que cela paraît parfois aussi désarçonnant que tenir en équilibre sur un vélo ; puis, au fur et à mesure de l'entraînement, on se rend compte que l'on est devenu un thérapeute ACT.

À la fin de ce livre, j'ai partagé de nombreuses ressources pour approfondir. Je vous ai indiqué de nombreux ouvrages mais aussi des liens pour rejoindre l'ACBS et l'AFSCC, qui regroupent les thérapeutes ACT, « amateurs » comme « professionnels ». C'est en échangeant et en pratiquant que l'on s'améliore. Aussi, sans aucune hésitation, rejoignez-nous !

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

Jean-Christophe Seznec
2019

Chapitre 1

Présentation générale de l'ACT

L'ACT, une démarche résolument plus « humaine » !	7
Les sources de l'ACT	9
Bases historiques des Thérapies Cognitivo-Comportementales ...	9
Le contextualisme fonctionnel	11
Analogie et métaphores	14
L'ACT	15
Objectifs thérapeutiques.....	15
Différence fondamentale avec les autres approches.....	15
Indications thérapeutiques	16
Principe théorique.....	17
L'acceptation <i>versus</i> l'évitement expérientiel.....	18
Fusion cognitive <i>versus</i> défusion.....	20
Être en contact avec l'instant présent.....	22
Le soi comme contenu <i>versus</i> le soi contexte, une prise de perspective.....	24
Valeurs floues <i>versus</i> valeurs clarifiées : se connecter à ses valeurs	27
De la théorie à la pratique.....	30
Le désespoir créatif.....	30
Le contrôle en tant que problème.....	30
L'être prêt à accueillir sa souffrance.....	31
Les exercices de pleine conscience.....	31
Les analogies et les métaphores	31
Les exercices au domicile	31
La relation thérapeutique dans l'ACT	32
Une thérapie flexible	32
Le contexte thérapeutique	32
Compassion, empathie et égalité	33
Temporalité.....	33
La matrice, un outil dynamique au service de l'ACT.....	34

LE 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 en 2004 dans un article. 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 trouve 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 didactique¹.

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 les 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.

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

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

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 qui 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, dérangement, 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 clinique¹ : « 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. »¹

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^e 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

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.

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.

- 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 pratique¹ ». 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 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 envisagent 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 rapprocherai ou je m'éloignerai 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.

1. Hayes S.C., *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*, 2004.

■ 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 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 (par 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 parlantes 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 à être 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 évidentes que celles 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 relient 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 pensées¹.

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

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

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, à travers le 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 thérapeutique¹.

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 fonctionnelle².

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 1989³ (cf. *figure 1.1*). 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

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, p. 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.

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.

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).

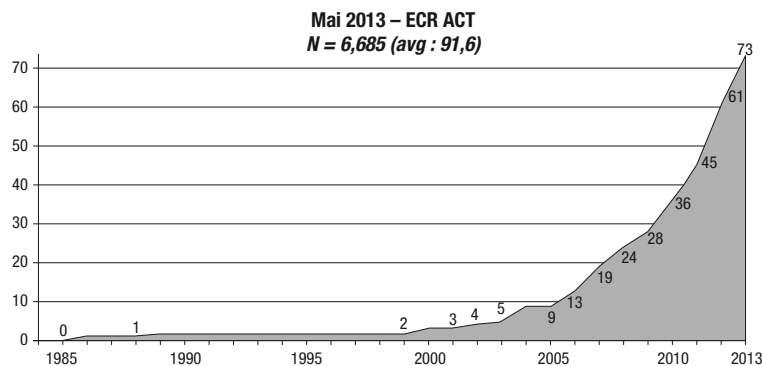


Figure 1.1. Nombre d'essais contrôlés randomisés ACT - mai 2013
(Source : Institut de Psychologie Contextuelle)

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 » (cf. *figure 1.2*).

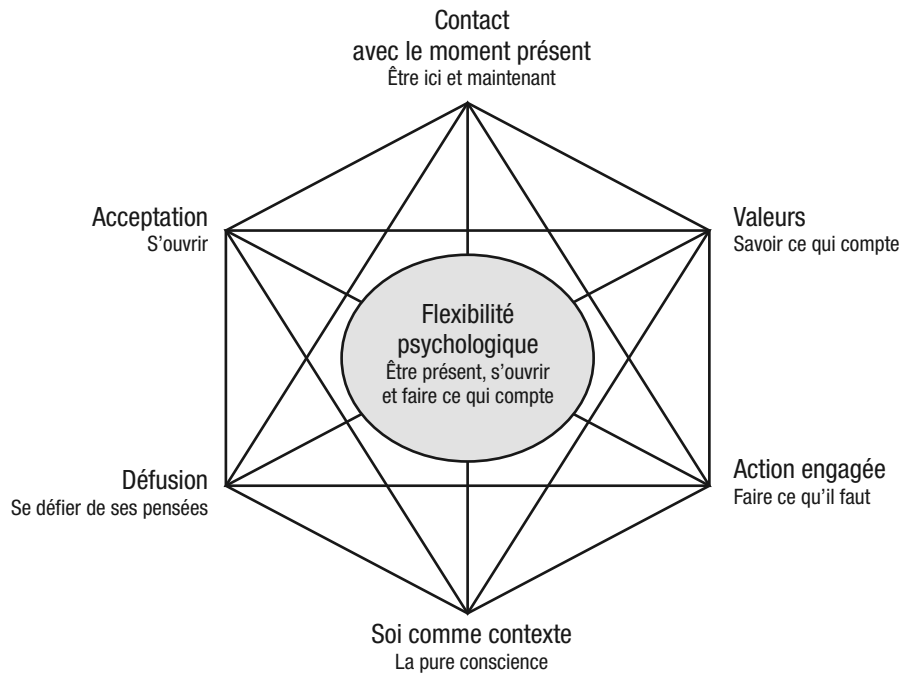


Figure 1.2. Hexaflex

- **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.
- **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 restreints 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 biomédical 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 partie 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 contraire¹. »

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

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