



Cristel Neveu / Psychologue

Psychologue au Centre de santé et services sociaux du Kamouraska (CSSSK) et en clinique privée (Rivière-du-Loup). Elle s'intéresse à la thérapie de l'acceptation et de l'engagement depuis 2005 et contribue à diffuser cette approche dans le monde francophone sur le site Internet de l'Association for Contextual Behavioral Science (ACBS).

cristel.neveu.csssk@ssss.gouv.qc.ca



Dr Frédérick Dionne / Psychologue

Psychologue au collège François-Xavier-Garneau (Québec) et en pratique privée (Lévis). Il est également formateur à l'Institut de formation continue du Québec (www.ifcq.net).

psychologue@frederickdionne.ca

www.frederickdionne.ca

La thérapie d'acceptation et d'engagement : une approche novatrice

La thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), en anglais : *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, représentative de la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives, suscite un intérêt considérable dans la communauté de praticiens et de chercheurs aux États-Unis et à travers le monde. Malgré des résultats thérapeutiques encourageants et une curiosité grandissante à l'égard de sa théorie et de sa pratique, cette approche reste méconnue au Québec. Cet article présente un survol des origines théoriques et philosophiques du modèle thérapeutique et des recherches empiriques de l'ACT.

_ORIGINES THÉORIQUES ET PHILOSOPHIQUES

Les fondateurs de l'ACT remettent en question le fait que l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives résulte précisément de la modification du contenu des pensées. Suite à leurs observations en laboratoire, Hayes et ses collaborateurs reconceptualisent l'approche cognitive en prolongeant les travaux du conditionnement opérant de Skinner (1957) sur le langage et la cognition et élaborent la théorie des cadres relationnels (TCR, Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). L'ACT est l'application clinique de cette théorie. La TCR repose sur un programme de recherche expérimentale qui rend compte des processus du langage et de la cognition n'ayant pu être démontré auparavant par les principes d'apprentissages des thérapies comportementales traditionnelles.

Une des répercussions les plus importantes de la TCR est de normaliser la souffrance en révélant qu'elle est inhérente au langage humain. Par exemple, l'habileté des humains à évoquer verbalement des événements les rend psychologiquement présents même si ceux-ci ne surviennent pas dans l'environnement immédiat. Ce fait de relier des mots et des événements à caractère aversif de façon arbitraire et dérivée (sans être en contact direct avec ceux-ci) contribue à la souffrance humaine. De plus, l'existence de règles mentales (c.-à-d. verbales) peut avoir l'inconvénient de rendre les individus moins sensibles à l'effet de leurs comportements dans leur environnement. Sans nier les bénéfices du langage pour l'espèce humaine comme outil privilégié de survie et d'adaptation à son environnement (prédiction, planification, communication, etc.), cette théorie démontre comment le langage conduit l'individu à éviter le contact

avec ses phénomènes psychologiques dérangeants (pensées, émotions, sensations, impulsions, images, souvenirs). Selon cette approche, ce processus nommé « évitement expérientiel » procure une analyse fonctionnelle à de nombreux troubles psychologiques.

En se basant sur les visions du monde du philosophe Stephen Pepper (1942), les auteurs de l'ACT ont tenu à préciser la perspective philosophique de leur approche. Celle-ci s'inscrit dans un *contextualisme fonctionnel*, c'est-à-dire que les comportements sont influencés à chaque instant par une multitude de facteurs contextuels externes (environnement socioculturel, conséquences sociales, facteurs historiques) et internes (p. ex. relation entre le penseur et la pensée). Cette vision du monde, analogue au béhaviorisme radical de Skinner, fait ressortir la pluralité des variables du contexte et la difficulté à établir une compréhension univoque d'un comportement. Dans cette conception où il n'y a pas de vérité objective, c'est l'utilité (ou la fonction) des comportements qui importe.

_LE MODÈLE DE L'HEXAFLEX

Sur le plan clinique, l'ACT ajoute une couleur humaniste-existentielle aux thérapies comportementales et cognitives en adoptant des thèmes qui rappellent l'acceptation inconditionnelle de Rogers en insistant sur l'importance d'une existence pleine de sens (comme la logothérapie de Frankl) et en mettant l'accent sur la notion de « moment présent » (comme la Gestalt). Toutefois, elle diffère des autres approches par ses fondements philosophiques et théoriques. L'ACT ne vise pas directement les symptômes du client en cherchant à modifier la fréquence des phénomènes psychologiques douloureux (pensées, émotions, etc.), leur contenu (p. ex. modifier une pensée irrationnelle en pensée rationnelle) ou leur forme (p. ex. transformer une sensation de tension en relaxation). Elle cherche plutôt à intervenir sur la manière dont le client aborde l'émergence de ses phénomènes intérieurs pour qu'ils ne l'empêchent plus d'agir en direction du sens qu'il veut donner à sa vie. Elle est donc « comportementale » par l'importance accordée à l'activation comportementale dans ses objectifs thérapeutiques.

Par ailleurs, changer le contenu désagréable d'une pensée peut, par exemple, s'avérer contre-productif, puisque celui-ci est inévitable par la nature même du langage (Hayes *et al.*, 2001).

De plus, l'effort de modifier les phénomènes psychologiques dérangeants peut engendrer un combat intérieur dans lequel l'individu évalue négativement ses réactions intérieures. Il peut alors mettre en place des stratégies de contrôle ou de fuite pour supprimer l'inconfort ressenti et/ou éviter les situations pouvant les faire ressurgir. Cet évitement expérientiel a souvent comme conséquence de limiter le répertoire comportemental de l'individu et d'engendrer une certaine rigidité psychologique.

À l'inverse, la flexibilité psychologique, au centre des interventions de l'ACT, se définit comme la capacité à être complètement conscient du moment présent (phénomènes internes et environnementaux) et à ajuster ses comportements en fonction de ce que la situation permet pour agir en direction de ses valeurs (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig & Wilson, 2004). La flexibilité psychologique résulte de l'interaction de différents processus illustrés dans un modèle à six facettes, « l'hexaflex » (Figure 1). Il est préférable que le thérapeute incarne lui-même ces différents processus plutôt que de se limiter à en appliquer les techniques.

Les interventions de l'hexaflex passent par l'usage de métaphores et d'exercices expérientiels afin de contourner les effets néfastes du langage et de ramener le client à l'efficacité de ses comportements dans l'instant présent. Pour y arriver, ce modèle comprend deux ensembles de processus fondamentaux, d'où l'appellation de la thérapie d'acceptation et d'engagement : les processus d'acceptation et de pleine conscience et ceux de changement comportemental et d'engagement. Ils regroupent les six dimensions explicitées ci-dessous, qui sont les cibles d'intervention de l'ACT. Les exemples d'interventions proposés proviennent de Hayes *et al.* (1999).

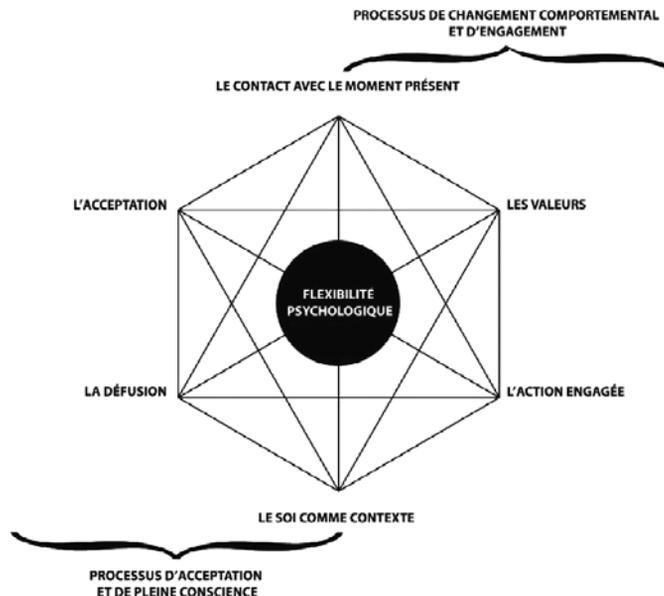
L'acceptation, aussi appelée « expansion » (Harris, 2006), représente la démarche active de faire une place aux pensées, émotions, sensations, impulsions, souvenirs, et images telles qu'elles émergent, sans chercher à les modifier ou les diminuer. Elle consiste d'abord à explorer les coûts et bénéfices des stratégies d'évitement et de contrôle (appelée aussi le « désespoir créatif ») pour ensuite créer une attitude d'ouverture face à l'inconfort. La métaphore des « sables mouvants » (plus on se débat, plus on s'enlise) est un exemple d'intervention favorisant l'accueil inconditionnel des pensées, émotions et autres phénomènes désagréables.

La défusion cognitive est le procédé permettant à l'individu de se détacher du contenu littéral de ses pensées pour les considérer comme des phénomènes psychologiques qui ne constituent pas nécessairement des expériences réelles. Le client est plus conscient qu'il a des pensées, mais qu'il n'est pas ses pensées (fusionné à leurs contenus). La défusion est surtout utilisée afin de créer un recul face aux pensées (justifications, jugements, conceptions de soi) qui limitent l'individu à agir en direction du sens qu'il veut donner à sa vie. Un des exercices typiques consiste à faire répéter le contenu d'une pensée à toute vitesse afin de ramener l'attention de l'individu aux caractéristiques sonores des mots et d'affaiblir les associations à une signification particulière.

Le soi comme contexte représente un soi continuellement présent à travers les âges, l'espace et les événements, semblable à une toile de fond sur laquelle apparaissent les phénomènes psychologiques transitoires (pensées, émotions, etc.) de l'individu. L'exemple du ciel traversé par une météo variable est une manière concrète de le décrire. L'analogie de la gare permet aussi d'illustrer son existence. La gare (« soi comme contexte ») contient dif-

férents trains qui arrivent et repartent, comme les expériences internes passagères qui traversent l'individu au quotidien. En se positionnant sur le quai de la gare, le client peut observer les différents trains (son contenu intérieur) qui passent et choisir de les laisser passer ou d'embarquer selon leur utilité. Pour cette raison, ce soi est aussi nommé le « soi observateur ». Un exercice expérientiel d'observation des phénomènes internes offre un des moyens de le conscientiser.

FIGURE 1 : LE MODÈLE THÉRAPEUTIQUE DE LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT : L'HEXAFLEX



Le contact avec le moment présent consiste à diriger l'attention du client sur ce qui se déroule au fur et à mesure dans le moment présent à l'intérieur de lui-même et dans son environnement. L'objectif est de ramener les clients dans l'ici et maintenant et de diminuer l'emprise des règles verbales et des conceptualisations du passé (ruminations...) ou du futur (anticipations...). Le client devient alors plus sensible à l'effet de ses comportements et à leur efficacité. Les techniques de pleine conscience permettent de développer cette habileté.

Les valeurs sont définies par les sphères de vie significatives (relationnelle, professionnelle, personnelle, etc.) du client. Semblables à l'aiguille d'une boussole, elles fournissent une direction à ses actions. Cette direction est plus fiable et efficace à long terme que les tentatives pour contrôler ses expériences internes désagréables. De plus, elles procurent l'occasion de renforcer les comportements de l'individu dans ses actes quotidiens. Les difficultés rencontrées sur la trajectoire valorisée vont être accueillies, toujours au service des valeurs de l'individu. Plusieurs exercices expérimentaux et questionnaires sont à notre disposition pour les définir et les clarifier.

L'action engagée consiste à motiver le client à poser des actions dans les sphères valorisées. L'engagement implique de se maintenir en mouvement vers les valeurs par un ensemble d'actions tout en accueillant les expériences internes désagréables. Abordée de cette manière, la souffrance acquiert un sens particulier lorsqu'elle est mise au service d'une action valorisée. La métaphore des « passagers de l'autobus » est une intervention souvent utilisée pour illustrer l'engagement à avancer en direction de ses valeurs malgré les obstacles.

_ÉTAT DES RECHERCHES EMPIRIQUES

Les tenants de l'ACT considèrent important de valider empiriquement les processus de leur modèle thérapeutique. À l'heure actuelle, plus de 70 études appuient le programme de recherche de la TCR et plusieurs études surtout corrélationnelles font ressortir la validité des dimensions du modèle de l'hexaflex (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). La plupart utilisent le questionnaire *Acceptance and Action Questionnaire* (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero 2004), une échelle autorapportée évaluant la flexibilité psychologique. De plus, la validation empirique de cette approche s'effectue aussi par des études cliniques. La plus récente méta-analyse publiée compte un total de 18 études avec essai contrôlé randomisé (ECR), totalisant 917 patients (Powers, Vörding & Emmelkamp, 2009). Elle révèle, entre autres, que l'ACT est significativement plus efficace comparativement aux groupes contrôles dans le traitement des symptômes psychotiques, du stress en milieu de travail, de la douleur chronique, de la personnalité limite, des polytoxicomanies et de plusieurs autres problématiques. L'ACT s'est notamment montrée au moins équivalente à la TCC traditionnelle dans le traitement des symptômes

anxieux et dépressifs. À ce jour, l'ACT est efficace pour le traitement d'une multitude de problématiques et de troubles psychologiques et agirait, semble-t-il, selon des processus différents de la TCC traditionnelle par la défusion cognitive (plutôt que la modification des pensées) et par la réduction de l'évitement expérientiel (plutôt que la diminution des symptômes). Bien que cette approche soit prometteuse, elle doit continuer de faire ses preuves pour être solidement validée empiriquement.

_CONCLUSION

Cet article ne peut couvrir toute la richesse théorique et clinique de l'ACT. Dans la francophonie, deux livres viennent récemment d'être édités (Monestès, 2009; Schoendorff, 2009). Au Québec, un ouvrage a été traduit en français (Harris, 2009) et un article plus élaboré sur l'ACT (Neveu & Dionne, soumis) devrait être publié en 2010. Un bestseller (Hayes & Smith, 2005) et de nombreuses publications en anglais sont aussi disponibles. Pour le lecteur qui souhaite explorer davantage le sujet, il existe un site Internet permettant des échanges avec les membres des communautés anglophone et francophone : http://www.contextualpsychology.org/act_en_francais.

_Bibliographie

- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 2-8.
- Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Éds). (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S., Strosahl, K., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. Hayes & K. Strosahl (Éds), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 1-30). New York: Springer.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New-York: Guilford Press.
- Monestès, J.L. (2009). *Faire la paix avec son passé*. Paris: Odile Jacob.
- Neveu, C., & Dionne, F. (soumis). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*.
- Schoendorff, B. (2009). *Faire face à la souffrance*. Paris: Retz.
- Pepper, S. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Powers, M., Vörding, M., & Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 8, 73-80.
- Skinner, B. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton.