

THERAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT

 jlmonestes@yahoo.fr

Extrait de

Monestès, J-L. (2023). Thérapie d'acceptation et d'engagement. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale - Psychiatrie*. Paris : Elsevier. pp. 1-10. [37-816-A-30]

Professeur Jean-Louis Monestès
Laboratoire LIP-PC2S
Université Grenoble Alpes
UFR SHS – Bât Michel Dubois -Département de Psychologie
Université Grenoble Alpes CS 40700 - 38058 Grenoble cedex 9

Table des matières

1	La découverte de processus responsables des troubles psychologiques	4
1.1	Une stratégie de recherche parcimonieuse pour appréhender la complexité....	4
1.2	Un processus spécifiquement humain : les réponses relationnelles dérivées ...	6
1.3	Le langage systématise les réponses relationnelles dérivées	8
1.4	Implication du langage dans les troubles psychologiques	10
2	Mise en œuvre de l'ACT : contrer certains apprentissages relationnels, en développer d'autres	12
2.1	Une autre définition du symptôme et des objectifs thérapeutiques précis	12
2.2	Apaiser le rapport conflictuel du patient à ses événements psychologiques : Défusion et acceptation	13
2.3	Développer l'attention et un sens de soi basé sur l'observation	14
2.4	Aider le patient à retrouver du sens et à agir vers ce qui compte pour lui.....	15
3	Exemple clinique	16
4	Un positionnement épistémologique affirmé	17

RESUME

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est la représentante principale des thérapies comportementales et cognitives dites de « 3^{ème} vague ». Elle s'inscrit parmi les modèles processuels. Elle redéfinit fonctionnellement la notion de symptôme en psychopathologie comme étant la tendance à persévérer dans des comportements peu efficaces dans le contrôle des événements psychologiques (émotions, pensées, sensations), qui de plus éloignent de ce qui fait sens pour la personne. L'ACT a démontré son efficacité pour des problématiques variées dans plus de 850 études randomisées contrôlées à ce jour.

L'ACT s'est construite en parallèle de découvertes expérimentales sur les mécanismes du langage, de la cognition et du symbolisme, rassemblées dans la théorie des cadres relationnels. La capacité humaine à dériver des relations entre des stimuli, de façon arbitraire, en constitue la découverte centrale. Elle permet à l'approche comportementale d'élargir son champ d'étude et d'action afin d'intégrer toute la variété de l'expérience humaine, là où elle avait jusqu'alors centré son approche sur les mécanismes communs à tous les animaux, dont l'être humain.

Les mouvements thérapeutiques de l'ACT, non protocolisés, visent à modifier le rapport qu'entretient le patient avec ses événements psychologiques, plutôt que de chercher à modifier l'intensité ou la fréquence de ces événements. Le but est que la personne retrouve une flexibilité psychologique, c'est à dire une variabilité comportementale en présence de ces événements psychologiques et une sensibilité aux conséquences de ces comportements.

In fine, l'objectif de l'ACT est la remise en action en direction de ce qui fait sens pour le patient, c'est-à-dire, la mise en œuvre de comportements symboliquement importants pour lui ou elle, indépendamment des événements psychologiques aversifs qui se font jour.

Mots-clés : thérapie d'acceptation et d'engagement, théorie des cadres relationnels, 3^{ème} vague des TCC, flexibilité psychologique, psychothérapie empiriquement fondée

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT¹, pour *Acceptance and Commitment Therapy*, [1]) est la représentante principale des derniers développements des thérapies comportementales et cognitives, souvent regroupés sous le label de « 3ème vague des TCC ». Avec plus de 1000 études randomisées contrôlées à ce jour et une centaine de méta-analyses (voir par exemple [2], pour une méta-analyse de synthèse)², les preuves de son efficacité pour tous les troubles psychiques sont maintenant significatives.

L'ACT se distingue des autres TCC par une pratique non protocolisée, au plus proche des difficultés de chaque patient. Pour cela, elle a dès son origine eu le souci de définir précisément ses fondements théoriques et philosophiques et de proposer un modèle du fonctionnement psychique dont elle teste expérimentalement les processus. Ces aspects théoriques constituent un guide pour la pratique clinique.

Cet article décrit les processus psychologiques proposés par la thérapie d'acceptation et d'engagement comme responsables des troubles psychiques, les principes généraux de mise en œuvre de l'ACT et les conceptions théoriques et épistémologiques sur lesquelles elle se fonde.

1 La découverte de processus responsables des troubles psychologiques

L'ACT partage avec les autres thérapies comportementales et cognitives le souci d'évaluer l'efficacité des outils cliniques qu'elle met en œuvre. Cependant, son rapport à la recherche fondamentale va au-delà de l'*evidence-based* communément admise en psychothérapie. Elle se fixe en effet comme objectif de satisfaire aux critères d'une psychothérapie basée sur les preuves « complètes » [3]. Il s'agit d'adjoindre à la démonstration d'efficacité clinique d'un modèle psychothérapeutique celle, le plus souvent expérimentale, de l'implication des processus invoqués par le modèle dans son efficacité. De fait, cette démarche implique également une proposition et une évaluation des processus responsables du développement et du maintien des troubles.

Pour satisfaire à ces exigences, l'ACT a évolué conjointement avec un modèle théorique, la théorie des cadres relationnels³ [4]. Ce modèle trouve son origine dans la découverte et l'étude expérimentale d'un mécanisme d'apprentissage propre aux êtres humains, qui permet l'accès au langage et au symbolisme : l'apprentissage relationnel. La pratique de l'ACT n'étant pas protocolisée, elle se doit d'être adaptée à chaque patient et à chaque thérapeute, et connaître les processus mobilisés permet de mieux ajuster sa pratique clinique et d'être autonome dans cet ajustement.

1.1 Une stratégie de recherche parcimonieuse pour appréhender la complexité

Dans le but de comprendre ce qui gouverne les comportements humains, l'école comportementale a suivi une stratégie de recherche parcimonieuse, donc nécessairement lente.

¹ L'acronyme anglais a été conservé lors de la diffusion du modèle en langue française afin de garder l'esprit premier de cette appellation, à savoir, l'idée d'action et de modification des comportements, propres à l'approche comportementale. Mettre en avant l'action au travers de cet acronyme permet également de contrer les éventuelles évocations de résignation portées par le terme « acceptation ».

² Une liste exhaustive et tenue à jour des essais randomisés contrôlés testant l'efficacité de l'ACT se trouve à la page https://contextualscience.org/act_randomized_controlled_trials_since_1986

Une liste comparable pour les méta-analyses se trouve à la page https://contextualscience.org/metaanalyses_and_systematic_scoping_or_narrative_reviews_of_the_act_evidence

³ *Relational Frame Theory*, en anglais.

Il s'est agi d'avancer progressivement dans la complexité des comportements étudiés. L'idée principale a été que, pour découvrir les processus psychologiques spécifiques à l'être humain, il était d'abord nécessaire d'étudier les mécanismes comportementaux moins complexes partagés avec les autres animaux⁴. En cela l'approche comportementale a suivi une trajectoire identique à celle de nombreuses découvertes en médecine, partant de modèles et d'expérimentations chez l'animal pour avancer vers la compréhension des mécanismes spécifiquement humains.

Suivant cette stratégie ont été découverts les mécanismes d'apprentissage répondant (pavlovien) et d'apprentissage opérant (skinnerien). Ces deux mécanismes rendent compte des comportements de tous les animaux non-humains et d'une part importante des comportements de l'être humain. Par ailleurs, l'étude intensive de ces deux mécanismes d'apprentissage a apporté des éléments de compréhension pour de nombreux troubles psychologiques et a permis l'élaboration d'outils thérapeutiques efficaces comme l'exposition ou l'utilisation du renforcement.

Cependant, ces mécanismes se sont révélés insuffisants pour rendre compte de l'ensemble des comportements de l'être humain et de l'ensemble des troubles. Notamment, ils permettent mal de rendre compte des activités de raisonnement et des fonctions cognitives supérieures comme le langage [4]. De même, bien que les apprentissages répondant et opérant sont impliqués dans un grand nombre de troubles psychologiques et contribuent à leur apparition et à leur maintien, ces mécanismes permettent difficilement d'expliquer les troubles qui ne semblent liés à aucune expérience vécue directement. On comprend par exemple aisément qu'un état de stress post-traumatique peut se maintenir en raison de l'évitement répété des stimuli présents au moment d'un événement traumatique (apprentissage opérant), devenus capables de déclencher la peur à laquelle ils ont été associés alors qu'ils étaient initialement neutres (apprentissage répondant). En revanche, il est plus complexe de proposer une hypothèse étiopathogénique fondée uniquement sur ces mécanismes d'apprentissage lorsque le traumatisme n'a pas été directement vécu mais rapporté au cours d'une conversation par exemple.

De même, l'implication des apprentissages répondant et opérant dans les phobies se repère aisément. On parvient en effet souvent à retrouver ces apprentissages dans l'histoire des patients, à l'instar de ce monsieur présentant une phobie des masques qui rapporte comment, enfant, sa sœur surgissait souvent devant lui masquée, par surprise, pour lui faire peur. Cependant, bon nombre de tableaux cliniques n'impliquent aucune expérience directe qui permettrait de comprendre le trouble dans les termes de ces deux mécanismes d'apprentissage. Par exemple, de façon presque caricaturale, la peur pathologique de la mort n'implique évidemment pas d'avoir vécu l'expérience de mourir (sic), ni même d'avoir échappé à la mort. Difficile également de retracer une histoire comportementale impliquant uniquement des apprentissages répondants et opérants pour comprendre les problématiques liées à l'image de soi, ou les troubles de personnalité par exemple.

Ces observations, ainsi que les différences de patterns de réponses observées entre les êtres humains et les autres animaux dans des expériences de laboratoire sensées ne pas faire

⁴ « It is only by studying the behavior of lower animals that we can tell what is distinctly human » (« Ce n'est qu'en étudiant le comportement des animaux inférieurs que nous pouvons déterminer ce qui est distinctement humain ») ([5], p. 101).

intervenir le langage [6], [7], ont conduit à l'étude spécifique des mécanismes comportementaux propres à l'être humain. Ces recherches ont débouché sur la découverte de l'apprentissage relationnel, processus qui semble central aux fonctions langagière, symbolique, à la cognition, ainsi qu'au développement et au maintien des troubles psychologiques, et sur lequel se construit la thérapie d'acceptation et d'engagement.

1.2 Un processus spécifiquement humain : les réponses relationnelles dérivées

Les travaux ciblant directement le langage et son développement se sont abondamment appuyés sur un paradigme expérimental, le *matching to sample*, qui a mis en évidence des comportements surprenants au regard des mécanismes précédemment décrits.

Dans ce dispositif expérimental, la tâche du participant consiste à choisir un stimulus parmi plusieurs autres, en fonction du modèle qui lui est présenté. Par exemple, on présente au participant le modèle $\mathcal{Q}$ et sa tâche est de choisir un des stimuli parmi les trois proposés $\mathcal{Q}$ $\mathcal{V}$ $\mathcal{X}$. Dans sa version la plus élémentaire, qui sert souvent à familiariser le participant à l'exercice, la tâche consiste à choisir le stimulus qui ressemble le plus au modèle présenté. Dans cet exemple, le participant est alors renforcé (par exemple en lui donnant une peluche si c'est un enfant) lorsqu'il choisit le stimulus $\mathcal{Q}$ parmi les trois proposés (voir Figure 1).

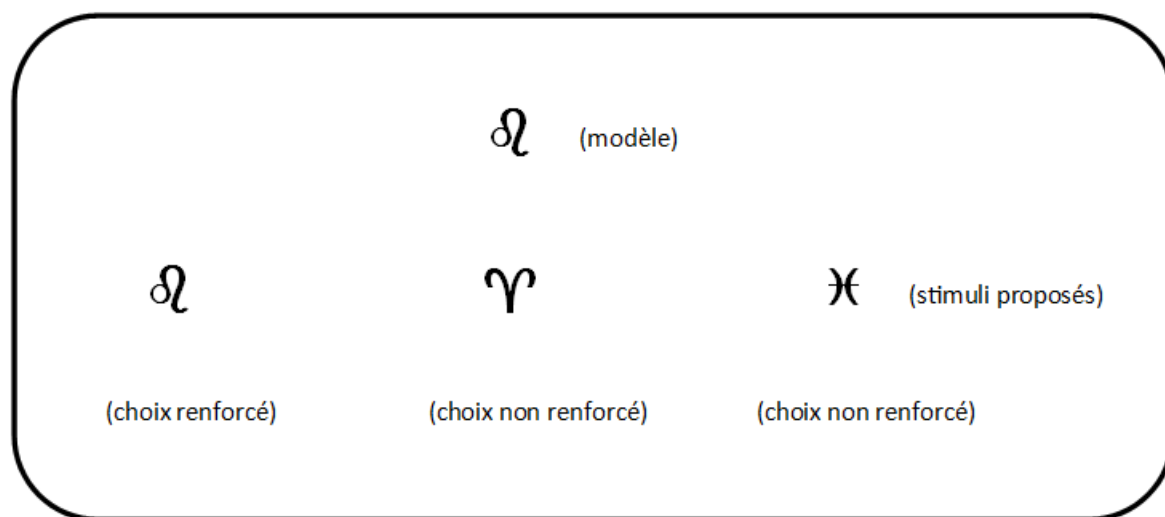


Figure 1 : Exemple de tâche de *matching to sample*. Un stimulus est d'abord présenté comme modèle, puis trois autres stimuli sont proposés, parmi lesquels le participant doit choisir. Le choix d'un des stimuli est renforcé, le choix des deux autres n'entraîne aucune conséquence. Il est nécessaire de choisir un des stimuli proposés, mais plusieurs essais sont possibles jusqu'à la découverte du choix renforcé. Dans cet exemple élémentaire, qui sert de familiarisation avec la tâche, le stimulus dont le choix est renforcé est le même que le modèle.

Après un temps de familiarisation avec la tâche, on propose au participant trois stimuli dont aucun ne correspond au modèle. Par exemple, on donne comme modèle $\mathcal{I}$ et les stimuli parmi lesquels choisir sont $\mathcal{Q}$ $\mathcal{V}$ $\mathcal{X}$. Bien entendu, puisqu'aucun des stimuli proposés ne correspond au modèle, les participants répondent initialement au hasard. Si la réponse attendue est $\mathcal{X}$ par exemple, rien ne se passe si le participant choisit un autre symbole ; il est en revanche renforcé dès qu'il choisit $\mathcal{X}$ (voir Figure 2).

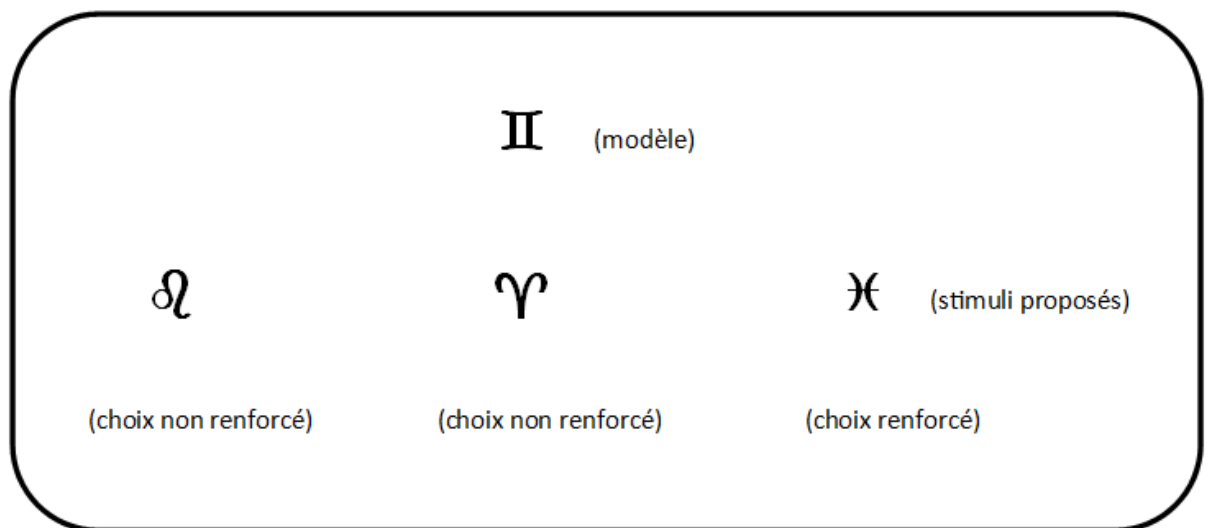


Figure 2 : Exemple de tâche de *matching to sample* dans lequel aucun des stimuli proposés ne correspond au modèle. Le choix renforcé est arbitrairement décidé par l'expérimentateur.

Le renforcement du choix de X en présence de Π crée une relation entre ces deux stimuli. En quelques sortes, Π devient le contexte dans lequel le choix de X est renforcé.

La capacité à réagir à un stimulus en fonction de la relation qu'il entretient avec un autre stimulus -appelée réponse relationnelle- a été observée chez la plupart des animaux. Par exemple, des tortues sont capables de choisir le plus sombre de deux cartons qui leur sont présentés [8]. De nombreux prédateurs sont capables de choisir la proie qui semble la moins rapide ou la moins combative en comparaison à d'autres. Des organismes simples comme des insectes peuvent se diriger préférentiellement vers la source lumineuse la plus intense.

En revanche, le paradigme expérimental du *matching to sample* a révélé une particularité présente, semble-t-il, uniquement chez les êtres humains : une fois apprise une relation entre un stimulus et un autre, la relation inverse est également connue, sans expérience ni renforcement supplémentaire. Ainsi, dans l'exercice précédent, après avoir appris à choisir X en présence de Π , un être humain est capable, sans expérience supplémentaire, de choisir Π en présence de X . Ce processus est qualifié de réponse relationnelle *dérivée* pour souligner le fait que cette réponse n'a pas été apprise par l'expérience directe. En effet, le choix de Π en présence de X n'a jamais été renforcé ; seule la relation inverse l'a été.

Ce résultat peut nous paraître évident car ce mécanisme nous est naturel dès que nous maîtrisons le langage. Il n'est pourtant observé chez aucun autre animal à ce jour. Par exemple, dans le paradigme pavlovien classique, dans lequel une cloche retentissant juste avant la présentation de nourriture devient capable de déclencher seule la salivation, un animal capable d'apprentissage relationnel dresserait les oreilles à la seule présentation de nourriture, ce qui n'est jamais observé dans les expériences chez les animaux. Ou encore, l'apprentissage serait possible même en ne respectant pas l'ordre de présentation des stimuli (cloche puis nourriture, ou encore stimulus neutre puis stimulus inconditionnel), une condition qu'on sait indispensable à l'apprentissage pavlovien (sa seule exception étant l'aversion gustative suite à l'ingestion d'une nourriture toxique).

Quand deux stimuli sont ainsi mis en relation, on dit qu'ils relèvent d'une implication mutuelle. Il s'agit là de la première propriété de l'apprentissage relationnel, dont on devine rapidement l'intérêt : la capacité à dériver une relation permet un apprentissage « économique », sans besoin d'une expérience directe.

Ce mécanisme se complexifie lorsque plus de deux stimuli sont impliqués. En présence d'un stimulus A, si on renforce le choix d'un stimulus B, puis qu'on renforce le choix d'un stimulus C en présence du même stimulus A, le stimulus B est alors choisi en présence de C et C est choisi en présence de B. Comme précédemment, la relation entre B et C n'a pas été renforcée, les deux stimuli n'ayant d'ailleurs ici jamais été présentés simultanément. Leur relation a été dérivée. On parle ici alors d'implication combinée entre les stimuli [4].

Dernière propriété : il a été observé que les fonctions des stimuli transforment celles des stimuli auxquels ils sont reliés, que ce soit directement ou de façon dérivée. Ainsi, si trois stimuli sont liés par une relation de coordination telle que $A = B$ et $B = C$, et que A, par exemple, est présenté en même temps qu'un stimulus appétitif, B et C deviennent également appétitifs, par dérivation en raison de leur implication combinée, et sans qu'ils aient été présentés en même temps que le stimulus appétitif [4].

La capacité à émettre des réponses relationnelles dérivées peut paraître anecdotique tellement elle nous est naturelle. Nous dérivons en effet des relations entre des stimuli à longueur de temps. La raison principale est que cette capacité est constitutive du langage dans lequel nous baignons. Selon l'ACT, cette capacité à dériver des réponses relationnelles, systématisée par le langage, est à l'origine des troubles psychologiques et de leur maintien.

1.3 Le langage systématise les réponses relationnelles dérivées

Qu'il soit parlé, signé ou écrit, le langage consiste en la capacité à se comporter en fonction de la relation qui unit chaque mot à ce qu'il désigne. Au cours de l'apprentissage de la langue, la capacité à émettre des réponses relationnelles dérivées s'applique constamment. L'entourage de l'enfant prononce un mot en présence d'un objet (« Théo, donne-moi la girafe »), renforce le choix de l'objet par l'enfant après avoir prononcé le mot, et l'enfant finit par prononcer lui-même le mot en présence de l'objet, (ou une suite de phonèmes s'en rapprochant). L'entourage renforce donc le choix de l'objet en présence du mot, l'enfant dérive le mot en présence de l'objet, les deux stimuli étant alors en implication mutuelle.

On notera que n'importe quelle suite de phonèmes peut être mise en relation avec n'importe quel stimulus. Ceci souligne la capacité de l'être humain à créer des relations entre des stimuli de façon tout à fait arbitraire. Cette capacité est particulièrement déterminante dans les problématiques psychopathologiques comme nous le verrons ensuite. Ainsi, la suite de phonèmes du mot « citron » n'est reliée à aucun stimulus chez un enfant qui ne connaît pas encore ce mot (tout comme pour nous la suite de phonèmes du mot *rēmana* si nous ne parlons pas le Maori, ce mot désignant également le citron dans cette langue). Cette suite de phonèmes a été mise en relation de façon tout à fait arbitraire avec le fruit au cours de notre apprentissage de la langue, bien que ces deux stimuli (le fruit et la suite de phonèmes) ne partagent aucune propriété physique (par exemple, le fruit ne produit pas la suite de sons « citron », et à l'inverse, la suite de sons « citron » ne peut pas être touchée, croquée ou coupée). Pourtant, en raison de l'apprentissage relationnel, certaines fonctions du fruit sont partagées avec la suite de phonèmes « citron », si bien que nous réagissons parfois indistinctement à l'un comme à l'autre. Ainsi par exemple, on peut saliver en entendant le mot « citron » bien qu'aucun citron ne soit présent. De

plus, vous pourriez maintenant saliver en entendant le mot *rēmana* (imaginez que vous coupez un *rēmana*, que vous voyez le jus du *rēmana* couler, etc.), alors que vous venez d'apprendre il y a seulement quelques instants la relation entre les stimuli « citron » et « *rēmana* », et que jamais le mot *rēmana* n'a été prononcé quand vous étiez en présence d'un citron.

Par le même mécanisme de réponse relationnelle dérivée entre des stimuli reliés arbitrairement, nous apprenons à utiliser certains mots ou groupes de mots comme « plus que », « le moins », « devant », « derrière », « c'est comme », « c'est la même chose », « signifie », « désigne », etc. Ces mots ont un statut très particulier car ils ne désignent pas à proprement parler des stimuli, mais des relations entre des stimuli⁵. Ces mots acquièrent leurs propriétés par la répétition de situations dans lesquelles les stimuli reliés sont chaque fois différents, mais la relation qui les unit est identique. Une perspective développementale permet là encore de mieux comprendre ce point. Par exemple, après que l'entourage d'un enfant qui accède au verbal l'a renforcé pour avoir correctement montré l'objet « le plus grand », ce pour de nombreux paires ou groupes d'objets différents, l'enfant devient capable de généraliser cette réponse à n'importe quel contexte. En effet, à force d'exemples d'une relation identique entre des stimuli différents, le processus de réponse relationnelle dérivée conduit à ce que le groupe de mots « le plus » devienne l'équivalent de la relation de quantité avec laquelle il a été mis en relation. En d'autres termes, le groupe de mots « le plus » s'abstraie. Il peut alors lui-même être utilisé pour mettre en relation n'importe quels stimuli, et déterminer ainsi un comportement en fonction d'un contexte [9]. On pourra par exemple demander à un enfant d'aller chercher le plus grand des tournevis qu'il trouvera dans l'atelier, quels que soient les tournevis qui s'y trouvent, et l'enfant s'acquittera avec succès de cette tâche même s'il n'a jamais vu l'ensemble des tournevis. Aussi, la maîtrise du groupe de mots « le plus » permet alors également de créer et de comprendre des relations arbitraires entre des stimuli. On pourra dire par exemple à l'enfant que « Dali est un plus grand peintre que Magritte », et observer qu'il développe une préférence pour Dali, sans même jamais avoir vu une quelconque œuvre de ces peintres, et évidemment, indépendamment de leur taille physique respective (même si ironiquement Magritte mesurait 1,78m, contre 1,72 pour Dali).

Maîtriser ces groupes de mots, désignant eux-mêmes des relations et dont les fonctions ont été acquises par dérivation arbitraire, systématise et accroît les capacités de réponses relationnelles dérivées. Médiatisées par le langage, nos interactions avec les stimuli se font de plus en plus en fonction des relations, arbitraires ou non, que ces stimuli entretiennent entre eux. Surtout –et ce sont là deux propriétés centrales à la psychopathologie selon l'ACT et la théorie des cadres relationnels–, nous pouvons créer de toutes pièces des relations arbitraires entre n'importe quels stimuli de notre environnement et, de fait, transformer leurs fonctions, uniquement par le langage. Ainsi, des stimuli neutres peuvent devenir extrêmement aversifs, uniquement sous l'effet du langage, créant de la souffrance alors que les conditions matérielles ne semblent pas particulièrement pénibles. Aussi, des pensées et des émotions peuvent elles-mêmes devenir la cible de tentatives d'évitements.

⁵ En d'autres termes, ces mots sont mis en relation de coordination non pas avec des stimuli mais avec des relations qui existent entre les stimuli.

1.4 Implication du langage dans les troubles psychologiques

En raison de la capacité à dériver des relations entre les stimuli, les mots et ce qu'ils désignent, tout comme les pensées et ce à quoi elles se rapportent, deviennent progressivement quasiment interchangeables⁶.

Ce phénomène conduit déjà à un premier niveau de souffrance observé en clinique, lorsque des mots déclenchent une émotion aversive. C'est le cas par exemple lorsqu'un patient se montre terrorisé à la simple évocation d'un traumatisme, alors même que le danger n'est plus présent. Une série d'expériences dans le domaine de la théorie des cadres relationnels démontre assez bien ce phénomène [10]. Toujours en partant du paradigme de *matching to sample*, une relation de coordination est créée entre trois stimuli abstraits ($A = B, B = C \rightarrow A = C$). Par la suite, le stimulus A est associé à une stimulation nociceptive légère. Enfin, on mesure la réaction électrodermale -souvent utilisée comme un indicateur du degré de peur car augmentant avec la sudation- à la présentation de chacun des stimuli. La présentation du stimulus B déclenche alors une réponse électrodermale identique à celle obtenue en présence de A -ce qui pourrait correspondre à l'anxiété déclenchée par les mots décrivant un événement traumatique. Il est notable ici que le stimulus B n'a pas été associé au stimulus nociceptif, pas plus que les mots désignant un événement traumatique ne sont prononcés au moment de l'événement traumatique. De plus, une réaction électrodermale est observée à la présentation du stimulus C. Ainsi, il est possible de ressentir une émotion aversive au contact de stimuli qui ont été mis en relation de coordination arbitrairement (on pourrait dire, verbalement mis en équivalence) avec d'autres stimuli qui eux ont été en contact avec le stimulus potentiellement dangereux. Par exemple, un patient présentant des obsessions idéatives de contamination peut se sentir anxieux en entendant son fils lui demander de lui servir un verre d'eau, le mot « eau » étant relié verbalement à « lavage », ce dernier étant relié arbitrairement à « contamination »⁷.

Ensuite, par le biais de l'automatisation des réponses relationnelles dérivées au travers des mots désignant des relations (par exemple « plus que ») et de la capacité à créer arbitrairement des relations entre les stimuli, un nombre très important de relations nouvelles vont émerger entre n'importe quels stimuli. La conséquence principale est la transformation, par dérivation, de la fonction des stimuli, et notamment pour ce qui concerne la psychopathologie, l'acquisition de fonctions aversives par un nombre croissant de stimuli toujours plus éloignés, ainsi que l'accroissement de ces fonctions aversives. Ainsi, dans une autre recherche [11], on crée une relation hiérarchique entre trois stimuli, telle que $A < B$ et $B < C$. Le stimulus B est associé à une stimulation nociceptive. On observe alors une réponse électrodermale moins forte en présence du stimulus A et une réponse plus forte en présence de C, alors que ni A ni C n'ont été associés au stimulus nociceptif. On peut penser par exemple en clinique à un patient, pour qui animer une réunion est particulièrement anxiogène, qui se montre terrorisé devant la perspective de devoir animer une réunion « plus importante », ou avec davantage de participants, alors qu'il n'en a jamais fait l'expérience auparavant.

L'apprentissage relationnel entraîne une indifférenciation entre les mots et ce qu'ils désignent, ainsi que l'apparition de relations arbitraires, par définition illimitées. Ces relations arbitraires s'évoquent malgré nous et en deviennent de fait une machine à pourrir l'ici et le maintenant, en ce que tout peut être évoqué par tout. Un moment joyeux en famille évoquera le

⁶ Le même mécanisme prévaut pour les images mentales en ce qu'elles sont également des stimuli reliés aux stimuli auxquels elles se rapportent, dont elles partagent également certaines fonctions.

⁷ On remarque dans cet exemple que les relations entre les stimuli ne sont pas nécessairement des relations de coordination. Ici, « contamination » et « lavage » sont vraisemblablement liés par une relation d'opposition.

souvenir d'un être cher disparu et rendra triste ; apprendre que son voisin gagne plus que soi fera apparaître le sentiment d'être inférieur et de la jalousie ou de la honte, etc.

Cette indifférenciation entre les mots et ce qu'ils désignent entraîne l'émergence de comportements analogues en présence des uns ou des autres de ces stimuli. Notamment, des comportements d'évitement peuvent apparaître pour des pensées qui désignent des stimuli aversifs, à l'instar des comportements d'évitement qui apparaissent pour les stimuli que ces pensées désignent (dans l'exemple précédent, éviter de penser aux bactéries, aux microbes, à de l'eau, et à tout ce qui a pu être relié à ces stimuli, au-delà d'éviter la contamination elle-même). Or, si un stimulus peut être dangereux ou menaçant, les pensées qui se rapportent à ce stimulus ne le sont pas. Pour autant, les fonctions des uns se propageant aux autres, les évitements peuvent devenir de plus en plus généralisés et cibler finalement les pensées elles-mêmes.

Cependant, s'il est possible d'éviter ou de se débarrasser d'un stimulus tangible, il est beaucoup plus difficile, ou beaucoup plus coûteux, d'éviter une pensée, et quasiment impossible de s'en débarrasser définitivement volontairement [12]. Ainsi, on peut voir l'apparition de tentatives de contrôle ou d'élimination de pensées répétées au travers de rituels mentaux, de stratégies de distraction tels les comportements répétitifs observés dans les addictions sans produit, de la consommation de toxiques, etc. Une des difficultés notables est que, tout stimulus utilisé pour en éviter un autre peut acquérir les fonctions de celui qu'on tente d'éviter. On retrouve ici la capacité à dériver des relations entre les stimuli. Ainsi, si on tente d'échapper à un souvenir à l'origine d'une émotion pénible –disons par exemple le souvenir du décès d'un proche et la culpabilité associée- en se concentrant sur d'autres pensées -par exemple le souvenir d'un moment joyeux avec ce proche-, on risque de rendre ce dernier souvenir tout aussi aversif que celui du décès, entraînant de fait un plus grand nombre de souvenirs à éviter.

Enfin, la capacité à dériver des relations conduit à ce que les émotions qui apparaissent en présence d'un événement acquièrent des fonctions comparables à cet événement. Par exemple, la peur qui apparaît au cours d'un accident acquiert les fonctions de cet accident et suffit alors à déclencher des comportements d'évitement. Cependant, si l'accident est bel et bien à éviter, et qu'il est possible d'agir efficacement pour l'éviter, la peur n'a pas le même caractère dangereux et ne nécessite pas d'être évitée à tout prix.

Au final, en quelques sortes, la capacité à relier entre eux les stimuli, particulièrement de façon arbitraire, crée un univers parallèle composé de stimuli « internes » (i.e., notre expérience psychologique) dans lequel nous nous comportons comme dans le monde des stimuli « externes » (i.e., perçus grâce à nos cinq sens). Ainsi, des pensées qui se réfèrent à des stimuli aversifs deviennent elles-mêmes aversives, d'autres pensées qui leurs sont reliées symboliquement le deviennent également, et toutes peuvent devenir la cible d'évitement, tout comme les émotions qui les accompagnent. Les stimuli internes ayant acquis, par dérivation, une part des propriétés des stimuli externes, nous leur appliquons les mêmes stratégies de résolution de problème. Ces stimuli ne sont pourtant pas de même nature et n'ont pas les mêmes propriétés, à commencer par le fait qu'ils ne sont limités par aucun aspect matériel.

Pour l'ACT, les difficultés psychologiques apparaissent lorsque les émotions et les pensées deviennent les cibles de comportements répétitifs, notamment de tentatives d'évitement, alors même que ces comportements se révèlent le plus souvent modérément efficaces ou sont à l'origine d'une souffrance certaine.

2 Mise en œuvre de l'ACT : contrer certains apprentissages relationnels, en développer d'autres

2.1 Une autre définition du symptôme et des objectifs thérapeutiques précis

Comme d'autres approches en TCC, notamment l'approche comportementale dont elle fait partie, l'ACT considère que les processus responsables des troubles psychologiques sont les mêmes que ceux responsables d'une bonne adaptation à l'environnement. Notamment, la capacité à produire des réponses relationnelles dérivées, qui conduit à la souffrance psychologique, permet tout autant à l'être humain des activités comme la science, la poésie, la fiction, les mathématiques, la spiritualité, etc. De plus, puisque chaque individu qui maîtrise le langage relie en permanence et de manière arbitraire n'importe quels stimuli, nous sommes tous concernés, selon l'ACT, par la douleur psychologique⁸. Cette dernière n'est pas considérée dans l'ACT comme le reflet d'un désordre ou d'un déséquilibre interne et n'a pas valeur de symptôme. Elle n'est donc pas non plus la cible de la thérapie d'acceptation et d'engagement.

L'ACT définit comme symptôme la perte de flexibilité psychologique, qu'elle met au centre de sa stratégie thérapeutique. Il s'agit de la diminution drastique de la capacité à agir de façon variée en présence d'événements psychologiques (pensées, émotions, souvenirs, impulsions, proprioception). Ce n'est donc pas la présence de ces événements, même lorsqu'elle est douloureuse, qui est considérée comme problématique. Les troubles sont liés au fait de réagir à ces événements psychologiques de façon stéréotypée, même lorsque ces réactions entraînent *in fine* davantage de souffrance et/ou qu'elles empêchent d'autres comportements épanouissants. Dans une problématique de trouble obsessionnel par exemple, ce n'est pas la peur de la contamination qui est considérée symptomatique dans l'ACT, mais le fait que, face à un choix entre le confort psychologique immédiat et l'accomplissement d'actions symboliquement importantes à ses yeux, le patient fasse majoritairement le choix de l'ataraxie, bien que celle-ci soit provisoire et qu'il s'éloigne progressivement de ce qui est important pour lui. Il préférera par exemple minimiser sa peur à court terme en refusant de déjeuner dans un restaurant pour ne pas risquer une contamination que de partager ce temps avec sa famille. Lorsque tous les stimuli, même les stimuli « internes » comme les pensées, les émotions ou les sensations, déclenchent des comportements fonctionnellement identiques, par exemple l'évitement, le répertoire comportemental s'appauvrit et ne permet plus une vie épanouissante, en direction de ce qui est important pour soi.

A l'inverse, cette définition implique que la bonne santé psychologique correspond à la capacité d'agir de façon variée en présence des stimuli internes, c'est-à-dire la capacité d'agir en direction de ce qui compte pour soi, des buts qu'on s'est choisis, en fonction de ce qu'offre le contexte, et moins en fonction des événements psychologiques difficiles qui pourraient apparaître.

Au final, l'ACT s'inscrit comme une thérapie comportementale dont le but est le développement ou la reprise de comportements en direction de ce qui est important pour le patient, par la découverte ou le réentraînement de comportements variés en présence des événements psychologiques, ce qu'on appelle la flexibilité psychologique.

⁸ L'ACT parle de « normalité destructrice » pour signifier cette forme de « tendance naturelle » à la douleur psychologique chez l'être humain, directement liée à sa capacité à dériver arbitrairement des relations entre les stimuli, c'est-à-dire inhérente au langage.

La flexibilité psychologique est considérée comme le produit de plusieurs sous-processus [13], qui constituent les différents mouvements thérapeutiques de l'ACT. Ces mouvements thérapeutiques ne sont pas mis en œuvre dans chaque prise en charge mais dépendent des besoins du patient tels que diagnostiqués au travers de l'analyse fonctionnelle. Ainsi, ironiquement, une thérapie d'acceptation et d'engagement peut ne pas consister à développer l'acceptation si le problème central du patient n'est pas l'évitement systématique de ses événements psychologiques. Pour cette raison, il aurait peut-être été plus juste d'appeler ce modèle thérapeutique « thérapie de la flexibilité psychologique ».

Ces mouvements thérapeutiques, détaillés ci-après, sont souvent regroupés autour de trois axes principaux [14]⁹ :

- Etre ouvert à l'expérience : ne pas chercher systématiquement à contrôler la présence des émotions et des pensées douloureuses, dont une part très importante de la capacité à faire souffrir découle de l'énergie mise à les éviter
- Etre attentif et conscient : pouvoir discerner les stimuli internes des stimuli externes alors que les réponses relationnelles dérivées s'évoquent automatiquement et en permanence, créant une confusion entre les deux catégories de stimuli
- Etre actif : l'apprentissage relationnel n'engendre pas que de la souffrance. Il permet aussi d'ajouter du sens aux stimuli de notre environnement et à nos actions. Il s'agit ici d'aider le patient à identifier ce qui est important pour lui et à agir pour s'en rapprocher.

2.2 Apaiser le rapport conflictuel du patient à ses événements psychologiques : Défusion et acceptation

Les comportements destinés à se débarrasser de pensées ou à faire cesser des états émotionnels non désirés sont souvent au centre des problématiques psychologiques. Ils prennent des formes très variées (prise de toxiques, automutilations, tentatives de suicide, compulsions, hyperphagie, etc.).

Dans l'ACT, l'objectif est de développer une ouverture aux pensées et aux émotions, afin de limiter le caractère systématique des évitements. On cherche à redonner au patient le choix de rester en présence de ces émotions et de ces pensées lorsque cela lui permet d'agir en direction de ce qui est important pour lui.

Plus spécifiquement, pour ce qui concerne le travail sur les pensées (un mouvement thérapeutique appelé « défusion » dans l'ACT), la thérapeute aide le patient à distinguer les pensées des événements ou des stimuli qui s'y rapportent. Il conduit le patient à prendre conscience que ces deux ensembles de stimuli, bien que partageant certaines fonctions, ne sont pas de même nature. Il s'agit en quelque sorte d'aider le patient à prendre conscience du mécanisme de réponse relationnelle dérivée et de son caractère arbitraire. Le but est de remettre les pensées à leur place de stimuli internes, de rendre les comportements plus indépendants de ces pensées et plus sensibles à leurs conséquences directes.

La défusion se développe au moyen d'exercices qui visent à aider le patient à focaliser son attention sur la forme des pensées, sur le phénomène de pensée lui-même, plutôt que sur leur contenu, c'est-à-dire, sur les évaluations, les jugements, les conclusions, etc., qu'elles

⁹ L'ACT est aussi souvent présenté selon six axes thérapeutiques, dans une figure appelée *hexaflex*. Pour plus de détails sur ces six axes thérapeutiques, voir [15]

véhiculent. *In fine*, contrairement à ce qui est proposé dans la démarche de restructuration cognitive en TCC par exemple, il ne s'agit pas ici de questionner le bien fondé des pensées, mais davantage de s'interroger quant à leur utilité, dans ce contexte et en regard des buts du patient, afin de décider, le cas échéant, de prendre en compte leur contenu.

Lorsque ces pensées sont considérées comme inutiles par le patient, voire contreproductives, dans ce contexte et pour les buts qu'il s'est fixés, il s'agit alors de ne pas interagir avec leur contenu. On proposera au patient de ne pas argumenter contre ces pensées ou se questionner sur leur véracité, mais de les accueillir en tant qu'événements qui arrivent à la conscience, sans implication notable.

De la même façon, le patient est conduit à développer un rapport pragmatique à ses émotions et aux tentatives répétées pour les contrôler¹⁰. Pour développer l'acceptation des émotions, la thérapeute aide le patient à établir un inventaire de toutes ses tentatives pour faire disparaître ou contrôler les émotions qui lui posent problème, ainsi qu'un bilan le plus exhaustif possible de leur efficacité et de leur coût. Au cours de cette démarche, appelée « désespoir créatif » dans l'ACT, le patient prend généralement conscience que la lutte contre ses émotions a créée plus de souffrance qu'elle n'en a soulagée. La lutte contre les émotions est en effet le plus souvent soit faiblement ou provisoirement efficace (la souffrance diminue un peu mais revient rapidement, obligeant à lutter constamment), soit à l'origine d'autres émotions douloureuses (le mal-être disparaît provisoirement, par exemple après une consommation d'alcool, mais fait apparaître de la culpabilité, elle-même à l'origine d'autres évitements, soit efficace mais très couteuse (par exemple la patiente empêche l'apparition de sa peur en ne sortant plus de chez elle mais ne voit plus ses amis).

Sur la base de ces constats, la thérapeute invite le patient à explorer une stratégie qu'il n'a pas encore essayée. C'est cette recherche de variation qui entraîne l'apparition de l'acceptation des émotions. Cette démarche consiste à ne pas interagir avec ses émotions difficiles, à ne pas agir dans le but d'en modifier l'expérience. Il s'agit d'être davantage ouvert à leur présence et de laisser l'expérience émotionnelle se déployer. C'est particulièrement lorsque la lutte contre les émotions gêne les actions importantes aux yeux du patient, ou concerne des états émotionnels apparaissant fréquemment et/ou de longue date, que la thérapeute invite le patient à se concentrer sur ces actions et à ne plus se consacrer à lutter contre les émotions qui lui posent problème. L'acceptation n'est, pour cette raison, pas une résignation qui bloquerait dans l'inaction : elle est une inaction uniquement vis-à-vis des émotions qu'on ne parvient pas à contrôler efficacement, durablement, sans coût associée. Elle n'est pas non plus un blanc-seing aux événements, qui la rapprocherait d'une vision fataliste de l'existence : seules les émotions sont la cible de l'acceptation, c'est-à-dire, des stimuli internes, non les stimuli externes.

2.3 Développer l'attention et un sens de soi basé sur l'observation

Pour parvenir à se poser la question de l'utilité d'une pensée et pouvoir choisir ses comportements en présence d'émotions, il est d'abord nécessaire de discerner ces événements psychologiques. Or, le mécanisme de réponses relationnelles dérivées implique que les stimuli externes et les stimuli internes sont souvent confondus. De plus, pensées et émotions sont souvent fugaces et automatisées. Le propre du langage intérieur est de rassembler le locuteur et

¹⁰ Entre autres attaches épistémologiques, l'ACT se fonde sur la philosophie pragmatique de Charles Sanders Peirce, William James, John Dewey et George Herbert Mead. Voir en fin de cet article.

l'auditeur en une même personne, ce qui implique une forme de langage concaténée et allusive [16] En quelques sortes, on se parle à mi-mot, ce qui rend la prise de conscience de ce langage intérieur plus difficile. Enfin, l'attention est rarement portée sur ces événements internes, vraisemblablement parce qu'ils font partie de notre expérience habituelle et sont présents en continu.

Pour toutes ces raisons, un apprentissage du développement attentionnel vers ces stimuli internes contribue à gagner en flexibilité psychologique. L'observation fine des stimuli internes aide à diminuer la réactivité à ces stimuli et redonne le choix de l'action, limitant ainsi leur évitement automatique et systématique.

Dans ce but, les stratégies proposées au patient dans l'ACT correspondent peu ou prou aux pratiques méditatives dites de pleine présence/conscience. Contrairement à ces approches cependant, cette démarche n'est pas proposée systématiquement à chaque patient mais dépend de l'analyse fonctionnelle de ses difficultés. Il arrive fréquemment que des patients n'aient pas besoin de développer cette compétence, soit parce qu'ils la maîtrisent déjà, soit parce que leur problématique concerne prioritairement d'autres aspects, comme la fusion ou la connaissance de ce qui fait sens pour soi. De même, l'entraînement à porter son attention sur les stimuli internes n'est pas proposé de façon intensive dans l'ACT. On vise plutôt l'*insight* que l'augmentation d'une capacité. Il s'agit ici de contribuer à la flexibilité psychologique, c'est-à-dire de donner la possibilité de porter son attention volontairement sur les stimuli internes lorsque c'est utile. L'objectif est de retrouver le choix d'agir en fonction de ces stimuli, et non d'être en contact le plus fréquemment possible avec eux. Du point de vue de l'ACT, transmettre au patient une stratégie unique en réponse à ses événements psychologiques, et lui proposer son déploiement sans discernement du contexte et des buts, comporte le risque d'une perte de flexibilité psychologique.

L'observation des stimuli internes en tant que stimuli, c'est-à-dire distincts de soi, peut enfin être favorisée par l'observation de la perspective depuis laquelle ces stimuli sont perçus. Certains exercices de l'ACT permettent par exemple l'observation du caractère permanent de cette perspective, par contraste avec la fluctuation constante et rapide des pensées, des émotions et des sensations.

Pour qu'il y ait perception, il faut quelqu'un qui perçoive, quelque chose de perçu, et que les deux soient distincts. L'observation de cette agentivité dans la perception, de sa permanence et de sa différenciation avec les stimuli internes, contribue au développement de l'acceptation et de la défusion et favorise l'engagement dans l'action. En effet, percevoir le Soi comme différent des événements psychologiques qui se succèdent diminue le sentiment de menace du Soi et l'obligation à contrôler ces événements psychologiques. Le Soi constitue le contexte d'apparition de ces pensées et de ces émotions, une perspective toujours présente quelle que soit la valence et l'intensité de ces événements psychologiques. De ce fait, l'observation du Soi comme immuable contribue au développement de la flexibilité psychologique, car le choix des actions est davantage lié aux aspirations de la personne qu'à la présence d'émotions et de pensées douloureuses.

2.4 Aider le patient à retrouver du sens et à agir vers ce qui compte pour lui

L'apprentissage relationnel n'entraîne pas uniquement le partage de fonctions aversives entre les stimuli. Il est aussi à l'origine d'un partage de fonctions appétitives. Ainsi, nos comportements peuvent revêtir un caractère symbolique appétitif à nos yeux, qui s'ajoute à

leurs conséquences directes. On ne mange pas uniquement pour s'alimenter par exemple, mais aussi parce qu'on incarne dans cette action des valeurs qui nous sont chères (un rapport à son éducation, au vivant, à sa santé, aux autres, etc.).

La prise de conscience de ces aspects symboliques appétitifs et de leur incarnation dans l'action contribue au développement d'un sentiment d'épanouissement et de réalisation. Dit autrement, pour l'ACT, la bonne santé psychologique est directement liée à la fréquence d'engagement dans des actions représentant des aspects symboliques importants pour soi, et à la prise de conscience de ces aspects symboliques. C'est la diminution drastique de la fréquence de ces comportements dits « engagés », en raison de la perte de flexibilité psychologique, qui constitue le réel symptôme dans ce modèle. A l'inverse, l'action engagée en direction de ces « valeurs » y constitue l'objectif thérapeutique ultime.

En premier lieu, il s'agit donc pour le thérapeute d'aider le patient à identifier les domaines de son existence particulièrement importants à ses yeux, les raisons pour lesquelles ils le sont, et la façon dont il souhaite s'y comporter. Le plus souvent, ces valeurs sont impliquées dans les actions empêchées par la lutte contre les pensées et les émotions qui posent problème au patient. Elles peuvent alors, par exemple, être révélées par une exploration de la souffrance du patient liée à ce qui lui manque, plutôt qu'à la présence de symptômes tels que définis par l'approche catégorielle des troubles psychologiques. Par exemple, un patient qui consulte pour des obsessions idéatives peut souffrir avant tout de ne pas pouvoir être le père qu'il veut être car il est accaparé par la lutte contre ces obsessions au moyen de compulsions. Ou encore, une patiente est empêchée dans son épanouissement à partager avec l'autre car elle privilégie la mise à distance de la honte de son apparence physique et s'interdit pour cette raison de rencontrer un partenaire.

Une fois ces valeurs identifiées, le thérapeute invite sa patiente à mettre en œuvre la plus petite action en leur direction. Si elle est d'accord, la patiente s'engage à réaliser cette action valorisée, quelles que soient les émotions et les pensées difficiles qui pourraient apparaître. Il ne s'agit pas d'encourager la persévération dans la recherche de contrôle des événements psychologiques difficiles. Au contraire, on cherche à favoriser l'approche des situations à l'origine d'un épanouissement, même si elles engendrent des émotions, des pensées et des sensations aversives. Lorsque les valeurs ont été correctement identifiées et suffisamment mises en évidence, leur capacité renforçante supplante la capacité punitive des événements psychologiques aversifs. Le patient retrouve alors la capacité de choisir, en fonction du contexte, s'il souhaite s'éloigner de la souffrance –donc aussi de l'épanouissement–, ou s'il préfère s'approcher des deux.

L'engagement dans des actions valorisées, généralement associé au développement ou au recouvrement de la flexibilité psychologique, constitue l'aboutissement d'une thérapie d'acceptation et d'engagement. Il signe donc la fin de la thérapie.

3 Exemple clinique

[Non présenté dans le draft – voir la version publiée]

4 Un positionnement épistémologique affirmé

Au-delà d'un ensemble de techniques thérapeutiques, l'ACT a, dès ses origines, précisément défini le positionnement épistémologique qui gouverne sa méthodologie thérapeutique [17]. La connaissance de ces aspects épistémologiques éclaire la démarche thérapeutique et fournit au thérapeute des lignes directrices lui permettant d'adapter sa pratique à chaque patient.

A un niveau épistémologique global, l'ACT affirme la place de la psychologie parmi les sciences du vivant et, à ce titre, revendique sa place parmi les sciences de l'évolution. Ces dernières se construisent autour du processus de sélection par les conséquences : se reproduisent les patterns adaptés au contexte où ils s'expriment [18] (voir Figure 3).

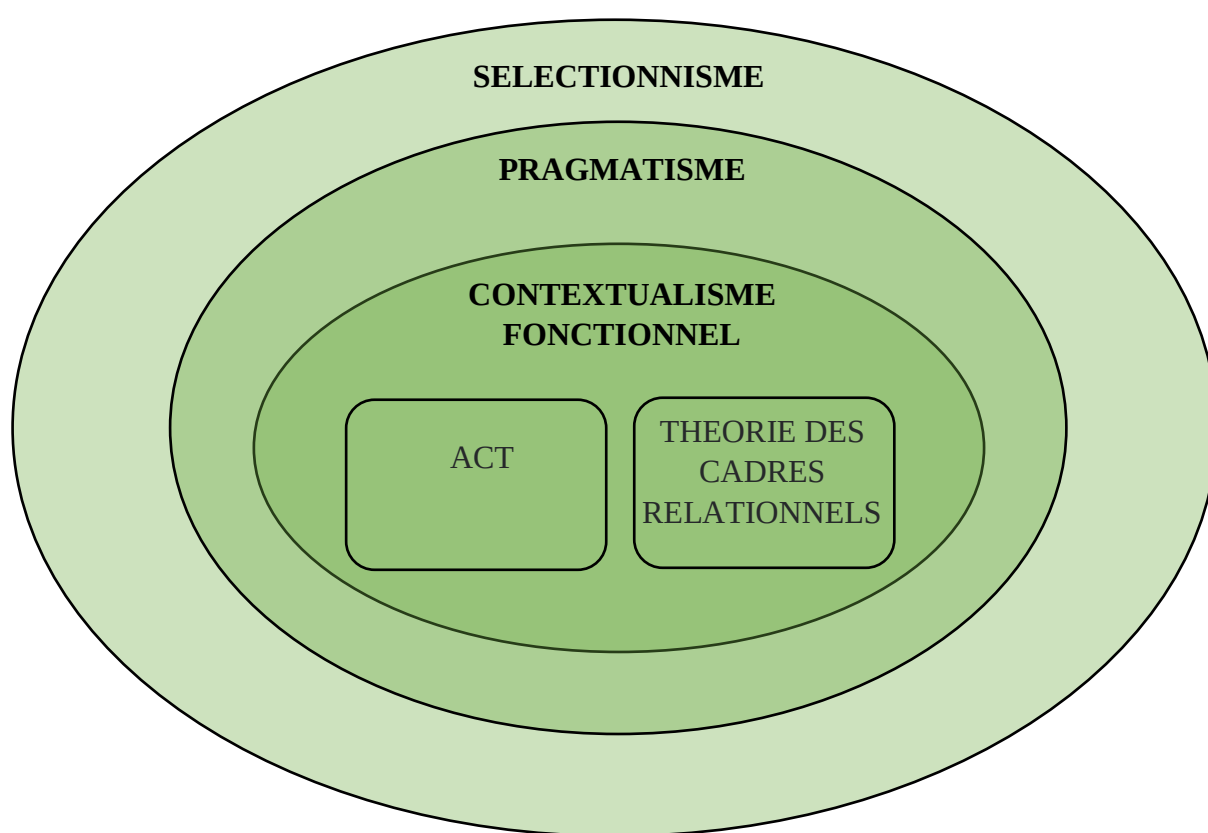


Figure 3 : Emboîtement des différents positionnements épistémologiques de l'ACT

L'ACT correspond à une application en psychothérapie du modèle sélectionniste. Il ne s'agit pas de proposer une explication génétique et phylogénétique aux comportements comme le propose la psychologie évolutionniste, mais de les envisager comme autant de variations, sélectionnées ou non au cours de la vie de chaque individu, en fonction de leur adéquation à leur contexte. La notion de flexibilité psychologique découle en effet directement du modèle sélectionniste. La flexibilité psychologique correspond à une variabilité comportementale vis-à-vis des stimuli internes. La variabilité a été mise en évidence comme déterminante par les

sciences de l'évolution en ce qu'elle assure de plus grandes chances d'adaptation à des contextes en constant changement.

A un niveau théorique plus précis, et inclus dans le modèle sélectionniste, l'ACT s'inscrit également dans la philosophie pragmatique construite, en autres, par William James. Dans cette approche, est vrai ce qui est utile pour atteindre le but qu'on s'est fixé. En clinique, il s'agit d'aider le patient à faire le point sur l'utilité de ses comportements, non en fonction de ce qu'il en pense, de ce qu'en disent les autres, ou de règles, mais en fonction de leurs conséquences réelles pour le patient, à court comme à long terme, et dans tous les domaines de son existence. De même, il ne s'agit pas d'analyser le bienfondé ou la véracité d'une pensée, mais d'en interroger l'utilité pour atteindre ce qu'on souhaite atteindre. Ainsi, aucune pensée ni aucune émotion n'est considérée comme intrinsèquement bonne ou mauvaise, normale ou pathologique. Chaque pensée est évaluée dans le contexte de ce qu'on veut atteindre, et les comportements encouragés sont ceux qui montrent leur utilité dans cette direction.

Plus précisément enfin, l'ACT, comme la théorie des cadres relationnels sur laquelle elle se construit, s'inscrit dans un courant appelé « contextualisme fonctionnel ». Dans ce courant de pensée, l'intérêt se porte sur la fonction des comportements, c'est-à-dire, sur leur capacité à modifier l'environnement dans lequel ils apparaissent, plutôt que sur leur forme. De plus, chaque comportement est considéré comme indissociable du contexte dans lequel il apparaît. Aussi, la définition du comportement y est globale, puisqu'elle recouvre « tout ce que fait un individu » [19]. Dans cette approche, les cognitions sont considérées comme des comportements à part entière, qualifiés parfois de comportements « privés » ou « couverts », en raison du fait que la seule la personne à même de les observer est celle qui agit. Par exemple, tenter de faire baisser sa peur en se remémorant un souvenir agréable est considéré dans cette approche comme un comportement, bien qu'il ne soit pas accessible à un observateur extérieur.

Comme tous les comportements, ces comportements privés présentent une forme, une fréquence et des conséquences, qui déterminent en retour leur apparition future. L'analyse porte donc sur la forme, la fréquence et les conséquences des comportements publics comme des comportements privés, évalués dans leur contexte précis d'apparition. Leur fonction dans leur contexte est au centre de l'analyse, sans leur attribuer *a priori* de statut ou de fonction particuliers. Cette analyse est menée avec le patient, à qui ces idées de contextualisme et de fonctionnalisme sont transmises (de façon adaptée). Cela permet de l'aider à appréhender ses pensées et ses émotions différemment, en tant qu'événements sans fonction ou statut définitif, mais dépendants du contexte et de ses objectifs, ce qui contribue à la flexibilité psychologique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Hayes S., Strosahl K. D. & Wilson K. Acceptance and Commitment Therapy: Second edition, the process and practice of mindful change. New york: Guilford, 2012.
- [2] Gloster A. T., Walder N., Levin M., Twohig M., Karekla M. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *J Contextual Behav Sci.* 2020; 18: 181-92.
- [3] David D., Montgomery G. H. The Scientific Status of Psychotherapies: A New Evaluative Framework for Evidence-Based Psychosocial Interventions. *Clin Psychol.* 2011; 18(2): 89-99.
- [4] Hayes S. C., Barnes-Holmes D., Roche B. (eds.). Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press, 2001.
- [5] Skinner B. F. Contingencies of reinforcement : a theoretical analysis. New York : Appleton-Century-Crofts, 1969.
- [6] Weiner H. Conditioning history and human fixed-interval performance. *J Exp Anal Behav.* 1964; 7(5): 383-5.
- [7] Hayes S. C., Zettle R. D., Rosenfarb I. Rule-following. Dans: Catania C., Shimoff E., Matthews B., Hayes S. Rule-governed behavior. Boston, MA: Springer; 1989. p. 191-220.
- [8] Leighty K. A., Grand A. P., Pittman Courte V. L., Maloney M. A., Bettinger T. L. Relational responding by eastern box turtles (*Terrapene carolina*) in a series of color discrimination tasks. *J. Comp. Psychol.* 2013; 127(3): 256.
- [9] Steele D., Hayes S. C. Stimulus equivalence and arbitrarily applicable relational responding. *J Exp Anal Behav.* 1991; 56(3): 519-55.
- [10] Dougher M. J., Augustson E., Markham M. R., Greenway D. E., Wulfert E. The transfer of respondent eliciting and extinction functions through stimulus equivalence classes. *J Exp Anal Behav.* 1994; 62(3): 331-51.
- [11] Dougher M. J., Hamilton D. A., Fink B. C., Harrington J. Transformation of the discriminative and eliciting functions of generalized relational stimuli. *J Exp Anal Behav.* 2007; 88: 179-97.
- [12] Wegner D. M., Schneider D. J., Carter S. R. III, & White T. L. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol.* 1987; 53(1) : 5-13.
- [13] Monestès JL. La flexibilité psychologique : un méta-processus responsable des difficultés psychologiques. Dans : Monestès J.L., Baeyens C. L'approche transdiagnostique en psychopathologie - Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques. Paris : Dunod ; 2016. p. 85-99.
- [14] Harris R. ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland (CA): New Harbinger Publications, 2009.
- [15] Monestès JL., Villatte M. La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT. Paris : Elsevier Masson, 2011.

[16] Vygotski L. Pensée et langage. Paris : La dispute. 3ème édition, 2003.

[17] Hayes S. C. Making sense of spirituality. Behaviorism. 1984 ; 99-110.

[18] Monestès JL., Hayes S. C. Evolutionary Principles in Psychotherapy: An Integrative Framework for Clinical Practice. Dans Comprehensive Clinical Psychology, 2nd edition. Oxford: Elsevier; à paraître.

[19] Catania A. C. (Ed.). Contemporary research in operant behavior. Glenview, IL: Scott Foresman, 1968.

POUR ALLER PLUS LOIN

OUVRAGES

Bach P., Moran D. J. ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publications, 2008.

Hayes S., Strosahl K. D., Wilson K. Acceptance and Commitment Therapy: Second edition, the process and practice of mindful change. New york: Guilford, 2012.

Monestès JL. (Ed). ACT - La thérapie d'acceptation et d'engagement en pratique. Paris : Elsevier Masson, 2017.

Monestès JL., Villatte M. La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT. Paris : Elsevier Masson, 2011.

SITES INTERNET

<https://www.contextualscience.org>

<https://www.flexibilitepsychologique.fr>