

ACT d'ici et d'ailleurs...

L'ACT constitue un modèle complet, une façon différente de considérer l'être humain et la souffrance psychologique. Elle est adossée à une philosophie – la philosophie contextuelle-, et à un cadre théorique, la théorie des cadres relationnels. Cette richesse explique vraisemblablement pourquoi un nombre croissant de cliniciens et de chercheurs s'y intéressent, depuis des approches et des pratiques variées.

C'est cette variété des regards et des perspectives sur l'ACT que nous avons souhaité présenter dans ce hors-série.

Les articles qui suivent ont été rédigés par des cliniciens et des chercheurs rencontrés au cours de nos ateliers. Ils y présentent l'intérêt qu'ils ont trouvé dans la thérapie d'acceptation et d'engagement, les liens et différences qu'ils ont pu observer entre l'ACT et d'autres approches thérapeutiques, ou encore les applications qu'ils en ont fait pour les problématiques qu'ils rencontrent au quotidien.

D'ici et d'ailleurs, ce hors-série aborde donc des thèmes variés comme le trouble dysmorphophobique (Sophie Cheval, Paris), l'arrêt du tabac (Yoann Vasnier, Abbeville), les difficultés rencontrées par les aidants de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer (François Delahaye, Abbeville), ou encore les problématiques liées à l'obésité (Nicolas Sahuc, Montpellier). Des exemples de prises en charge de groupe sont présentés dans l'anxiété (Frédéric Mélinand et Benoît Monié, Toulouse), ainsi que dans les troubles des conduites alimentaires (Marie-Carmel Detournay-Hentgen, Paris). Des éclairages théoriques et philosophiques sont proposés au travers de la possibilité d'un dialogue entre l'ACT et la Thérapie des schémas (Pierre Cousineau, Montréal), des points de rencontre entre l'ACT et le bouddhisme (Geneviève Hamelet, Paris), ainsi que d'une approche contextuelle et expérimentale du contact avec l'instant présent (Olivier Lefebvre, Paris). Enfin, parce qu'un numéro du Magazine ACT ne serait pas complet sans un peu de détente intelligente, Hervé Montès (Orléans) nous apporte une lecture ACT pointue du rugby, qui passionnera les sportifs, amateurs ou de haut niveau, ainsi que leurs entraîneurs.



Dans ce numéro:

* Thérapie d'acceptation et d'engagement de groupe dans les problématiques d'anxiété <i>Frédéric Mélinand et Benoît Monié</i>	p 2
* L'aidant rigide et l'aidant flexible dans la maladie d'Alzheimer <i>François Delahaye</i>	p 3
* Un thérapeute des schémas qui a croisé l'ACT <i>Pierre Cousineau</i>	p 5
* Groupes ACT de prise en charge des troubles des conduites alimentaires <i>Marie-Carmel Detournay-Hentgen</i>	p 7
* Comprendre expérimentalement l'intérêt du contact avec l'instant présent <i>Olivier Lefebvre</i>	p 9
* L'ACT dans l'aide au sevrage tabagique <i>Yoann Vasnier</i>	p 11
* ACT et troubles des conduites alimentaires <i>Nicolas Sahuc</i>	p 12
* Comprendre et traiter le trouble dysmorphophobique avec l'ACT <i>Sophie Cheval</i>	p 14
* L'ACT du point de vue d'une bouddhiste <i>Geneviève Hamelet</i>	p 18
* Les valeurs de l'ovalie <i>Hervé Montès</i>	p 20

Coordination:

Jean-Louis MONESTES
Psychologue, membre de l'équipe CNRS FRE 3291, auteur de plusieurs ouvrages en psychologie cognitive et comportementale

Matthieu VILLATTE
Psychologue, Docteur en psychologie, chercheur à l'université de Reno, Nevada





Thérapie d'acceptation et d'engagement de groupe dans les problématiques d'anxiété

Après un an d'application du programme MBCT - groupe de psychothérapie pour la prévention de la rechute dépressive- nous nous sommes rendus compte que les patients anxieux tiraient d'importants bénéfices de l'apprentissage de l'acceptation et du lâcher prise au sein de ces groupes. Néanmoins, le programme MBCT, dans sa partie « cognitive », était trop centré sur la dépression et ne répondait pas à leur problématique. C'est à ce moment là que nous avons participé à nos premières formations ACT.

Frédéric Mélinand Psychiatre libéral,
Centre de TCC 31, Toulouse

Benoît Monié Psychologue libéral,
Centre de TCC 31, Toulouse

Nous avons donc homogénéisé les groupes d'anxieux en sélectionnant les patients qui avaient une pathologie anxieuse sur l'axe I, toutes pathologies anxieuses confondues. Puis, à partir des principaux messages contenus dans la psychothérapie MBCT (une pensée n'est pas un fait, les différents modes être et faire), nous avons ajouté les autres leviers thérapeutiques de l'ACT : la défusion, la valeur et les actions. C'est cette pratique de l'ACT pour des groupes de patients souffrant d'une symptomatologie anxieuse que nous présentons dans cet article.

Organisation et contenu des séances

Notre groupe se structure autour de l'hexaflex, avec une séance par axe thérapeutique, au rythme d'une fois par semaine. Les six premières séances portent donc sur les thèmes suivants : rester en contact avec l'instant présent, parvenir à la défusion, apprendre à accepter, s'envisager comme contexte d'apparition des événements psychologiques, déterminer et préciser ses valeurs, s'engager dans l'action. Une septième séance récapitule le tout, et une huitième est organisée un mois plus tard afin de maintenir les acquis. Les lignes directrices de cette thérapie de groupe ont été de se centrer le plus possible sur l'expérience directe de l'anxiété pendant les séances et de rester concret quant à la problématique de chaque patient.

La durée d'une séance est de 2H à 2h30. Chaque séance se structure de la même manière : retour des exercices de la semaine ; pratique de méditation (de 20 minutes au début de la thérapie à 40 minutes à la fin) ; exercices pratiques autour du thème du jour ; rappel théorique ; enfin, organisation des exercices pour la semaine à venir. Nous utilisons également des métaphores pour chaque thème: le conducteur de bus, le viaduc sans rambarde, les sables mouvants.... Chaque

exercice en séance donne lieu à un retour de l'expérience de chacun, pendant lequel les patients peuvent partager avec les autres ce qu'ils ont vécu. Le thérapeute utilise directement le matériel fourni par les patients pour guider la séance et amener une réflexion sur le thème du jour. A la fin de chaque séance, le patient reçoit un résumé théorique de la séance sur papier, ainsi qu'un enregistrement de la méditation du jour qu'il aura à effectuer chaque jour à domicile.

Exemples d'exercices utilisés

Sans entrer dans le détail de chaque séance, voici quelques exercices que nous utilisons.

L'exercice du raisin : manger un grain de raisin en pleine conscience. Guidé par les instructions d'un thérapeute, cet exercice se fait très lentement (jusqu'à 15 minutes pour 1 raisin), en aidant le patient à porter son attention sur l'ici et maintenant.

La phrase du malheur : Nous demandons au patient de choisir le prénom d'un être cher. Le patient recopie ensuite une phrase dans plusieurs langues étrangères, en insérant le prénom qu'il a choisi. Cette phrase signifie « je souhaite que xxxx meurt ce soir », mais la signification de la phrase n'est révélée qu'à la fin. Nous partons d'une langue très différente du français et plus difficile à comprendre, pour finir par la langue française. Cet exercice provoque des réactions anxieuses et de colère qui peuvent parfois être intenses, mais permet de travailler l'acceptation en direct et d'aborder la théorie de la soumission au langage.

La photo choc : une photo à valence émotionnelle négative (maladie, accident, guerre...) est distribuée au patient avec la consigne de rester présent et pleinement conscience des processus qui se mettent en route sur les plans cognitif et émotionnel. Cet exercice permet au patient de se voir comme contexte de survenue d'événements mentaux et émotionnels.

Les exercices sur les valeurs avec la répartition des valeurs actuelles (utilisation d'un schéma avec des ronds représentant chaque valeur ou un camembert) puis la représentation des valeurs avec ce même schéma mais en séance de méditation. Cet exercice permet au patient de prendre conscience d'éventuels écarts entre la façon dont il vit au quotidien, ce qu'il souhaite vraiment, et comment la lutte contre ses symptômes l'empêche d'aller en direction de ses valeurs.

L'engagement dans l'action, pendant lequel les patients, en binômes, identifient des actions, en direction de leurs

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

valeurs, qui leur semblent impossible à accomplir actuellement ; la consigne est de diviser chaque action en un ensemble de sous-actions plus réalisables, et de s'engager auprès de son binôme à réaliser l'action la plus facile pour la prochaine séance.

Citron, citron, citron : la défusion est travaillée au début de la thérapie, en séance de méditation, avec la répétition par le thérapeute d'un mot neutre comme « citron » par exemple. Puis les patients sont invités à identifier les mots ou images les plus angoissantes pour eux et à refaire l'exercice avec ces mots déclencheurs d'émotions négatives.

I comme Icare : la soumission au langage et l'identification des schémas sont également travaillés avec le visionnage de l'expérience de Milgram (extrait du film « I comme Icare » disponible sur You tube). Dans cette expérience, un ordre est donné à un volontaire d'envoyer des décharges électriques à un autre volontaire s'il ne répond pas correctement à une série de questions. L'expérience est truquée puisqu'il n'y a pas de décharge réelle. La personne qui reçoit les décharges est en fait un acteur. Seule la réaction de soumission à l'autorité de celui qui exécute l'ordre est étudiée. Ce film agit comme une métaphore auprès des patients, qui comprennent qu'ils sont soumis à certaines lois « langagières » en rapport avec l'anxiété. Ils considèrent leurs pensées comme des ordres (« Il ne faut pas être anxieux », « Être anxieux est dangereux », qu'ils ne prennent pas la peine de les discuter, comme le font les volontaires du film face aux ordres de l'expérimentateur. Après ce film, en binômes, les patients essaient de trouver quelles sont les règles qui gouvernent de manière sous-jacente leurs réactions face à leurs symptômes.

Evaluation des résultats thérapeutiques

Nous avons mis en place ce groupe depuis plus d'un an. Les résultats sont en cours d'étude, mais nous avons déjà quelques impressions cliniques.

Plusieurs patients ayant participé à ce groupe montrent des transformations étonnantes : certains qui ne prenaient plus l'avion depuis des années voyagent de nouveau, d'autres qui ne pouvaient pas quitter la ville vivent à l'autre bout du monde de manière autonome, d'autres encore ont repris le travail après des années d'arrêt maladie ou reprennent leur voiture et retrouvent une indépendance, d'autres enfin acceptent de s'exposer à de nombreuses situations sociales évitées auparavant... Généralement, les patients inclus dans ce groupe avaient déjà bénéficié d'une TCC, mais ne progressaient pas dans le cadre d'une TCC classique en individuel. Du côté de l'avis des patients, les apports du travail en groupe ont été évidemment soulignés : ils nous rapportent avoir été rassurés de voir qu'ils n'étaient pas seuls à être anxieux, que de raisonner sur la problématique des autres leur permettait de mieux comprendre la leur. Même si l'approche basée sur l'ac-

ceptation des émotions était pour eux totalement nouvelle, et parfois même déstabilisante au début, les patients revus à distance (6 mois, 1 an) continuent à y recourir. Ils conservent également une pratique de la pleine conscience et utilisent divers techniques qu'ils ont sélectionnées dans l'ensemble proposé en thérapie.

L'effet thérapeutique de cette psychothérapie de groupe sur l'anxiété orientée ACT demande encore à être objectivée par des études. Nous avons débuté une recherche de ce type au moyen d'échelles d'évaluation de la flexibilité psychologique, de la défusion, du contact avec l'instant présent.

Les résultats cliniques passionnants obtenus par ce premier groupe nous encouragent à poursuivre dans l'utilisation de l'ACT en groupe pour des patients présentant des problématiques anxieuses.

L'aidant rigide et l'aidant flexible dans la maladie d'Alzheimer

Les comportements altruistes sont très répandus parmi les espèces animales qui peuplent la Terre, qu'il s'agisse des amibes, des insectes sociaux, des mammifères ou bien d'autres encore. Les êtres humains dans leur grande majorité sont loin d'en être dépourvus, et ce de façon précoce. Ils peuvent même être surprenants par leur aptitude à aider autrui et par leur abnégation, qui les mène souvent jusqu'à l'épuisement lorsqu'il s'agit d'aider l'un de leur proche malade. C'est le cas

François Delahaye, Gériatre,
CH d'Abbeville

La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative cérébrale de cause inconnue, lentement évolutive et irréversible. Cliniquement, elle se manifeste par une atteinte des aptitudes intellectuelles, mnésiques dans 70 % des cas au début, s'accompagne d'un retentissement fonctionnel de plus en plus important et de troubles fluctuants du comportement à un moment ou un autre de sa progression. Elle est source de nombreux problèmes. Et lorsque l'on pense en avoir résolu un, bien souvent un nouveau surgit.

En 2007, en France, le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer était de 860000. En 2020, il devrait être de 1,3 millions (INSEE). Il suffit de multiplier par deux ces nombres pour avoir une estimation basse de l'ensemble des personnes qui sont ou qui seront concernées par cette maladie.

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

L'association France Alzheimer rapporte que « 60 % des personnes malades vivent à domicile, chez elles ou chez un membre de leur famille. La famille proche, c'est le ou la conjoint(e) dans 72 % des cas, ou encore les enfants », le plus souvent de sexe féminin, « qui consacrent en moyenne 6,5 heures par jour de travail effectif auprès du malade, sans compter la surveillance qui est permanente. » Cette situation stressante quotidienne et sans répit s'accompagne d'une altération de la qualité de vie de l'aidant, d'un retentissement sur sa santé et d'une réduction de son espérance de vie.

Prendre soin d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer est une tâche dure et harassante. Une tâche qui peut transformer le plus aimant et le plus dévoué en aidant rigide persuadé de bien faire, car il pense respecter l'une de ses valeurs (« *Pour moi, c'est primordial de m'occuper de ma mère* »), au détriment des autres valeurs (professionnelle, familiale, santé, loisir...). C'est aussi une tâche qui n'a jamais été anticipée par l'aidant et pour laquelle les habiletés indispensables pour développer des stratégies d'ajustement efficaces sont rarement acquises. Il peut être alors difficile pour l'aidant de prendre le recul indispensable pour savoir s'il est toujours dans les limites de la bienveillance...

Heureusement, ces compétences peuvent s'apprendre. Mais cet apprentissage nécessite le plus souvent l'aide d'un tiers pour devenir un aidant souple engagé dans des actions en accord avec l'ensemble de ses valeurs de façon équilibrée.

Dans son ouvrage, « *When a family member has dementia : steps to become a resilient caregiver* », Susan M. McCurry propose un programme aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, pour leur permettre de s'adapter à l'adversité et aux stressseurs qui jalonnent le chemin dans l'accompagnement d'un être cher malade. Ce programme peut être appris et appliqué par quiconque, quel que soit son âge, dans n'importe quelle situation, et peut devenir une habitude. Par le biais d'exercices ciblés et réguliers, il s'agit d'élargir ou de développer un répertoire comportemental pour s'adapter, continuer à avancer et essayer de nouvelles stratégies pour répondre aux changements incessants d'un être aimé souffrant de démence.

Dans ce programme, Susan M. McCurry propose en particulier de travailler sur l'acceptation. Le but est d'essayer de maintenir une certaine qualité de vie et de pouvoir ultérieurement travailler sur d'autres domaines utiles à l'accompagnement de qualité d'un proche souffrant. Plus particulièrement, de travailler sur les actions engagées vers ses propres valeurs. McCurry distingue trois types d'acceptation par lesquelles il est indispensable de passer pour tendre vers cet objectif : l'acceptation du diagnostic de la maladie d'Alzheimer et la résonance qu'il peut avoir, l'acceptation des limites réelles avec lesquelles l'aidant et son proche malade vont devoir apprendre à vivre, l'acceptation pour l'aidant de ses pensées, de ses sentiments, de ses souvenirs et de ses réactions. Dans cet article, je m'attacherai à développer la troisième forme d'accepta-



tion, celle qui consiste à voir la réalité telle qu'elle est et non pas telle que l'on voudrait qu'elle soit. En effet, l'aidant doit mettre en adéquation ses attentes et ses demandes vis-à-vis de lui-même et de son proche malade

et ce qu'il est réellement possible de faire. Il doit évaluer ses ressources personnelles et les ressources sociales à sa disposition pour déterminer si ses attentes et ses demandes ne sont pas illusoire et déraisonnables. Ensuite, il est inutile d'attendre que son moral soit au beau fixe pour agir différemment. L'aidant souple a des pensées désagréables vis-à-vis de lui-même ou de son proche, des sentiments de la même eau... L'important est d'apprendre à ne pas se laisser engluier dans ce tourbillon de pensées et de sentiments pour avancer et fournir les soins requis par l'état de son proche en accord avec les objectifs fixés à l'avance. Et ce sans se sacrifier. L'une des difficultés que croise l'aidant sur son chemin est de se résoudre à demander de l'aide. « *Je suis nul de ne pas arriver à me débrouiller seul* », « *Je lui ai promis que...* », « *Les autres vont penser que...* », et bien d'autres autocritiques surgissent alors et peuvent le bloquer dans des sensations physiques désagréables, des sentiments de culpabilité, de colère.

Face à un problème perçu, l'aidant procède à une évaluation dont le résultat dépend de ses ressources personnelles et de ses ressources sociales. Dans un premier temps, il se demande s'il court un danger. Dans un deuxième temps, il s'interroge sur son aptitude à y faire face. En l'absence de menace perçue, il ignore le problème et l'intensité de ses émotions augmente peu ou pas. S'il perçoit une menace, l'intensité de ses émotions augmente. Il se tourne alors vers ses stratégies habituelles, ses routines. S'il en trouve une efficace, l'intensité émotionnelle décroît. Dans le cas contraire, elle croît encore. L'aidant va devoir bâtir une stratégie inédite. L'aidant en perte de flexibilité psychologique, empêtré dans ses pensées et ses émotions, réagit par la fuite, la lutte, ou la sidération. L'aidant souple fait de la place à ses émotions, ses pensées, et opte pour une stratégie d'ajustement en accord avec ses valeurs.

« *Je le déteste...* », « *Je ne le supporte plus...* », « *Il m'énerve...* ». Des pensées qui sont parmi les moins rudes... Dans les moments de fatigue, de forte tension, d'agacement, l'aidant peut être submergé par ce type de pensées et se sentir coupable de les avoir. Il va essayer de lutter contre elles, de penser à autre chose. Mais, malheureusement, plus il essaie de les faire disparaître, plus elles sont présentes. Ces tentatives de contrôle ont un coût épuisant et ne font que les renforcer. Avoir ce type de pensées est normal. L'aidant souple apprend à les accueillir, à leur faire une place sans leur accorder plus d'importance qu'aux autres pensées, sans chercher à les changer ou à les atténuer.

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

En conclusion, l'aidant souple est celle ou celui qui parviendra à accepter le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, celle ou celui qui acceptera les limites réelles avec lesquelles elle ou lui et son proche malade devront apprendre à vivre avec, celle ou celui qui acceptera ses pensées, ses sentiments, ses souvenirs et ses réactions. L'aidant rigide refusera tout cela en mettant sa santé en jeu, son réseau social et familial. Bien entendu, entre l'extrême souplesse et l'extrême rigidité, toutes les positions intermédiaires sont envisageables. Souvent, au début, l'aidant oscillera de l'une à l'autre. L'essentiel pour une prise en charge de qualité le ménageant lui-même ainsi que son proche est de tendre vers le plus de flexibilité psychologique possible sans jamais perdre de vue que la perfection est un leurre inaccessible et source de souffrance.

Ainsi comme l'écrivait déjà Esopé dans sa fable intitulée Le roseau et l'olivier : « Le roseau et l'olivier disputaient de leur endurance, de leur force, de leur fermeté. L'olivier reprochait au roseau son impuissance et sa facilité à céder à tous les vents. Le roseau garda le silence et ne répondit mot. Or le vent ne tarda pas à souffler avec violence. Le roseau, secoué et courbé par les vents, s'en tira facilement ; mais l'olivier, résistant aux vents, fut cassé par leur violence. »



U n thérapeute des schémas qui a croisé l'ACT

Dans un article récent¹, nous avons présenté l'adaptation d'une fiche («flash card») de Young². Cette fiche a pour but d'aider le client à composer avec des comportements dysfonctionnels automatiquement associés à la réactivation de schémas précoces inadaptés et à développer des comportements plus fonctionnels. Or, les modifications apportées à cette fiche empruntent certains principes de l'ACT, soit la pleine conscience (contact avec l'instant présent), l'acceptation et l'engagement. Cependant, lorsque cette fiche a été adaptée, je ne connaissais pas vraiment la thérapie ACT³. Cette confluence spontanée entre cette dérive personnelle (!) et l'ACT continue à alimenter ma réflexion sur la pratique clinique.

Pierre Cousineau, Psychologue libéral,
Montréal

Lorsque j'ai fait la rencontre de Young il y a une quinzaine d'années, j'ai d'abord été séduit par la pertinence clinique de ses propos, puis par les résultats cliniques étonnants avec mes patients⁴, ainsi que plus tard par ceux que me rapportaient les thérapeutes que je supervisais.

Or, comment pouvons-nous définir un schéma? C'est une mémoire⁵ constituée de sensations corporelles, d'émotions, de cognitions et de souvenirs narratifs, ou du moins de narrations attribuées à notre histoire. Certains contextes favorisent l'activation d'un schéma. Par exemple le silence d'un collègue qui suscite la crainte qu'il soit fâché contre nous

(Schéma Puniton), la non disponibilité d'un partenaire qui attise notre attirance amoureuse (Schéma Abandon). C'est la répétition non désirée d'un patron cognitivo-émotionnel restreignant qui amène généralement les patients à consulter. La thérapie des schémas a identifié (décrit et dénommé) les patrons les plus fréquemment observés dans les rapports de l'individu aux autres, au monde et à lui-même. Ce sont les 18 schémas précoces inadaptés.

Dans ce qui suit, je propose deux points de rencontre entre la thérapie des schémas et l'ACT, dans la perspective de thérapie comportementale de troisième vague.



A) Le caractère automatique des schémas, la fusion et le soi conceptualisé

La réactivation des schémas est automatique, faisant en grande partie appel au traitement implicite de l'information. C'est ce qui donne cette impression subjective qu'il est extrêmement difficile de réagir ou d'agir autrement. La majorité du temps le schéma est perçu comme une caractéristique personnelle solidement enracinée («Je suis comme ça et ai toujours été comme ça» - exemple de soi conceptualisé et de fusion bien sûr).

ACT rappelle constamment qu'il est le plus souvent vain d'essayer de changer ce que l'on ressent et ce que l'on pense de façon automatique. Mieux vaut apprendre à faire une place à ces pensées et émotions (acceptation), comme dans la métaphore du bruit de fond impossible à faire disparaître. Hayes⁶ souligne d'ailleurs que nos réactions émotionnelles sont notre histoire, et qu'aucun moyen connu ne nous permet d'effacer des segments sélectionnés de celle-ci. Par ailleurs, un patron cognitivo-émotionnel automatique, aussi oppressant soit-il, ne peut totalement forcer une personne à un comportement prédéterminé: la célèbre demi-seconde de Libet entre la conscience de l'impulsion de la volonté et la réponse motrice⁷. Nous avons donc la possibilité d'une action tenant compte de nos valeurs, même si nos automatismes nous pressent d'adopter une réponse dysfonctionnelle utilisée depuis presque toujours.

La fiche pour composer avec les schémas par la pleine conscience, l'acceptation et l'engagement a justement comme objectif de tenir compte des composantes qui précèdent. D'abord augmenter par des exercices de pleine conscience la capacité d'attention aux stimuli internes somatiques (soi comme processus), puis apprendre à leur faire de la place (acceptation); pour permettre de réduire la probabilité d'une réponse automatique, impulsive.

Engagement et action sont, quant à eux, favorisés par les sections «jugement éclairé» et «action juste» de la fiche.

Les objectifs sont de s'assurer que la décision d'action ira dans le sens d'un choix le plus délibéré possible à partir d'une analyse recadrée ('non schématique') de la situation, tout en tenant compte de ses valeurs les plus fondamentales («jugement éclairé»). Finalement il y a le passage à l'action la plus «juste» possible en fonction de ses moyens et du contexte: faire ce qu'il est possible de faire dans les circonstances présentes et accepter activement ce qui ne peut être changé.

La fiche comporte aussi une référence au schéma réactif et à ses origines (du moins l'hypothèse sur sa création sous une forme narrative). Plusieurs thérapeutes ACT pourraient ne pas être d'accord avec ce clin d'œil au «soi conceptualisé». Ma position de thérapeute des schémas et mon expérience m'ont fait conserver cette section. Ce choix a à voir avec ce que j'aborderai plus loin (point B), soit une théorie sous-jacente des besoins. En fait je pense que la théorie des schémas, une construction mentale comme toute théorie, s'avère être un excellent outil pour répondre à un besoin de cohérence narrative⁸. Evidemment, d'autres moyens d'accéder à cette cohérence sont possibles; mais, encore faut-il les identifier et vérifier leur utilité dans la pratique clinique. En fait une description de soi à partir des schémas et des stratégies dysfonctionnelles, si elle est utilisée avec finesse, peut même favoriser une forme de défusion: ce n'est pas moi, c'est mon schéma (vu comme une mémoire de solutions antérieures) qui me fait agir comme cela – je ne suis pas mon schéma et je pourrais choisir de me conduire autrement.

B) Les schémas et les besoins, le lien avec les valeurs

De nombreux thérapeutes de la thérapie comportementale de troisième vague font référence au béhaviorisme radical de Skinner et au contextualisme fonctionnel. Ceci implique habituellement le rejet de ce qu'on appelle le «mentalisme». L'excellent ouvrage de Ramnerö & Törneke⁹ nous offre un exemple de ce qu'on entend par mentalisme. Les auteurs prennent l'exemple du concept de confiance en soi (pp. 16-17). Une patiente, Marie, attribue ses problèmes à son manque de confiance en soi. Or, comment peut-on observer un manque de confiance en soi? Par des évitements, des malaises physiques... des comportements en somme. Et à quoi peut-on attribuer ces comportements? Au manque de confiance en soi! On tourne en rond: les auteurs parlent «d'application d'explications illusoire en se contentant de nommer les phénomènes» (traduction libre).

Le concept de schémas précoces inadaptes est-il une application d'explications illusoire? Puisque nous valorisons le fonctionnalisme, posons la question autrement: le concept des schémas est-il utile dans l'intervention clinique, ajoute-t-il quelque chose? Nous pensons que oui. Les schémas ont un lien de parenté étroit avec une absence ou un manque de réponses à des besoins psychologiques de base (comme l'attachement ou l'autonomie), ou avec des stratégies dysfonctionnelles en lien avec ces enjeux.

Le concept de besoins ouvre une fenêtre particulière

sur la question des renforcements et des valeurs. À un bout du continuum, on peut effectivement constater post hoc ce qui a constitué un renforcement ou non. À l'autre, il peut être utile de faire l'exercice de regroupement par catégories de certains états propices à favoriser des types spécifiques de renforcements. À notre avis, certains théoriciens comportementalistes sont très proches de cette préoccupation. Nous retrouvons chez Ramnerö & Törneke le concept de «Establishing Operations». Il s'agit de circonstances qui ont un impact sur la valeur renforçante d'un stimulus; par exemple une solitude prolongée rendant plus attrayante la possibilité de socialiser. De leur côté, Kohlenberg & Tsai¹⁰ font la distinction entre un renforcement arbitraire et un renforcement naturel. Entre autres points, le renforcement naturel bénéficie à la personne qui le reçoit (par exemple un enfant éprouve du plaisir à lire un livre) alors que le renforcement arbitraire bénéficie plutôt à celui qui l'applique (par exemple punir physiquement un enfant qui ne s'est pas comporté comme on l'avait exigé). On est ici sur le seuil du concept de besoin; les auteurs iront d'ailleurs jusqu'à utiliser l'expression «emotional needs» dans une analyse du trouble de personnalité narcissique (p. 147). La théorie des schémas a implicitement et explicitement été construite en rapport à une théorie des besoins (par exemple le schéma Abandon comme faille dans la réponse au besoin d'attachement). Elle a donc le potentiel, pour ceux qui le jugent utile, d'offrir un corpus théorique et empirique en rapport au concept de besoins.

Des mots différents, des concepts inutiles? Encore moins si nous franchissons un pas de plus, comme le font Grawe et Lewis¹¹, et nous intéressons à la théorie des systèmes dynamiques non linéaires et à ses stars, comme la théorie du chaos et le concept des attracteurs. Pour nous, les schémas sont des attracteurs à cause de leur rapport à des besoins psychologiques fondamentaux (en lien direct avec la survie – le besoin d'attachement en étant l'exemple le plus évident). Or, loin d'un concept redondant, les attracteurs ajoutent une meilleure compréhension de certains renforcements. Pourquoi un individu X est-il à ce point renforcé par le compliment d'un professeur alors qu'un autre y est indifférent? Encore ici, Kohlenberg & Tsai sont littéralement dans les plates-bandes de ces préoccupations quand ils écrivent sur le développement de l'expérience du soi. Selon l'histoire d'apprentissage de la personne, elle pourra se fier à ses stimuli privés (somatiques par exemple) pour identifier ce qu'elle veut («Je» veux), ou être dans une quête constante (attracteur externe) d'une définition de soi par l'autre («Tu» veux devenant «Je» veux).

Ces enjeux ont une importance cruciale pour le développement des valeurs. Il y a une différence énorme entre la quête d'un renforcement qui a pour objectif de répondre à des carences développementales marquées (incapacité de se fier à

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

ses stimuli internes privés qui ne permettent pas de fonctions discriminatives – Schémas Carence affective et Imperfection par exemple) et celle d'un renforcement visant à répondre à une soif de connaissance (Mode Adulte sain, par exemple). L'une pourrait conduire à des dépendances affectives en série... l'autre à un prix Nobel! Dans les deux cas, il ne s'agirait pas de destins prédéterminés, mais plutôt d'attracteurs se manifestant à l'intérieur de contextes chaotiques...

Comme on a pu le voir, j'ai trouvé dans la philosophie et les techniques de l'ACT des outils précieux pour aider des patients à composer avec leurs schémas. Ils permettent en particulier de faire de la place à une expérience déclenchée automatiquement, à ne pas fusionner avec elle, ou avec la narration qui en est faite. Ceci ouvre la porte à d'autres options d'action qui pourraient être en meilleure harmonie avec les valeurs de la personne. Par ailleurs, la thérapie des schémas, de part ses préoccupations autour du concept de besoins de base, offre à ACT la possibilité d'une réflexion sur l'utilité de regroupements par catégories de certains états propices à favoriser des types spécifiques de renforcements, en particulier ceux conduisant à une action en fonction de nos valeurs.

Références:

- 1- Dionne, F., Blais, M.-C., Boisvert, J.-M., Beaudry, M., & Cousineau, P. (2010). Optimiser les interventions comportementales et cognitives avec les innovations de la troisième vague. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, Vol. XV – no 1*, 1-15.
- 2- Young, J.E., & Klosko, J.S. (1993). *Je réinvente ma vie*. Montréal: Éditions de l'Homme (1995, 2003).
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles: Éditions De Boeck (2005).
- 3- C'est en fait la pratique assidue de la méditation pleine conscience qui m'avait inspiré ces aménagements à la fiche de Young.
- 4- Les remarquables résultats de l'étude de Hollande sur le traitement de patients «limites» ont confirmé ces observations cliniques partagées par les premiers thérapeutes des schémas. Voir Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of Schema-focused therapy vs Transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63*, 649-658.
- 5- La mémoire est définie ici comme la façon dont les événements passés affectent le fonctionnement futur: on n'a pas à rappeler consciemment son contenu. Voir (Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press)
- 6- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- 7- Voir dans Precht, R.D. (2007). *Qui suis-je, et si je suis, combien? : Voyage en philosophie*. Paris: Éditions Belfond (2010).
- 8- Nous vous suggérons deux références sur la notion de cohérence : (a) Neimeyer, R.A., & Raskin, J.D. (ed.). (2000). *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association ; (b) Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- 9- Ramnerö, J., Törneke, N. (2008). *The ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician*. Oakland: New Harbinger Publications.
- 10- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating an intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Publishers.

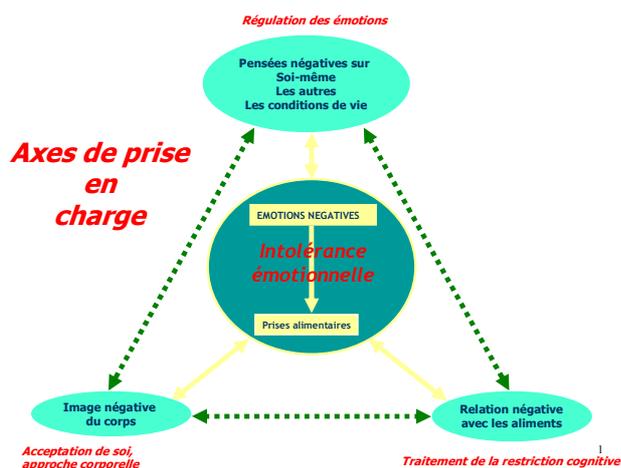
- 11- Lewis, M.D. (2000). Emotional self-organization at three time scales. In M.D. Lewis & I. Granic (Eds), *Emotion, development, and self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 37-69). Cambridge: Cambridge University Press. – Lewis, M.D. (2000). The promise of dynamic systems approaches for an integrated account of human development. *Child Development, Vol. 71*, 36-43.

G groupes ACT de prise en charge des troubles des conduites alimentaires

Nous accueillons sur la journée en thérapie de groupe des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire (anorexie restrictive ou anorexie et/ou boulimie, sur deux journées différentes). Nous constatons que l'intolérance émotionnelle (évitement expérientiel dans l'ACT) est au centre de tous ces troubles alimentaires. Nous avons depuis quelques mois introduit des éléments de la thérapie d'acceptation et d'engagement dans nos prises en charge.

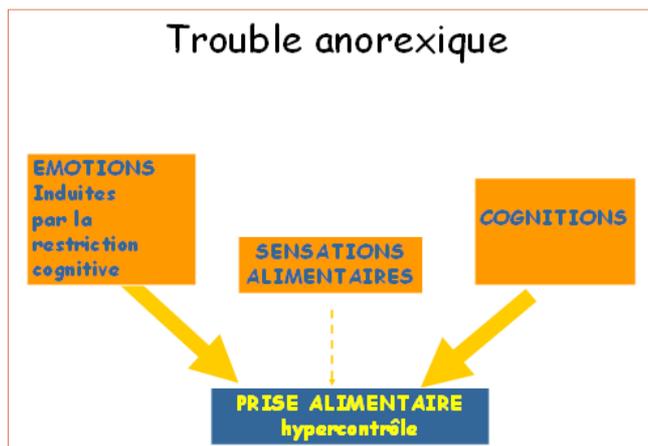
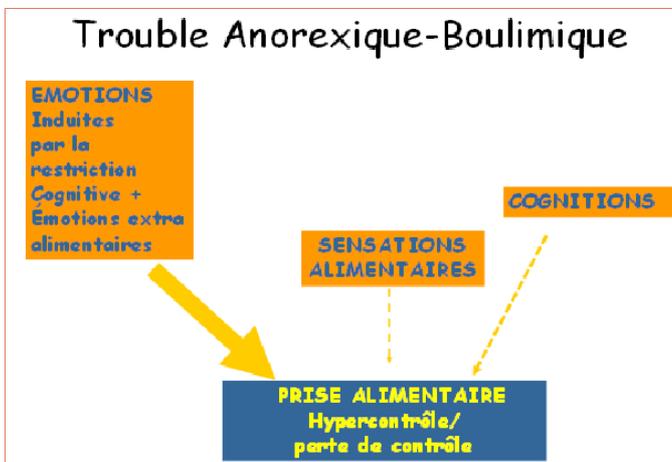
Marie-Carmel Detournay-Hentgen
Infirmière, psychothérapeute, unité de jour du Professeur Bernard Granger. Hôpital Tarnier-Cochin, Paris

Trois axes principaux sont travaillés dans ces groupes (voir figure suivante). Leur modélisation est partagée au sein du G.R.O.S (groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids¹).



Les patients qui présentent des troubles du comportement alimentaire souffrent de restriction cognitive, c'est-à-dire qu'ils tentent de contrôler mentalement leurs apports alimentaires dans le but de perdre du poids ou de ne pas en prendre. Mais cette intention ne préjuge pas de la réussite ou de l'échec du contrôle du comportement alimentaire ou du poids³. Dans un comportement alimentaire adapté, la prise alimen-

taire est motivée par les sensations alimentaires, les émotions associées et est décidée par les cognitions. Dans les troubles du comportement alimentaire, cet équilibre est perturbé (voir figures suivantes).



Ces stratégies d'hypercontrôle et/ou de perte de contrôle constituent des évitements émotionnels qui renforcent l'intolérance émotionnelle². Les évitements, efficaces à court terme, se mettent alors en place de plus en plus rapidement et face à des intensités émotionnelles moindres. Ils gênent alors l'exposition et les opportunités d'entraînement de l'acceptation.

Avant un travail sur l'acceptation de l'émotion, nous établissons un repérage des émotions selon la typologie suivante² :

- **Emotions alimentaires**

Intervenant dans le choix des aliments, elles résultent de la régulation des besoins en nutriments et en micro nutriments (par exemple, après une bonne raclette entre amis, notre appétit spécifique pour le fromage sera diminué pendant quelques jours).

- **Emotions induites par la restriction cognitive**

Résultent de la relation de l'individu avec ses aliments. Par exemple, une patiente peut nous expliquer ne jamais manger de chocolat. Nous cherchons alors à connaître la fonction de

ce comportement : est-ce par goût que le chocolat n'est pas choisi (émotion alimentaire), ou bien est-ce par peur de grossir avec cet aliment « tabou » qu'il est rejeté, même s'il est très tentant (émotion induite par la restriction cognitive).

- **Emotions extra-alimentaires**

Présentes dans les relations interpersonnelles, elles peuvent entraîner des prises alimentaires en excès ou une restriction des prises comme stratégie de régulation. Par exemple, la colère suite à un conflit sera « gérée » par les patients au moyen de stratégies de prise alimentaire, au lieu de chercher la résolution de conflit par l'affirmation de soi.

La prise en charge ACT porte alors sur les points suivants :

La défusion vers la levée de la restriction cognitive.

Les patients utilisent la métaphore d'un "petit"(!) tyran perché sur leur épaule, appelé Nestor, qui dicte sa loi en influençant les émotions et les comportements. Nestor aurait pour objectif de conduire les patients au "bonheur suprême"⁴ et au contrôle du corps "pâte à modeler". Nestor est sur l'épaule de 80 % des français et s'épanouit à travers les médias qui renforcent sa présence « efficace ». La défusion en est d'autant plus délicate à mener. Mais il nous semble possible d'entendre Nestor sans lui obéir pour autant.

L'attention au moment présent

Elle est développée au travers d'un travail sur les sensations alimentaires (éveil des sens, ateliers de dégustation), dans le but de se réconcilier avec les aliments mais aussi avec les capacités de l'individu à être à l'écoute des signaux internes de régulation. Le travail sur le moment présent passe aussi par une attention portée sur les sensations corporelles, développée dans différentes méthodes de lâcher prise et de relaxation (réconciliation avec son corps).

L'acceptation des comportements, des pensées, des émotions et de soi

Elle est travaillée sous l'angle de l'empathie qui rayonne dans les échanges au sein du groupe. Le souci de l'autre est une priorité dans nos relations interpersonnelles et permet de « réinitialiser » l'efficacité personnelle des patients à accueillir l'autre avec ses comportements, ses émotions et ses cognitions. Cette première étape permet ensuite d'envisager de s'accueillir soi-même avec bienveillance et respect.

Le soi comme contexte

L'appropriation de soi en tant que contexte d'apparition des pensées et des émotions est travaillée, par exemple, au moment de la pesée individuelle du matin. La question est de savoir si la balance est un « pèse personne » ou un « pèse corps »?⁶ Depuis toutes ces années, mon poids a changé. Ne suis-je pas pour autant toujours la même personne ? Par ail-

leurs, cette balance évalue-t-elle ce qui compte vraiment pour moi ?

L'identification des valeurs

Elle vise à aider le patient à se recentrer sur ses valeurs profondes et repérer avec lui en quoi ses comportements alimentaires sont parfois en dysharmonie avec ses valeurs. Ce travail permet d'aider le patient à révéler ce qui est enfoui sous la maladie et permet des renforcements positifs de ce qu'il est vraiment comme personne.

L'engagement

Il permet de mettre en actes les valeurs du patient et de le ré-engager dans un cercle vertueux, vers une meilleure estime de soi. Quelle que soit l'ampleur de l'action, le simple fait d'agir dans le sens de ce qui compte contribue à redonner confiance, et à délaissier l'évitement émotionnel au moyen de l'alimentation.

L'isolement social est souvent très présent chez ces patients. Refuser de sortir avec des amis pour partager un repas ou un spectacle, pour ne pas risquer de bousculer des rituels rassurants (sources de renforcements négatifs bénéfiques à court terme) va à l'encontre des valeurs d'amitié, de famille, de loisir ou de santé. A l'inverse, le partage dans les groupes au cours des repas thérapeutiques, comme l'incitation aux sorties⁵, permettent de mettre en lumière ces valeurs et de les remettre en action vers des renforcements positifs, bénéfiques à court et à long terme. La pluridisciplinarité de notre équipe (médecins, psychologue, aide soignante, diététicienne, infirmières) potentialise les compétences humaines et professionnelles. Ce travail d'équipe nous permet d'accompagner les patients dans une thérapie "des petits pas" dans le respect du principe d'autonomie. Notre objectif modeste pourrait se résumer à entretenir la veilleuse de la chaudière pour qu'elle puisse un jour se rallumer. Sur ce chemin, ACT se révèle d'une grande utilité.

Références:

- 1- www.gros.org
- 2- Jean Philippe Zermati « maigrir sans regressir : est-ce possible ? » Editions Odile Jacob.
- 3- Gérard Apfeldorfer et Jean Philippe Zermati « la dictature des régimes : attention ! » Editions Odile Jacob.
- 4- Danielle Bourque « A dix kilos du bonheur » Editions de l'Homme.
- 5- www.culturesducoeur.org
- 6- Lettre mensuelle de Gérard Apfeldorfer mai 2008 site du Gros

C omprendre expérimentalement l'intérêt du contact avec l'instant présent

Une définition contextuelle du contact avec l'instant présent

Dans sa volonté d'augmenter la flexibilité psychologique des patients, l'ACT, comme les autres TCC de troisième vague, incite au contact avec l'instant présent. Malgré son appréhension intuitive, cette notion est cependant difficile à définir, comme celle plus générale de Temps. Saint Augustin décrivait cette difficulté de la manière suivante: « *Si personne ne me pose la question, je le sais ; si quelqu'un pose la question et que je veuille expliquer, je ne sais plus* » (Saint Augustin, Confessions, XI, 14, 17).

Olivier Lefebvre Psychologue, Docteur en psychologie, Laboratoire URECA, Université de Lille 3

Un regard vers les études expérimentales sur la perception humaine permet cependant d'en avancer la description contextuelle suivante : le contact avec l'instant présent se mesure et se renforce lorsque nous répondons correctement à des éléments très *breufs* et temporellement *imprévisibles*, indépendamment de leur *relation* avec d'autres éléments perçus comme antérieurs. Cette définition peut se justifier de plusieurs manières.

Premièrement, une recherche récente (Slagter, Lutz, Greischar, Francis, Nieuwenhuis, Davis, & Davidson ; 2007) a montré que la quantité de pratique de la pleine conscience, incitant à ce type de contact, réduisait proportionnellement l'interférence du passé récent (-200 ms) sur la réaction à des stimulus brefs (80 ms). En d'autres termes, plus on pratique la pleine conscience, moins on est influencé par les événements passés. Deuxièmement, cette pratique est corrélée à une identification plus rapide des stimulus visuels (Brown, Forte, & Dysart ; 1984a), ainsi qu'à une meilleure perception de la succession (Brown, Forte & Dysart ; 1984b). Troisièmement, l'analyse du comportement permet d'expliquer le maintien dans la durée du contact avec le présent par l'imprévisibilité temporelle des événements à observer. En termes plus triviaux, le principe que cette discipline a nommé *effet de renforcement intermittent*, pourrait s'illustrer de la manière suivante : moins on sait *quand* un courrier important va arriver, plus on va vérifier dans notre boîte aux lettres s'il s'y trouve.

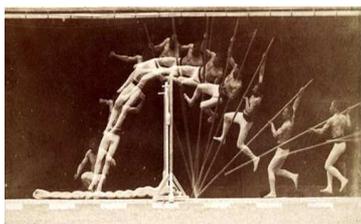
LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

D'où peut venir son intérêt thérapeutique ?

L'intérêt thérapeutique du contact avec l'instant présent a été largement observé (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995; Grepmaier, Mitterlehner, Loew, Bachler, Rother & Nickel, 2007), sans savoir exactement de quoi il dépend. Une hypothèse consistante avec la précédente définition peut cependant être avancée. Cet intérêt résiderait en partie dans la transformation de fonction *des relations temporellement étendues* (Fetterman, 1996), et de leurs éléments, pris pour eux même. Ces aspects temporellement étendus (Fetterman, 1996) sont les relations *non-arbitraires* entre des états successifs du flux de stimulation.

Le mouvement en est l'exemple type. Il est en effet irréductible à la somme de ces positions, puisqu'un même mouvement, ascendant par exemple, peut être conservé (demeurer invariant) malgré des différences de positions absolues. C'est donc bien la *relation* portant sur l'étendue des positions successives qui définit un mouvement. La photographie de gauche illustre ce caractère temporellement étendu en figurant sur une étendue spatiale la succession des positions prises à travers le temps par un perchiste pendant son saut.



La photographie de gauche illustre ce caractère temporellement étendu en figurant sur une étendue spatiale la succession des positions prises à travers le temps par un perchiste pendant son saut.

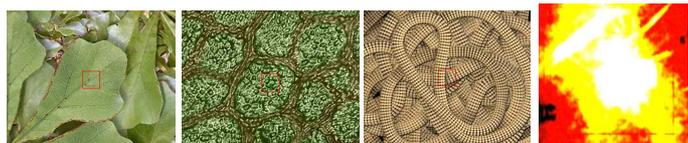
L'intérêt de transformer la fonction de ces relations réside dans le fait que nous basons *uniquement* notre perception du corps et de notre environnement sur ce type de relations (Gibson, 1966 ; Fetterman, 1996 ; Shaw & Pittenger, 1995). En des termes plus typiques de l'ACT, nous présentons spontanément un manque de flexibilité dans notre perception du flux de stimulations.

A l'inverse, l'apprentissage du contact avec l'instant présent permettrait de renforcer l'attitude opposée vis-à-vis de ce flux. Elle consisterait donc à percevoir les *éléments* mais pour eux-mêmes, indépendamment des mouvements ou changements formés par leurs succession. Etre en contact avec sa situation présente, dans cette optique, n'est donc plus observer ses émotions ou sa respiration, car ces événements se définissent uniquement par la relation créée *au fil du temps* par une *succession* d'éléments. C'est plutôt observer pour eux-mêmes les éléments dont la *succession* forme les émotions ou la respiration, à une certaine échelle de temps.

Le lien d'une telle attitude avec l'acceptation et l'engagement semble alors naturel. En particulier, ce contact avec l'instant présent peut constituer une qualité supplémentaire de l'action dans le sens des valeurs. En effet, apprendre à agir à

ce qui se présente indépendamment de sa relation avec le passé peut favoriser le maintien d'un engagement. En d'autres termes, à l'opposé de la stratégie de l'échappement et de l'évitement expérientiel, être en contact avec l'instant présent incite à *traverser* les épreuves sur le chemin d'une vie engagée, puisque ces épreuves n'ont qu'un caractère *relatif à l'échelle de temps* à laquelle on les observe.

Cette relativité temporelle des événements psychologiques peut être illustrée par une analogie avec les changements d'apparence d'une feuille en fonction de l'échelle d'observation. Plus l'échelle d'observation est réduite, plus le scientifique perd l'apparence globale de la feuille, jusqu'à la perdre de vue totalement aux très petites échelles... pourtant c'est bien la « feuille » qu'il observe...



10 cm 100 microns 1000 Angström Echelle de Planck

Références:

- Brown, D., Forte, M., & Dysart, M. (1984a). Differences in visual sensitivity among mindfulness meditators and non-meditators. *Perceptual and Motor Skills*, 58, 727-733.
- Brown, D., Forte, M., & Dysart, M. (1984b). Visual sensitivity and mindfulness meditation. *Perceptual and Motor Skills*, 58, 775-784.
- Fetterman, J.G. (1996). Dimensions of stimulus complexity. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 22, 3-18.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting Mindfulness in Psychotherapists in Training Influences the Treatment Results of Their Patients: A Randomized, Double-Blind, Controlled Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.
- Kim, N-G., Effken, J. A. & Shaw, R. E. (1995). Perceiving persistence under change and over structure. *Ecological Psychology*, 7, 217-256.
- Miller, J.J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-Year Follow-up and Clinical Implications of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention in the Treatment of Anxiety Disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200, 1995.
- Slagter, H.A., Lutz, A., Greischar, L.L., Francis, A.D., Nieuwenhuis, S., Davis, J., & Davidson, R.J. (2007). Mental training affects distribution of limited brain resources. *PLoS Biology*, 5(6), e138.



L'ACT dans l'aide au sevrage tabagique

L'aide psychologique au sevrage tabagique est un des domaines dans lequel l'ACT s'applique avec efficacité. L'objectif thérapeutique est *d'augmenter la flexibilité psychologique du patient* vis-à-vis de la façon dont il perçoit son arrêt du tabac, ses capacités à réussir son sevrage et ses envies de fumer. Le patient devient plus souple envers lui-même et ses propres pensées liées au tabac. Avec l'ACT, le thérapeute dispose de **6 axes de travail**. Chacun de ses axes est susceptible d'apporter un peu plus de flexibilité psychologique au patient, vers un arrêt du tabac.

Yoann Vasnier Psychologue,
Consultation de tabacologie,
CH d'Abbeville

Une attention particulière est portée sur les **valeurs**. Elles sont les *motivations* du patient à arrêter de fumer, formulées d'une manière qui favorise le maintien de l'arrêt. Un peu comme un navire à besoin d'un cap pour avancer, le patient identifie ce qui *le* motive, ce qui *lui* permet d'agir. A la différence d'objectifs atteignables, que l'on pourrait comparer dans l'exemple de notre navire à des points GPS par lesquels le navigateur décide de passer, les valeurs sont, comme le cap, inatteignables. Le patient peut toujours en faire un peu plus en direction de celles-ci. Par exemple, en considérant la valeur « être un bon père », quand vais-je avoir fini d'être un bon père ? Jamais. Pour le tabac, ces valeurs tournent autour de « prendre soin de ma santé », « être présent pour ma famille le plus longtemps possible », etc.

L'aspect inatteignable des valeurs permet d'avoir une motivation toujours présente. Si je me fixe un objectif fini et atteignable, par exemple *arrêter de fumer*, que ce passe-t-il lorsque celui-ci est atteint ? Où va mon navire, une fois arrivé au point GPS ? Il reste sur place ? Il dérive ? Il cherche en fait un autre point GPS pour de nouveau avancer. Le risque avec le tabac, c'est que ce point GPS soit toujours le même. Mon prochain objectif après avoir arrêté de fumer pourra être de nouveau arrêter de fumer ! Pour pouvoir atteindre cet objectif, je dois alors re-fumer et je m'engagerai donc dans une direction opposée à mes valeurs. Sans une réflexion forte sur les valeurs, l'arrêt du tabac peut s'articuler autour de buts concrets qui peuvent perdre leur caractère renforçant. C'est le cas lorsqu'un patient évoque les économies d'argent comme motivation. Ces économies peuvent être différées du fait des substituts nicotiques souvent nécessaires, et donc la motivation risque de rapidement diminuer. De même, imaginons que ce patient obtienne une augmentation de salaire, le gain d'argent possible suite à l'arrêt du tabac pourrait lui sembler de moindre importance. Cet épuisement du caractère renforçant n'apparaît pas avec les valeurs.

Un des aspects importants de l'ACT, que l'on retrouve par exemple dans l'Entretien Motivationnel, est que ces valeurs sont toujours *celles du patient et non celles du thérapeute*. L'identification des valeurs du patient par le patient lui permet de trouver autant de points d'ancrage que

nécessaire pour asseoir ses motivations et s'arrimer dans les moments qu'il juge difficiles.

Le travail sur les autres points de **l'hexaflex** a également sa place en matière de sevrage tabagique.

Une de mes patientes me disait : « *Finalement, j'ai remplacé la cigarette que je prenais avec mon café après manger par une pastille à la nicotine. Puis, j'ai remplacé cette pastille par un verre d'eau. Mais je vais devoir remplacer ce verre d'eau. Je trouve ridicule de devoir toujours boire un verre d'eau avec mon café. Et puis quand je suis invitée, je dois constamment rappeler aux gens que c'est parce que j'ai arrêté de fumer que je prends un verre d'eau avec mon café. Alors je vais le remplacer par quoi ce verre d'eau ?... Et quand devrais-je arrêter de trouver des trucs pour ne plus avoir envie de fumer ?* ».

Une idée en effet très répandue chez les futurs ex-fumeurs est qu'ils doivent *contrôler leur environnement (interne et externe) pour ne plus ressentir l'envie de fumer*. L'idéal étant de *ne plus penser à la cigarette*. Les solutions (et elles sont nombreuses) qu'apportent les patients en consultation à leur futur sevrage tabagique les conduisent à chercher des moyens pour éviter le craving et l'idée même de la cigarette et ce, en toutes circonstances (surtout en toutes circonstances !). Ils sont prêts à essayer toutes sortes de recettes toutes faites pour que les idées et sensations liées au tabac n'apparaissent plus dans leur vie. Ce faisant, la part de l'attention qu'ils portent au tabac, une fois leur consommation stoppée, devient bien plus importante que celle qu'ils accordaient au même tabac quand ils fumaient. En d'autres termes, cherchant constamment à anticiper d'hypothétiques et néanmoins possibles envies de fumer *pour mieux les gérer*, ils pensent bien plus au tabac lorsqu'ils ne fument plus que lorsqu'ils fumaient.

Ces patients victimes de tabac apprennent avec l'ACT à ne plus tout contrôler dans le domaine psychologique (et surtout les envies de tabac). La prise de conscience de phénomènes internes (pensées, émotions, sensations) permet au patient de devenir meilleur observateur de lui-même. Tout comme le thérapeute tend vers une *pleine conscience* de ses propres émotions au moment où elles surviennent, le patient apprend à repérer les événements qui se produisent en lui, dans **l'ici et le maintenant**, pour davantage s'en détacher et agir au mieux dans la direction qu'il s'est fixé.

Le travail sur **l'action** s'opère en aidant le patient à séparer ses pensées et émotions de ce qu'il décide de faire. Il peut *se sentir faible, se savoir incapable de..., se connaître sans volonté, se juger comme quelqu'un ne finissant jamais ce qu'il a commencé* et dans le même temps, chaque jour, s'engager dans des comportements allant dans le sens des

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

valeurs qu'il s'est fixé (*prendre soins de ma santé, pour ma famille, mes proches, afin d'être le plus présent possible*). Le patient apprend que la confiance en soi est souvent consécutive à l'engagement vers une valeur déterminée, et non l'inverse.

Une ambivalence existe chez certains fumeurs entre une motivation forte à l'arrêt du tabac et l'engagement vers cet arrêt. Le postulat de base alors énoncé est qu'*il faut être prêt et donc, bien dans sa tête, pour arrêter de fumer*. Ces patients, cherchant *le bon moment pour débiter leur arrêt de tabac*, repoussent ainsi toujours la date de cet arrêt, qui devient de plus en plus hypothétique. Cette inaction augmente leur *manque de confiance en eux* à réussir ce sevrage. Ce manque de confiance les conduit à valider l'idée qu'*ils ne sont pas prêts psychologiquement pour leur arrêt*.

Avec l'ACT, les patients peuvent peu à peu *se décoller* de leurs idées et abandonner la lutte constante avec celles-ci, pour favoriser l'engagement vers leurs valeurs. En s'exerçant, ces patients opèrent autant que possible quand l'envie de fumer survient une **défusion** entre pensées et action. Ils modifient leur regard sur leurs pensées et leur importance, ainsi que le jugement qu'ils accordent à celles-ci.

L'expérience des patients en matière d'arrêt du tabac - qu'ils aient déjà arrêté puis repris eux-mêmes ou bien qu'elle provienne de l'entourage-, les conduit à construire des règles verbales toutes faites. Par exemple : « *il est dur d'arrêter de fumer* », « *sans substituts nicotiniques, je n'y arriverai pas* », « *jamais je n'arriverai à arrêter, la preuve, j'ai déjà essayé et n'ai pas réussi* » ou pire encore « *je connais Monsieur Dupont qui a fumé un paquet par jour jusque 87 ans et il n'est pas mort à cause du tabac. Donc à quoi bon arrêter ?* ». Ces règles sont construites et rappelées dans un contexte déterminé par cette expérience. Le patient est **son propre contexte d'apparition** de ces phénomènes internes de pensées qui, précisément, l'empêchent de s'engager vers ses valeurs. En observant ces phénomènes internes avec distance, il retrouve une certaine liberté d'action. Il ne prend plus ses pensées pour la stricte vérité mais elles deviennent juste un événement parmi d'autres. En fait, il apprend à moins se soucier de la signification de ses pensées lorsqu'elles ne lui permettent pas d'agir dans le sens de ses valeurs. En effet, quelle est l'utilité d'une pensée telle que « *je n'y arriverai jamais* » lorsque l'objectif est d'arrêter de fumer ? Peut-être que cette pensée est vraie, mais elle n'a pas d'utilité pour atteindre cet objectif. Le patient apprend à considérer ses pensées avec légèreté, sans pour autant invalider le fait qu'elles peuvent contenir une part de vérité. Cela permet d'économiser une lutte sans fin avec ses pensées et remobilise l'action au service de ce qui compte.

L'acceptation par le patient de l'existence d'envies de fumer et de l'impossibilité de les contrôler est un des leviers du thérapeute ACT. Bien que souvent vécues comme fortement désagréables, les envies de fumer et les sensations de manque peuvent être considérées d'une autre façon. Elles sont indispensables pour apprendre à ne pas fumer lorsqu'on en a

envie, autrement dit, pour apprendre à « *défumer* » (néologisme du Pr Molimard¹). Les patients apprennent à considérer les événements internes (émotions, pensées, sensations) pour ce qu'ils sont et uniquement ce qu'ils sont : des événements internes, n'ayant pas de contrôle automatique sur les actions. Une envie de fumer ne pose pas de problème en elle-même tant qu'elle ne reste qu'une envie. Cette acceptation des phénomènes internes (pensées, émotions) est différente d'une simple résignation. Elle amène une remobilisation des capacités d'apprentissage du patient vers un engagement qu'il choisit et le conduit à émettre des actions ciblées et valorisantes.

Le regard sur le sevrage tabagique au travers du prisme ACT permet au patient de **s'engager dans des actions** (« *faire sans cigarette ce que je suis en train de faire* ») dirigées vers ses **valeurs** (« *être en bonne santé le plus longtemps possible et être présent pour mes proches* ») **indépendamment des processus de pensées** (« *Si j'ai envie de fumer, je ne vais pas pouvoir résister et vais devoir allumer une cigarette.* ») sous-tendus par le langage. Le patient **prend conscience** (« *Tiens ! Je suis en train d'avoir une envie de fumer.* ») de ses **propres phénomènes de langage privés** (« *Je veux m'en griller une !* ») et devient son propre observateur dans une **totale acceptation** (« *Peu importe mes envies, ce sont mes actions qui comptent. Ainsi je peux être fier de ne pas fumer malgré ma forte envie* »).

Référence:

¹ Un des plus grands spécialistes du tabac en France, ayant construit le mot « Tabacologie ». Auteur de nombreux ouvrages et articles et notamment du *Petit Manuel de Défume* (2007). Editions SIDES.

ACT et troubles des conduites alimentaires

Depuis de nombreuses années, l'obésité est en constante augmentation en France (40% de la population en surpoids, source Obépi 2009). De ce premier constat, on peut d'abord se poser la question de la pertinence des campagnes de prévention. Mais on peut aussi s'interroger sur nos approches pour traiter les problématiques de poids. Utilisons-nous les bons outils pour les prendre en charge et sont-ils adaptés à chaque problématique ? Comment l'ACT peut nous aider dans la prise en charge des problématiques de poids ?

Nicolas Sahuc Diététicien,
Montpellier

Pour répondre à ces interrogations, on peut commencer par réfléchir à la question de la prise de poids. Il est souvent mis en avant, notamment au cours de la formation des diététiciens, qu'un déséquilibre entre apports et dépenses

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

énergétiques entraîne une augmentation de la masse grasseuse. Partant de cette hypothèse, l'approche nutritionnelle classique consiste à agir selon deux axes: diminuer les apports et/ou augmenter les dépenses énergétiques.

Finalement, pas si compliqué que cela... Il suffirait de moins manger pendant et en dehors des repas, de limiter les matières grasses, les produits sucrés, de bannir certains aliments, de faire un peu d'activité physique, et le tour serait joué.

Malgré cette formule simple et sa large diffusion, on observe toujours une augmentation des problèmes de surpoids en France. Ils concernent même une nouvelle frange de la population -les "moutons dichotomiques des nutritionnistes"- proche des troubles alimentaires car leur rapport à la nourriture et au corps est perturbé. Mais il ne s'agit pas ici de noircir le tableau. Soixante pourcent de la population ne présentent pas de surpoids, et certains profitent certainement des campagnes de prévention.

Il reste que les patients s'appuient sur ce discours des professionnels de la nutrition et négligent alors leurs perceptions corporelles. Le travail que nous proposons consiste à l'inverse à les rendre autonomes en les amenant à porter leur attention sur leurs perceptions corporelles en lien avec la faim et l'alimentation. Il s'agit vraisemblablement d'une nouvelle voie pour aider les 40% de la population qui « résistent » à nos messages et nos discours de santé.

Un premier constat clinique est que les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires peuvent se "cacher" derrière des kilos totalement différents. En effet, il existe des personnes anorexiques restrictives ou vomisseuses avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) de type "dénutrition", des personnes boulimiques présentant des stratégies d'élimination des calories avec un IMC dans la norme malgré des carences, des sujets hyperphages en surpoids et/ou en obésité, et la plupart d'entre eux enfin qui mettent beaucoup d'énergie dans la restriction cognitive, non reflétée dans l'IMC. Il ressort de la variété de ces situations que le problème ne repose pas sur un nombre de kilos, mais sur une difficulté dans le rapport à soi, au corps et à son image, qui s'exprime au travers de l'alimentation.

Une première conclusion : continuer à fixer des poids santé ne permet pas de traiter tous les patients souffrant de troubles alimentaires.

Deuxième constat, l'approche nutritionnelle classique a dérivé vers une focalisation sur les prises alimentaires, au travers de la définition d'aliments interdits et autorisés. Le regard est donc porté en priorité sur les aliments dans l'assiette, et non sur la perception ou le vécu du patient, ce qui peut être qualifié « d'assietologie ». Rappelons que le comportement est la suite logique d'une analyse de nos pensées et de nos émotions. Depuis que cette démarche est mise en avant, nous rencontrons beaucoup de croyances alimentaires chez nos patients, le plus souvent fausses. Les patients s'appuient davantage sur la réflexion pour prendre en charge leurs troubles alimentaires que sur les perceptions de leur corps.

L'approche nutritionnelle classique a donc pu créer progressivement des croyances alimentaires erronées, au travers des messages évolutifs et souvent contradictoires qu'elle transmet.

De nouvelles approches sont donc apparues, notamment les Thérapies Comportementales et Cognitives, parmi lesquelles la thérapie d'acceptation et d'engagement. Au travers de la restructuration cognitive, les TCC permettent d'aborder les croyances alimentaires et les perceptions de son image corporelle erronées. La troisième vague permet, quant à elle, une meilleure gestion des émotions, parfois régulées par une prise alimentaire. Car la prise alimentaire constitue généralement une façon pour le patient de détourner son attention de ses émotions et de ses pensées. Se concentrer sur les aliments qu'ils consomment permet aux patients d'éviter ou d'oublier la situation problématique génératrice de tensions internes.

On observe également que de nombreux patients sont pris dans une hyperfocalisation sur leur poids et leur alimentation. Leur pensée est envahie et polluée par des messages comme « Je dois maigrir ! ». Au travers du concept de défusion, il est possible d'amener le patient à observer qu'il peut exister une dissonance entre ce que la tête veut, en lien avec la représentation de l'image corporelle, et la réalité du corps. Plus spécifiquement, on peut observer en clinique des désaccords profonds entre ce que "je" veux (ma tête) et ce que le corps ressent (de l'épuisement par exemple). Dans la situation de l'anorexie, le corps est épuisé et la tête en veut toujours plus, met la barre de plus en plus haut. Une des clefs est d'apprendre au patient à se centrer sur ses perceptions corporelles plutôt que d'accorder à sa pensée une place centrale ; observer ce que je ressens, et non croire toute l'analyse que je peux en faire.

La particularité des troubles des conduites alimentaires repose sur la fréquence à laquelle apparaissent les déclencheurs de ces pensées, à savoir l'heure des repas ou encore l'apparition des sensations de faim. Ces moments sont propices à une lutte à laquelle les patients se livrent ("faim/tu ne dois pas manger", "envie de pain au chocolat/le pain au chocolat fait grossir", "j'ai faim/ comment veux-tu perdre du poids si tu manges"). Face à la lutte que les patients mènent contre leurs propres pensées, l'ACT propose de se recentrer sur ses valeurs en déclarant l'autonomie de la pensée.

Car de nombreuses prises alimentaires sont liées à la mise en péril de valeurs chères aux patients. Ces prises alimentaires peuvent faire suite à une contrariété, qui génère de la culpabilité, elle-même à l'origine d'un besoin de perdre du poids ou de manger. Par exemple, faire une action pour satisfaire l'autre, alors que le patient est en désaccord avec cette

action au plus profond de lui, entraîne ce conflit de valeurs qui conduit à une tension interne, apaisée par la prise alimentaire. Ou encore, lorsque toutes les actions sont focalisées sur le poids, au détriment des autres domaines de vie qui ne sont plus investis. Le travail consiste alors à aider le patient en amont de la prise alimentaire, au moyen d'une mise en évidence des valeurs et des moyens de les mettre en actes ou de les préserver. Un des exercices que nous proposons aux patients consiste à leur demander de dessiner un sac de billes, et de définir chaque bille comme une valeur importante de leur vie. Evidemment, si on plonge sa main dans un sac qui ne contient qu'une ou deux valeurs, dont l'apparence physique, la chance de tirer cette bille au sort est très importante. Si d'autres valeurs et actions sont ajoutées dans le sac, l'alimentation a moins de chance d'être au centre des préoccupations. L'ACT est alors envisagée comme une démarche visant à remettre du sens dans son existence, afin de retrouver un comportement alimentaire adéquat.

Bien évidemment, la méthode nutritionnelle classique n'est pas totalement abandonnée. Notamment, le travail avec les patients souffrant de troubles de conduites alimentaires passe aussi par une démarche de psycho-éducation. Mais les points mis en avant seront, par exemple, les heures auxquelles les sensations de faim, et donc la nécessité de s'alimenter, vont apparaître. Cette démarche aura une certaine efficacité, accentuée si elle est associée à une approche plus globale telle que celle proposée par les TCC et par l'ACT, afin de redonner du sens à la vie des patients trop focalisés sur leur image et leur poids.

Comprendre et traiter le trouble dysmorphophobique avec l'ACT

Les personnes qui souffrent de trouble dysmorphophobique sont fortement préoccupées par un défaut de leur apparence physique. Qu'il soit complètement imaginaire, ou qu'un léger défaut physique soit effectivement apparent, la préoccupation est manifestement démesurée, et parfois délirante [1].

Sophie Cheval Psychologue
libérale, Paris

Le trouble dysmorphophobique est à la fois fréquent (sa prévalence en population générale est estimée entre 2 et 13% [2]) et **très invalidant** : en raison de leur dysmorphophobie, les sujets évitent les interactions avec les autres au point que leur vie sociale et affective en est le plus souvent sévèrement entravée. L'incidence du mal-être de ces patients sur leur **qualité de vie** est comparable à celle qui caractérise d'autres pathologies majeures, psychiatriques ou somatiques [3].

Entre autres traits psychologiques, les patients dysmorphophobes présentent une **perte de flexibilité psychologique** marquée. Face à l'anxiété massive que génère leur préoccupation morphologique, ils développent de multiples stratégies de **lutte active** contre leurs pensées dysmorphophobiques.

Par ailleurs, ils sont généralement en **fusion** avec ces pensées relatives à la partie de leur anatomie qui les dérange, et se définissent le plus souvent uniquement au travers de leur défaut physique.

Ces symptômes invitent à comprendre et à prendre en charge le trouble dysmorphophobique par la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Si les 6 axes de l'hexaflex permettent de rendre compte de l'ensemble des traits cliniques du trouble rapportés dans la littérature [2], le fait que la fusion cognitive et la lutte de ces patients s'articulent à la définition du soi incite à envisager la notion de **soi conceptualisé** comme premier axe de compréhension et de traitement de ce trouble.

Les principaux traits cliniques du trouble dysmorphophobique selon l'ACT

La fusion cognitive :

Les patients dysmorphophobes perçoivent leur apparence physique comme porteuse d'un ou plusieurs défauts les conduisant à se juger comme 'laid', 'anormaux', 'défigurés' ou 'diffformes', alors même que ces évaluations entrent en contradiction manifeste avec la réalité.

Le défaut qui les obsède peut concerner n'importe quelle partie de leur corps [4]. Souvent, il se rapporte au visage : la focalisation peut concerner certaines parties du visage (avec des préoccupations sur leur forme ou sur leur taille : « *Mes oreilles sont trop grandes et décollées* ») ou sur l'ensemble du visage, avec une focalisation sur la peau (couleur, acné, cicatrices, rides, teint...) ou sur la pilosité (« *Un jour, je me suis regardée dans la glace et je me suis vue avec une moustache* »). Le crâne est un autre point de focalisation fréquent, notamment autour des cheveux (jugés trop fins ou trop peu nombreux). Il n'est pas rare que les préoccupations des patients dysmorphophobes portent simultanément ou successivement sur plusieurs parties de leur corps. Les observations cliniques mettent en évidence que la conscience que ces patients ont de leur trouble est extrêmement variable : leur *insight* est susceptible d'évoluer (entre les patients, mais également, chez un même patient) entre la pleine lucidité et la croyance délirante. Les études évaluent qu'environ 1/3 des sujets dysmorphophobes sont absolument convaincus que la perception qu'ils ont de leur apparence est juste et non déformée, parfaitement conforme à la réalité [2]. Ces sujets sont également susceptibles d'avoir des idées de référence : ils sont ainsi persuadés que les autres les remarquent de manière négative, et les fixent du regard ou se moquent d'eux en raison de leur défaut (« *Les gens font des commentaires flatteurs sur mon physique parce qu'en réalité ils voient combien je suis laid* »).

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

Les sujets dysmorphophobes prennent donc le plus souvent leurs pensées dysmorphophobes 'pour argent comptant'. Certains ont conscience du caractère exagéré du jugement porté sur la partie de leur anatomie problématique à leurs yeux (« *Mon ventre est trop gros, il se voit trop...je sais bien que ce n'est pas vrai, que le ventre des femmes est comme ça, mais je ne peux pas m'empêcher d'y penser* »). Pour beaucoup d'entre eux toutefois, les pensées et interprétations négatives se rapportant à la partie de leur corps qu'ils n'aiment pas sont considérées comme des vérités absolues (« *Mes mains sont trop petites : cette difformité fait de moi une personne faible, je suis un infirme* »). Ces jugements sont pris au pied de la lettre, comme des descriptions fidèles ; ils sont rarement remis en question, et encore moins considérés comme des productions automatiques de la pensée.

Lutte contre les pensées dysmorphophobiques :

Les préoccupations liées à leur(s) défaut(s) envahissent les sujets dysmorphophobes 3 à 8 heures par jour, en moyenne : elles constituent une source de souffrance et induisent une anxiété, une humeur dépressive, une faible estime de soi, ainsi que des sentiments d'auto-dépréciation et de honte ([2]).

Ces sujets consacrent par conséquent beaucoup de temps à accomplir chaque jour des comportements répétitifs destinés à vérifier, camoufler ou améliorer le(s) défaut(s) qui les obsèdent : ils se regardent compulsivement dans le miroir, développent des stratégies de camouflage (ex. chapeau, maquillage, lunettes de soleil...), comparent leur apparence à celle des autres, et/ou effectuent de multiples soins (ex. coiffage, épilation, U.V., nettoyage de peau...). Leurs stratégies sont multiples : elles peuvent également les conduire à chercher une réassurance verbale auprès d'autrui, à changer de vêtements ou à en acheter de manière excessive, à suivre des régimes alimentaires, ou encore, à adopter certaines positions (de manière à exposer le moins possible leur défaut à la vue d'autrui). En d'autres termes, les patients dysmorphophobes passent beaucoup de temps à accomplir des évitements destinés à ne pas se sentir laids, honteux, coupables...ce que l'ACT qualifie d'évitements expérientiels.

Ces évitements expérientiels s'avèrent pourtant contre-productifs : en réalité, ils induisent des phénomènes d'escalade attentionnelle (ex. le camouflage mis en place doit être régulièrement vérifié dans le miroir), détériorent l'apparence des sujets (ex. les nettoyages de peau répétitifs) ou attisent la curiosité d'autrui (si un sujet place systématiquement sa main devant son visage, par exemple).

Ce même processus d'évitement expérientiel sous-tend aussi bien les comportements répétés de vérification dans le miroir que la stratégie inverse, qui consiste à éviter systématiquement les miroirs, afin d'échapper à la détresse induite par la confrontation à une image 'difforme'. De fait, entre ces deux catégories distinctes de patients dysmorphophobes (les « *mirror checkers* », qui sont majoritaires, et les « *mirror avoiders* »), un grand nombre de patients alterne entre les deux stratégies [5].

La fusion cognitive et l'adoption de comportements destinés à lutter contre les pensées dysmorphophobiques entraînent ainsi une **perte de flexibilité** chez les sujets dysmorphophobes. Celle-ci les conduit à :



1) Ne jamais être pleinement en contact avec l'instant présent :

les interactions aux autres, comme toutes les situations vécues, sont monopolisées par des ruminations qui gênent la conscience de la situation vécue dans le moment présent (« *Je pense tout le temps à rentrer mon ventre : même quand je fais l'amour, je pense à mon ventre et j'essaie de le rentrer* »).

2) Agir dans le sens de leurs croyances :

la stratégie d'évitement expérientiel liée au défaut obsédant conduit le plus souvent les sujets dysmorphophobes à consulter divers spécialistes (chirurgiens, dermatologues, dentistes...) afin de remédier concrètement à ce défaut. Or ces traitements médicaux à vocation cosmétique ou esthétique améliorent très rarement leur préoccupation : au contraire, ils la renforcent, le plus souvent (« *Je pensais que toutes mes préoccupations disparaîtraient après mon opération, mais mes seins sont toujours trop petits* »). Dans tous les cas, leur préoccupation morphologique les conduit à s'éloigner progressivement de ce qui leur importe réellement dans la vie (« *Je ne pourrai pas sortir avec des amis tant qu'un chirurgien n'aura pas remédié à mes paupières tombantes* »).

3) Perdre de vue ce qui est réellement important pour eux, et s'éloigner de leurs valeurs :

par exemple, une jeune femme s'interdit de s'engager dans une relation amoureuse, par crainte que son compagnon ne perçoive les rides qu'elle 'traque' en permanence sur son visage. Pourtant, elle aspire profondément à se marier et à fonder une famille.

Lorsqu'ils demandent de l'aide pour soulager leur souffrance, les patients BDD sont plus enclins à rechercher un traitement esthétique qu'à consulter un 'psy' : quand ils le font, il est souvent difficile de les engager dans une démarche de changement, en raison du caractère rigide de leur croyance dans la réalité du défaut qui les obsède.

Il est alors crucial de les aider à faire le point sur les aspects fonctionnels de la lutte contre leurs défauts physiques : est-ce que cette lutte les a aidés à se rapprocher de ce qui compte pour eux ? A faire disparaître le défaut ou les préoccupations à propos de ce défaut ?

L'accompagnement de ces patients doit en effet permettre de les aider à se mettre en action vers leurs valeurs, tout en restreignant la lutte contre leur défaut physique. Etablir une alliance thérapeutique de qualité avec ces patients nécessite ainsi de ne pas discuter le bien-fondé du jugement porté sur la partie de leur corps qui les préoccupe, et de s'intéresser uniquement à ce que ce jugement les oblige à faire, et les empêche de faire.

K. PHILLIPS, l'une des principales spécialistes du trouble dysmorphophobique, préconise de la même manière d'axer la prise en charge sur la **souffrance du patient**, et sur les **retentissements du trouble sur sa vie**, plutôt que sur sa croyance dans l'existence d'un défaut physique [2]. Cette recommandation conforte l'hypothèse selon laquelle ACT est une approche particulièrement pertinente dans le traitement du BDD. En effet, cette démarche thérapeutique ne se focalise pas sur la réalité du défaut qui les obsède : ce qu'elle met en question, c'est ce que le patient fait de ses préoccupations morphologiques, et l'aide que cela lui apporte, ou non.

Ces préoccupations liées à un défaut physique témoignent que la fusion cognitive et la lutte renvoient, dans le trouble dysmorphophobique, à la définition de soi : la notion de **soi conceptualisé** pourrait ainsi constituer le premier axe de compréhension et de traitement de ce trouble.

Le trouble dysmorphophobique, trouble du soi conceptualisé comme objet esthétique ?

Dans l'approche ACT, la notion de **soi conceptualisé** recouvre l'ensemble des pensées, idées, croyances, jugements, images, souvenirs... à propos de 'qui je suis'. Cette conceptualisation du soi est propice à favoriser la fusion cognitive : chacun de nous peut faire l'expérience intime de l'adhésion aux mots par lesquels nous nous définissons, dans différents domaines ('Je suis une femme', 'Je suis psychologue', 'Je suis petite', 'Je suis une mauvaise conductrice', 'Je suis une étudiante sérieuse'...). Ces définitions de nous-mêmes peuvent être vécues comme des vérités auxquelles nous souscrivons, ce qui nous conduit alors à adopter des comportements entrant en cohérence avec ces 'vérités'. Dans certains cas, ces comportements vont de pair avec une **perte de flexibilité comportementale** ('J'évite de prendre ma voiture et j'utilise plutôt les transports en communs'), et/ou avec une **lutte contre les événements psychologiques désagréables** ('Je lutte contre l'idée que je pourrais échouer à mon examen en travaillant nuit et jour').

Or cette **notion de soi conceptualisé semble particulièrement prégnante chez les sujets dysmorphophobes**. En étudiant la séquence d'événements psychologiques enclenchée chez les sujets BDD lorsqu'ils se confrontent à leur image dans le miroir, VEALE ([6]), émet l'hypothèse que cette séquence est précisément imputable à une **conception du soi comme objet esthétique**.

Ce **soi conceptualisé comme objet esthétique** recouvre les dimensions suivantes :

- * Une conscience de soi extrême, caractérisée par :
 - une identification du soi à la seule apparence physique,
 - une importance très vive attribuée à l'apparence physique, en termes de normalité, de valeur accordée à soi-même, ou de risque de rejet par autrui,
- * Des croyances associées, dues à la focalisation attentionnelle sur les caractéristiques physiques, et sur une image de soi déformée (par exemple, la croyance dans l'instabilité de l'apparence physique, en fonction de l'humeur du sujet, du moment de la journée, ou du miroir dans lequel il s'observe : le plus souvent, le sujet est en effet persuadé que sa 'différence' est amplifiée, ou au contraire atténuée, dans certains miroirs plus que dans d'autres),
- * De multiples processus de jugements et de comparaison :
 - des évaluations négatives de l'image de soi,
 - la comparaison à autrui,
 - la comparaison à une image de soi interne idéalisée.

VEALE souligne que ces processus de comparaison s'inscrivent plus largement dans des méta-cognitions identifiées par les théories de la comparaison sociale, qui postulent que les sujets enclins à se comparer aux autres choisissent préférentiellement des standards élevés, voire inaccessibles. Selon les cas, ces standards renvoient à une dimension exclusivement esthétique, ou comportent une obligation d'ordre moral (la conformité à certains attributs physiques valorisés témoignant alors de la valeur de l'individu).

L'adhésion totale à cette conception de soi comme objet esthétique induit les **émotions négatives intenses** des sujets dysmorphophobes : confusion, honte, dégoût de soi, anxiété du jugement d'autrui, tristesse, désespoir (induit par la discordance entre les standards esthétiques et l'image de soi), colère, frustration, culpabilité (dues à l'impuissance à résoudre cette discordance)...

Tous ces éléments conduisent à penser que l'approche ACT peut constituer une démarche thérapeutique propice au soulagement de la souffrance des patients dysmorphophobes, et à la restauration de leur qualité de vie, en focalisant précisément sur la défusion avec cette notion de soi conceptualisé.

Afin de favoriser la prise de distance avec cette conceptualisation du soi, le travail thérapeutique peut prendre les formes suivantes :

1) Instaurer une dynamique de soi comme processus

Il s'agit ici de travailler vers une appréhension de **soi comme contexte**, depuis lequel le sujet devient observateur des événements psychologiques dont il constitue le contexte de survenue.

L'objectif est à la fois d'aider le patient à s'observer penser à propos de son défaut, et de développer son entraînement à repérer le caractère automatique du jugement qu'il porte sur la partie de son corps qui le préoccupe.

La posture d'observateur distancié de ses propres pensées peut reposer sur l'adoption de formulations du type « *J'ai la pensée que mon menton est atroce* », au lieu de « *Mon menton est atroce* ». Par ce processus, le patient prend conscience que le 'Je' n'est pas assimilable aux pensées dont il constitue le contexte de survenue : quelles que soient ces pensées, le 'Je' est le point d'ancrage à partir duquel elles peuvent être observées.

Un autre exercice consiste à demander au patient de formuler la première critique négative qui lui vient concernant n'importe quel objet quotidien, afin qu'il puisse constater que la pensée parvient toujours à trouver une critique, même face à un objet considéré comme 'joli' ou neutre. Ainsi, le patient chemine progressivement vers une appréhension plus distanciée des jugements qu'il porte sur lui-même, en les qualifiant de 'routines' qu'il connaît bien, sur le mode : « *C'est encore mon esprit qui me raconte l'histoire du type qui a le menton en galoché ! Merci...* ».

2) Favoriser la défusion cognitive

Ce positionnement d'observateur des jugements automatiques émis par sa pensée permet d'aider le sujet à prendre conscience qu'il n'est pas tenu de croire ces jugements, et donc d'agir conformément à eux.

L'objectif est ici d'apprendre au sujet à rompre l'association effectuée entre ses pensées dysmorphophobes et ses comportements, notamment ses évitements expérimentiels.

Un exercice permet d'agir en dépit d'une injonction verbale. Le patient doit dans le même temps énoncer des actes et en accomplir d'autres, différents : par exemple, il doit dire « *Je tourne sur moi-même* » en s'accroupissant. Cet exercice lui permet de percevoir qu'il est possible simultanément de penser quelque chose en faisant quelque chose de différent, et d'expérimenter que pensées et comportements ne sont pas nécessairement liés. Autrement dit, il apprend ainsi à faire autre chose que suivre une règle verbale (« *Mon nez est affreux : je vais en toute circonstance mettre ma main devant mon visage pour le dissimuler à la vue d'autrui* »).

La difficulté inhérente à cet exercice développe une double prise de conscience : si le langage nous conduit spon-

tanément à agir d'une certaine manière, il demeure possible de ne pas ajuster notre comportement aux jugements automatiques produits par notre pensée... « *J'ai la pensée que mon nez est affreux, mais je ne suis pas obligé(e) d'y croire* ».

3) Faciliter l'acceptation des événements psychologiques et développer le contact avec l'instant présent

Le développement du soi comme contexte et de la défusion cognitive sont propices à favoriser l'acceptation des événements psychologiques désagréables que constituent les pensées dysmorphophobes. De fait, si le jugement porté sur le défaut qui me préoccupe est une production automatique de mon esprit, non seulement je ne suis pas tenu(e) d'y croire, ni d'agir en fonction de celui-ci, mais la lutte contre cette préoccupation devient par ailleurs vaine. De la même manière, les émotions négatives associées à cette préoccupation constituent des événements internes dont la survenue est également indépendante de ma volonté.

Au-delà de ce constat, l'objectif est d'aider le patient à prendre conscience que la lutte contre ces pensées et ces émotions contribue de surcroît à les alimenter. Il s'agit ici d'accompagner le patient dans une démarche de 'désespoir créatif'. De fait, sa demande d'aide intervient le plus souvent après de nombreuses années passées à déployer des stratégies de plus en plus sophistiquées pour éviter la survenue des pensées et des émotions associées à sa préoccupation morphologique. Pour autant, au fil des années, ces stratégies ont entraîné un phénomène d'escalade attentionnelle, émotionnelle et comportementale, qui rend son défaut de plus en plus préoccupant. L'usage de métaphores (ex. nourrir le tigre) permet de conforter le patient dans cette expérience qui est la sienne, et de l'inviter à envisager l'abandon de la lutte comme une stratégie plus adaptative.

Favoriser l'acceptation des pensées et émotions liées au défaut préoccupant implique d'engager le patient dans une démarche focalisée sur son expérience, et non plus sur son jugement : en séance, le thérapeute l'invite à s'arrêter sur ces événements psychologiques désagréables, afin qu'il puisse prendre conscience qu'il est possible de les accueillir et de les éprouver pleinement, ici et maintenant. Peu à peu, cette démarche permet au sujet de se sentir moins vulnérable et de recouvrer un sentiment d'auto-efficacité personnelle : plutôt que d'espérer que les pensées et émotions pénibles ne surgissent pas, il apprend à en faire l'expérience et à s'accorder le droit de ne pas y obéir, ni de chercher à les contredire (« *Je fais l'expérience d'une pensée qui me traverse, celle que mes mains sont trop petites* » peut ainsi remplacer « *Je dois cacher mes mains parce qu'elles elles sont trop petites : elles font de moi un infirme et cela m'angoisse* »).

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

4) Permettre au sujet de réorienter son action en direction de ses valeurs

Accepter ne signifie pas se résigner : une autre métaphore peut aider le patient à percevoir en quoi la démarche d'acceptation de sa préoccupation morphologique vise à libérer l'énergie préalablement dédiée à la lutte, afin qu'il puisse renouer avec les actions orientées vers ce qui compte réellement pour lui.

Lorsque la préoccupation dysmorphophobique émerge, elle peut être considérée comme 'un bruit de fond' familier : « *Mon nez est trop gros* » devient comme cette ritournelle que je n'aime pas, entendue à la radio le matin, et qui m'accompagne de manière obsédante toute la journée, bien que je n'aie pas envie de la chanter. Inutile de lutter contre l'émergence récurrente de cette chanson : elle m'agace, elle m'est désagréable, mais elle ne m'empêche pas de poursuivre mes activités (aller travailler, animer une réunion, déjeuner avec une collègue, aller chercher mes enfants à l'école, sortir au cinéma avec un ami...).

Le fait de renouer avec des activités importantes, le plus souvent longuement délaissées en raison de la préoccupation dysmorphophobique, constitue une source de satisfaction majeure pour le patient. A ce titre, elle renforce également le **détachement de la conscience de soi comme objet esthétique** : de fait, les valeurs du sujet comportent autant de définitions de soi (être le mari, le père, l'ami, le frère, le professionnel, le co-équipier...qu'il souhaite être). Ces définitions de soi sont alors activées au travers de l'expérience du sujet. Elles émergent comme autant d'alternatives à l'identification du soi à la seule apparence physique, et à l'importance attribuée à cette apparence, en termes de valeur accordée à soi-même, par le biais des jugements autrefois portés sur le défaut préoccupant.

Références:

- [1] Phillips, K.A., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C., Stout, R.L. (2005). Delusional versus Nondelusional Body Dysmorphic Disorder: Clinical Features and Course of Illness. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 95-104.
- [2] Phillips, K.A., Didie, E.R., Feusner, J., Wilhelm, S. (2008). Body Dysmorphic Disorder: Treating an Underrecognized Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165: 9, 1111-1118.
- [3] Didie, E.R., Menard, W., Stern, A.P., Phillips, K.A. (2008). Occupational Functioning and Impairments in Adults with Body Dysmorphic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 561-569.
- [4] Tignol, J. (2006). *Les défauts physiques imaginaires. Comprendre et soigner le BDD*. Paris, Odile Jacob.
- [5] Rabinowitz, D., Neziroglu, F., Roberts, M. (2007). Clinical Application of a Behavioral Model for the Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 231-237.
- [6] Veale, D. (2004). Advances in a Cognitive Behavioral Model of Body Dysmorphic Disorder. *Body Image*, 1, 113-125.



L'ACT du point de vue d'une bouddhiste

Suite à un atelier de thérapie d'acceptation et d'engagement, un sentiment de familiarité m'est apparu entre les idées fondatrices de l'ACT et plusieurs des grands fondements du Bouddhisme. Cet article vise à détailler ces points de ressemblance.

Geneviève Hamelet Instructrice
MBSR-MBCT, Sophrologue, Paris

Tout d'abord le principe même de **flexibilité psychologique**, en lien avec la capacité d'être ancré dans le présent et en résonance avec toutes les dimensions de la réalité, est lui-même un principe cher au bouddhisme. Il implique l'acceptation de toutes les expériences, même douloureuses, et permet une plus grande souplesse de comportement. Ce point fait écho avec les « comportements gouvernés par les contingences », par opposition aux « comportements gouvernés par les règles », au sein desquels intervient le langage. Il fournit le contexte de l'établissement des règles verbales et constitue un cadre relationnel qui enferme la réalité et nuit à la flexibilité psychologique.

Nous sommes là au cœur des enseignements bouddhistes dont l'essence réside bien dans la nature inter-reliée de tous les phénomènes (*Tendrel* en Tibétain) et qui vont prendre en compte le type de conscience au centre de l'expérience comme étant le sujet, tandis que l'objet est justement l'expérience qui s'en dégage et qui va varier en fonction du sujet. La psychologie bouddhiste détermine la présence de 6 consciences : les 5 consciences sensorielles et la conscience mentale. Cette dernière contient plusieurs aspects, dont l'aspect conceptuel, c'est-à-dire l'utilisation du langage, très utile tant qu'il n'intervient pas de façon disproportionnée. Son fonctionnement a été spécifiquement développé dans l'école philosophique du *Sautrantika*, avec *Dignaga* et *Dharmakirti* aux VIe et VIIe siècles.

Nous « créons » notre réalité à partir des 6 consciences, chaque perception sensorielle étant le déclencheur du premier instant de conscience mentale, qui va lui-même être le déclencheur du deuxième instant, et ainsi de suite, jusqu'à constituer une réalité faite d'images, de pensées, de sensations et de ressentis émotionnels qui vont constituer notre version de la réalité.

La prise de conscience de notre implication dans la construction de notre expérience et de sa nature relationnelle est plutôt encourageante, car elle nous permet de réaliser que nous avons la liberté de choix et la **capacité d'agir**, plutôt que d'être passif et conditionné par une soi-disant réalité existant indépendamment, à l'extérieur de nous. En quelque sorte, on retrouve dans la notion bouddhiste de « vérité relative » des

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

points communs avec celle d'ontologie de l'ACT, où il apparaît que les théories ne reflètent jamais totalement le « réel », en dehors d'une utilité vers les buts fixés.

Toujours dans la perspective de la nature inter-reliée de toutes choses, le bouddhisme s'applique à déterminer la nature du *Soi*, parfois appelé « ego » ou « autoréférence », ce à quoi nous nous référons comme étant « moi », et qui se trouve au centre de toute expérience. Pour le bouddhisme, il n'y a pas d'existence intrinsèque et indépendante du « soi », celui-ci n'existant que sur un mode relationnel. Cette notion rend notre perception de la réalité plus transparente, moins figée et surtout moins menaçante.

Ce concept n'est pas sans rappeler un des points importants de l'ACT, à savoir le « **Soi comme contexte** » d'apparition de ses pensées et de ses sensations. Une des questions qui peut se poser porte sur le développement de ce « soi » auquel je m'identifie dans une situation donnée et qui en fournit le contexte. Quel type « d'empreinte » est venue activer l'une ou l'autre facette du « soi », selon qu'il s'agit d'empreintes harmonieuses et équilibrées ou fragiles et vulnérables ? La conscience conceptuelle sélectionne les aspects présents dans la réalité extérieure qui correspondent à l'autoréférence dans laquelle je me trouve. Elle crée « ma » version de la réalité et la fige, tout en ignorant les autres aspects qui constituent également cette réalité. À partir du principe d'abstraction et de généralisation des perceptions sensorielles, une confusion s'établit entre le mode de perception direct (sensoriel) et la perception indirecte (conceptuelle), cristallisée autour de l'autoréférence activée par une circonstance secondaire. Lorsque l'on est enfermé dans ce type de réalité conceptuelle -qui se nourrit et se confirme par des images mentales (que l'on croit sensorielles), des pensées, ruminations, interprétations, sensations et émotions-, il est plus difficile d'accéder à une liberté de choix et il n'y a plus beaucoup de flexibilité.

Nous retrouvons là le principe de base de l'ACT qui affirme que le langage nuit à la flexibilité psychologique. Notons tout de même que l'image mentale peut aussi être la porte d'accès au ressenti, un mode de perception direct qui coupe le filtre du langage. Le moyen privilégié d'y accéder est la **métaphore**, largement utilisée dans les enseignements Bouddhistes, et également très présente dans l'ACT.

Dans la perspective de la psychologie bouddhiste, la nature du contexte -le « soi » et son point d'ancrage-, va être déterminante pour opérer la « **défusion** ». Envisager le « soi » sous cette forme permet de considérer les événements mentaux en tant que processus, sans s'y identifier, pour sortir des réactions en chaîne sur un mode automatique qui viennent renforcer « l'empreinte » de départ. Pour cette raison, dans un monde opérant essentiellement à partir du fonctionnement conceptuel, il est primordial de retrouver l'ancrage corporel et sensoriel du « soi ». Depuis ce point de vue, il est plus facile de s'établir dans la nature changeante de notre corporalité, de retrouver une flexibilité naturelle, instant après instant, et de

sortir d'un certain nombre de conditionnements. Bien sûr, à un niveau plus fondamental, le cadre dans lequel est perçu le « réel » est déjà conditionné au niveau sensoriel par les limites spatio-temporelles du corps humain et par les modes de perception qui lui sont propres. C'est pourquoi les pratiques méditatives avancées invitent à sortir de ces limites et à s'unir à une dimension corporelle de type énergétique, ce qui n'est possible que si l'on est déjà établi dans sa corporalité physique. Selon Tarab Tulku Rinpoché, grand érudit Tibétain contemporain, le ressenti corporel est un élément crucial pour s'établir dans le moment présent et accéder à une autoréférence plus profonde de type énergétique, car « il n'a pas le pouvoir de nous entraîner dans le futur, ni de suivre le passé à la trace ».

L'attention au moment présent peut alors se développer naturellement et inclure dans l'expérience tous les aspects d'une situation, y compris ceux que l'on considère comme désagréables et que l'on aurait tendance à éviter, dont on cherche à se débarrasser, et sous l'emprise desquels nous nous trouvons. Dans cette perspective plus large où les aspects d'une situation jugés désagréables n'envahissent plus notre champ de conscience, il devient possible de discerner d'autres facettes de l'expérience, et notamment de se reconnecter avec nos **valeurs**. Il s'agit là d'un autre point de rencontre entre le bouddhisme et l'ACT.

Un des principes-clé du bouddhisme est en effet de toujours revenir à l'intention qui sous-tend toutes nos actions, de déceler les différents niveaux de notre motivation, et de la regarder plus en détails si elle apparaît égocentrique. L'altruisme et la compassion constituent les valeurs centrales de l'approche bouddhiste. Elles sont également connectées à l'attention au moment présent, car c'est en intensifiant la proximité à soi et en s'approchant de notre vraie nature que l'ouverture aux autres se fait tout naturellement, que la compassion peut se déployer. Cette nature inhérente à tous les êtres représente la valeur ultime, la Nature de Bouddha ou encore la Bonté fondamentale. Elle reste le plus souvent voilée tant nous sommes préoccupés par la lutte pour la préservation de notre entité ou de notre identité, dans une recherche incessante de ce qui peut la maintenir, ou en évitant ce qui peut la menacer.

LE MAGAZINE ACT

Les échos de la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

L es valeurs de l'ovale

On a coutume de dire que le rugby est un sport de voyous joué par des gentlemen, sans doute parce que les inventeurs de ce sport, les anglais, aiment les paradoxes apparents.

Hervé Montès Psychiatre libéral,
Orléans

Paradoxe apparent est une bonne formule pour définir le rugby. Pendant un match on peut effectivement faire pas mal de choses pour s'emparer du ballon ovale et avancer vers l'embut : pousser, tirer, plaquer, bloquer, combattre, mais en aucun cas on ne peut passer le ballon à un coéquipier devant soi. C'est sans doute cette règle étonnante et inflexible – avancer en reculant-, associée à une certaine violence apparente, qui rend ce sport peu ou prou incompréhensible à ceux qui ne l'ont jamais pratiqué, ou qui n'ont jamais accompagné un père, un fils ou un frère, dans les cercles de l'ovale.

La pratique régulière de ce noble sport nous confronte, au-delà les limites étroites du cabinet de consultation, aux valeurs, aux émotions et à la lutte contre les émotions négatives.

Un premier constat s'impose : un terrain de rugby est l'un des rares endroits que l'on puisse fréquenter où personne ne ment. C'est un des rares endroits où l'on juge et où l'on est jugé uniquement sur les actions engagées.

Les émotions comme la colère, la peur, la joie, l'espoir, sont reconnues et acceptées, nous accompagnent et nous permettent de nous engager physiquement, d'affronter, de reculer, de combattre ; mais ce sont les valeurs qui nous permettent de jouer au rugby : soutien, solidarité, sacrifice, protection de l'autre, ne pas reculer, affronter plus fort et plus lourd que soi, respecter l'adversaire. Sans ces valeurs un match de rugby ressemblerait plus à un combat de rue qu'à autre chose. C'est en fonction de ces valeurs qu'un individu, puis un collectif, se met à bouger, et trouve une direction de jeu.

Sans valeurs, la colère est contre productive : elle pousse à faire des reproches à ses partenaires, elle conduit à la violence gratuite qui pénalisera toute l'équipe, elle amène à se désintéresser des autres. Grace aux valeurs de solidarité, de tolérance et de respect, la colère devient combativité. De même la peur -émotion dévastatrice si il en est- est dépassée par l'ancrage dans les valeurs de sacrifice, de soutien et de protection de l'autre.

L'amateur assidu de matchs de rugby a maintes fois été spectateur de cette perte de valeurs qui peut faire basculer vers l'abîme de la défaite n'importe quelle équipe. L'exemple le plus parlant est sans aucun doute les rencontres entre les équipes de France et d'Angleterre. Regardez jouer les anglais

et vous verrez alors que l'objectif d'une grande équipe d'Angleterre n'est pas de gagner, mais de jouer « son rugby », rugueux et combattif devant et toujours prêt à frapper rapidement et en contre derrière. Ce faisant, la victoire viendra ensuite. Dans de très (trop) nombreux matchs, ce sont les français qui prennent l'ascendant pendant la première mi-temps, puis peu à peu, au fil des minutes, nos joueurs s'éloignent de leurs valeurs et entrent en lutte contre la peur de perdre. Ainsi, des distensions apparaissent, le jeu se désorganise, les joueurs s'inhibent, n'attaquent plus, « jouent la montre »... Pendant ce temps, les anglais jouent au rugby, s'appuient sur leurs fondamentaux : solidarité, combativité, courage, espoir. Ils remontent peu à peu le score, pour finalement remporter le gain du match d'une poignée de points. Leur force est peut-être de ne pas lutter contre leurs émotions, mais de s'engager vers ce qui compte vraiment à leurs yeux, vers leurs valeurs justement.



Dernier paradoxe, heureux celui-ci : c'est exactement le scénario inverse qui a eu lieu au stade de France le 20 mars dernier, la grande erreur du sélectionneur anglais étant d'avoir composé une équipe pour battre les français et non pas pour jouer au rugby.

C'est à la lumière des notions d'émotion et de valeur, familières aux thérapeutes ACT, que l'on peut comprendre la phrase de Jean Pierre RIVES, célèbre ancien capitaine du 15 de France. Il parle ainsi de nos illustres adversaires :

« Les anglais gagnent toujours au jeu de rugby, même si parfois on les bat »...