

Chapitre 5

LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (ACT): UNE APPROCHE COMBINANT LA PLEINE CONSCIENCE ET L'ACTION

THANH-LAN NGÔ
ET FRÉDÉRIK DIONNE

« L'ACT se propose de montrer comment, plutôt que de lutter intérieurement pour changer votre vie, vous pouvez vivre vraiment et pleinement : avec votre passé et non malgré lui ; avec vos souvenirs, vos peurs et vos peines. »

S. Hayes et Smith (2013).

Pensez moins pour être heureux (p. 1). Paris, Eyrolles

INTRODUCTION

L'ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement) est une thérapie comportementale de la « troisième vague ». Hayes (2004) décrit en effet trois vagues successives en thérapie comportementale, chacune découlant de la précédente. La première vague, la thérapie comportementale traditionnelle, est popularisée dans les années 1950 et 1960 et apparaît en réaction aux limites perçues de l'approche psychanalytique. L'approche comportementale vise l'observation, la prédiction et la modification du comportement par le biais des principes opérants et répondants (Skinner, 1953 ; Watson, 1924 ; Wolpe, 1958). La deuxième vague, se basant sur les neurosciences et les observations cliniques, examine le lien entre les

cognitions dysfonctionnelles et les comportements inadaptés. La thérapie cognitive place les cognitions au centre de son modèle. Elle postule que les émotions et les comportements sont médiés par les processus cognitifs. Dans les années 1980 et 1990, les thérapies cognitive et comportementale fusionnent pour former la «TCC traditionnelle», la forme de thérapie qui fait l'objet du plus grand nombre d'études cliniques à ce jour (Roth et Fonagy, 2005). Elle regroupe un ensemble d'interventions (Mansell, 2008) dont les prémisses sont les suivantes (Dobson et Dozois, 2001) : les pensées ont une influence sur les émotions et les comportements, les pensées peuvent être remises en question et modifiées, les changements comportementaux désirés découlent d'une modification cognitive.

Malgré la popularité de la TCC, la théorie et certaines méthodes sont remises en question, notamment quant au rôle prépondérant accordé aux pensées dans le développement et le maintien des problèmes psychologiques (voir Ngô, 2013). Par exemple, certaines études démontrent que la TCC ne produit pas nécessairement ses résultats par le mécanisme des changements cognitifs, c'est-à-dire qu'on peut observer une amélioration symptomatique sans effectuer de restructuration cognitive (Longmore et Worrell, 2007). Devant ce constat, les thérapies comportementales de la troisième vague proposent depuis les années 2000 de nouvelles méthodes qui permettent de vivre autrement les expériences internes problématiques. Ces approches populaires, basées sur la pleine conscience et l'acceptation, ne visent pas la modification des pensées, même si elles semblent faussées et dysfonctionnelles. Elles cherchent plutôt à changer la *relation* de l'individu à ses symptômes. Elles cultivent chez les patients une attitude d'acceptation, soit la volonté d'être en contact avec des événements psychologiques, sans chercher à les éviter ou leur permettre d'influencer excessivement le comportement (Butler et Ciarrochi, 2007). Ce chapitre décrit la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ; *Acceptance and Commitment Therapy* ; Hayes, Strosahl, et Wilson, 2012), une des thérapies prototypiques de la troisième vague. Il se penche sur le rôle de la méditation de pleine conscience dans cette approche, présente une brève recension des écrits concernant l'application de l'ACT à des problèmes cliniques et fournit quelques exemples cliniques.

LES FONDEMENTS DE LA THÉRAPIE ACT

Une vision du monde basée sur le contextualisme fonctionnel

Selon Pepper (1942), les scientifiques adoptent un ensemble de pré-somptions au sujet de la science. Dans la vision mécaniste, une théorie

scientifique est vraie lorsqu'elle correspond à la réalité. Les mécanistes croient qu'une théorie psychologique doit permettre de découvrir la vraie nature des processus psychologiques et des liens associés (p.ex. : de cause à effet), afin de prédire ce que les êtres humains feront dans différentes circonstances. Dans ce schème, l'esprit est comparé à une machine. Les pensées « dysfonctionnelles » et émotions « problématiques », peuvent être réparées, modifiées ou supprimées.

Les contextualistes, de leur côté, croient qu'il n'est pas possible de connaître la réalité objective de façon définitive, entre autres parce qu'il peut se produire des erreurs de perception, de mesure, d'interprétation des données sur l'objet que le scientifique (ou le clinicien) tente d'étudier. Les théories scientifiques ne nous permettent pas de connaître la « Vérité avec un grand V », mais elles peuvent organiser notre façon d'appréhender le monde afin d'agir de façon efficace. Elles sont « vraies » si elles permettent de prédire et de modifier le comportement humain (c'est le contextualisme fonctionnel). La vérité objective est hors d'atteinte, car tout dépend du contexte au sein duquel un comportement est produit. Par exemple, en préparation à un examen, un étudiant anxieux se dit : « Je n'y arriverai pas à temps. » Cette pensée peut, à première vue, paraître irrationnelle ou inefficace. Cependant, en tenant compte du contexte et de l'effet qu'une pensée produit (sa fonction), le thérapeute pourrait découvrir que cette pensée est efficace puisqu'elle aide l'étudiant à trouver la motivation et l'énergie nécessaires pour se mettre en action. Dans l'ACT, les pensées et les émotions ne sont donc plus des symptômes dont il faut se débarrasser pour bien vivre, mais plutôt des expériences normales qui ne peuvent être séparées de leur contexte d'apparition.

LA THÉORIE DES CADRES RELATIONNELS

La TCR (théorie des cadres relationnels) est une théorie comportementale du langage et de la cognition chez l'humain. Elle considère que le langage, un comportement verbal, est un comportement opérant. Ce que l'on fait, dit ou pense est influencé par ce qui a été renforcé dans des circonstances similaires passées. Alors que Skinner (1957) considérait que le comportement verbal était un opérant comme les autres, Hayes, Blackledge et Barnes-Holmes (2001) le décrivent comme un opérant relationnel. Le langage crée constamment des liens entre les stimuli (objets, personnes, pensées, souvenirs, émotions, etc...) qui modifient la façon de percevoir et de réagir à ces mêmes stimuli. Ces liens, appelés « cadres », sont hiérarchiques, temporels, d'opposition, de distinction, de comparaison, etc. Par relation d'équivalence, une image ou une pensée peut engendrer la même émotion

que l'événement auquel il se réfère parce que la fonction du stimulus est transférée de l'objet au mot qui sert à le décrire. Un individu peut donc tenter d'échapper aux pensées ou aux émotions désagréables de la même façon qu'il éviterait les lieux d'un accident, par exemple. Aussi, par relation d'opposition, un sentiment de souffrance peut être déclenché par l'évocation d'un événement heureux. En effet, un patient pourrait se dire : « Je me sens enfin bien », puis se sentir anxieux en ayant la pensée : « Et si jamais cela ne durait pas ? ». L'élaboration verbale ou le langage rend presque impossible l'évitement des événements psychologiques puisque ces stimuli peuvent être mis en relation à l'infini, de façon totalement arbitraire.

Le langage met en lien des stimuli de façon à changer leurs fonctions. L'application de dérivations logiques simples à des stimuli permet d'en arriver à des conclusions inexactes, abstraites et ténues. Par exemple, « les élèves intelligents ont de bonnes notes », « les élèves avec de mauvaises notes sont inférieurs », « j'ai eu une mauvaise note », « Julie a eu une bonne note ». Par processus de dérivation, l'individu en vient à conclure : « je ne suis pas intelligent », « je suis inférieur », « je suis moins intelligent que Julie ». Les individus apprennent donc à évaluer leurs expériences de façon arbitraire (p. ex., « Les femmes qui n'ont pas de conjoints sont indésirables. ») et agissent comme si ces évaluations et ces règles étaient une vérité absolue (par exemple, se juger parce qu'on se croit indésirable). Comme le langage est omniprésent et aide à résoudre plusieurs problèmes, les êtres humains en viennent à surestimer le caractère véridique de leurs pensées. Le langage a souvent plus d'influence que l'expérience directe, même lorsque celle-ci contredit les pensées. Par exemple, une personne peut se croire indésirable, même si elle reçoit fréquemment des compliments sur son apparence. Selon la TCR, le langage permet d'effectuer de façon formelle et abstraite des liens rapides entre les stimuli, ce qui permet d'agir de façon efficace. Elle le fait en : 1) dérivant des relations entre les événements (par exemple, intelligence = avoir de bonnes notes) ; 2) créant des liens entre eux dans de vastes réseaux relationnels (par exemple, « Julie a de bonnes notes », « j'ai une moins bonne note », « elle est plus intelligente que moi ») et 3) transférant les fonctions entre les événements reliés (par exemple, la mauvaise note crée la même émotion que par la pensée « je ne suis pas intelligente »). C'est la base du langage humain et des cognitions. Par contre, cette faculté cognitive peut également augmenter la détresse et entraîner un comportement inflexible et inefficace.

L'ÉVITEMENT EXPÉRIENTIEL : UN FACTEUR COMMUN AUX PSYCHOPATHOLOGIES

L'évitement expérientiel est un facteur commun à diverses psychopathologies comme l'anxiété ou la dépression (Hayes et coll., 2006; Ruiz, 2010). Il s'agit de la tendance à éviter d'entrer en contact avec ses pensées, images mentales, souvenirs, émotions ou sensations physiques difficiles. Par exemple, un patient pourrait consommer de l'alcool de façon excessive afin d'échapper à de pénibles souvenirs d'abus. La recherche démontre que tenter de supprimer les pensées et les émotions amène un « effet rebond » (les expériences reviennent sans cesse avec une fréquence et une intensité plus grandes; Wenzlaff et Wegner, 2000).

L'évitement expérientiel conduit à la rigidité comportementale : à force de limiter le contact avec les émotions et les pensées désagréables, une personne tend à restreindre son répertoire comportemental. Une personne anxieuse qui tente de contrôler ses craintes ou ses inquiétudes ou bien d'y échapper dès qu'elles surviennent parviendra de moins en moins à agir en direction de ce qui compte pour elle. Agir dans le but d'éviter les expériences internes plutôt que de progresser vers l'accomplissement de ses valeurs et objectifs finit par nuire considérablement à la qualité de vie. Le modèle de l'ACT soutient que la majorité des troubles psychologiques sont le produit de cette perte de variabilité comportementale et psychologique.

La fusion cognitive est la propension à considérer ses pensées de façon littérale et à y réagir automatiquement (Blackledge, 2015). Par exemple, un patient ayant un trouble obsessionnel compulsif se dit après avoir touché une poignée de porte : « J'ai les mains sales, je dois les laver afin de prévenir une maladie » et il accomplit son rituel. Ce raccourci est un phénomène naturel inhérent aux processus cognitifs. Dans ce cas-ci, le contenu psychologique domine le comportement, c'est-à-dire que l'individu agit en fonction de ses pensées même lorsque ses actions sont contreproductives. Lorsque l'individu adhère à certaines règles renforcées socialement (p. ex., « l'anxiété est dangereuse », « je dois contrôler mes émotions »), la fusion cognitive peut mener à l'évitement expérientiel. Le modèle thérapeutique de l'ACT vise notamment à réduire l'emprise de ces deux processus centraux.

LE MODÈLE THÉRAPEUTIQUE DE L'HEXAFLEX

L'hexaflex représente les six processus travaillés au sein d'une thérapie ACT pour favoriser la flexibilité psychologique. Tel qu'il est illustré à la Figure 1, il repose sur trois axes thérapeutiques. Le premier axe (ouvert) met l'accent sur l'ouverture à l'expérience par l'acceptation des symptômes

douloureux et la défusion des pensées qui leur sont associées. Le deuxième axe (conscient) favorise la présence à l'expérience, c'est-à-dire le contact avec l'instant présent, le développement de la flexibilité attentionnelle et le changement de perspective face à ses propres événements psychologiques par le soi comme contexte. Le troisième axe (engagé) vise l'identification et la clarification des valeurs ainsi que l'engagement de la personne dans des actions qui lui sont importantes (Monestès et Villatte, 2011). Ce modèle constitue le socle sur lequel repose l'évaluation du patient et les interventions thérapeutiques.

En psychothérapie, les processus psychologiques de l'ACT sont mis en avant par le biais d'exercices expérientiels, de métaphores, de paradoxes et d'enseignements psychoéducatifs. L'approche expérientielle implique un apprentissage qui repose sur un contact direct avec les antécédents (déclencheurs) et les conséquences de ses comportements (Villatte, Villatte, et Hayes, 2015). En d'autres mots, au lieu d'expliquer notre compréhension ou de parler de l'ACT (un apprentissage basé sur des règles selon la TCR), le patient est amené à s'exposer directement aux éléments de son contexte interne et externe (pensées, émotions, actions et conséquences). Les métaphores et exercices expérientiels, par exemple, fournissent un apprentissage puissant sur les plans émotionnel et perceptuel et permettent d'explorer de nouvelles façons d'agir et de penser. Dans son arsenal technique, le thérapeute qui utilise l'ACT peut emprunter des méthodes et des techniques appartenant à d'autres approches thérapeutiques (gestalt, thérapie centrée sur les solutions, TCC traditionnelle) et à des traditions orientales (comme le bouddhisme). Ces méthodes sont toutefois adaptées au contexte du modèle de l'hexaflex et s'inscrivent donc dans une conceptualisation différente.

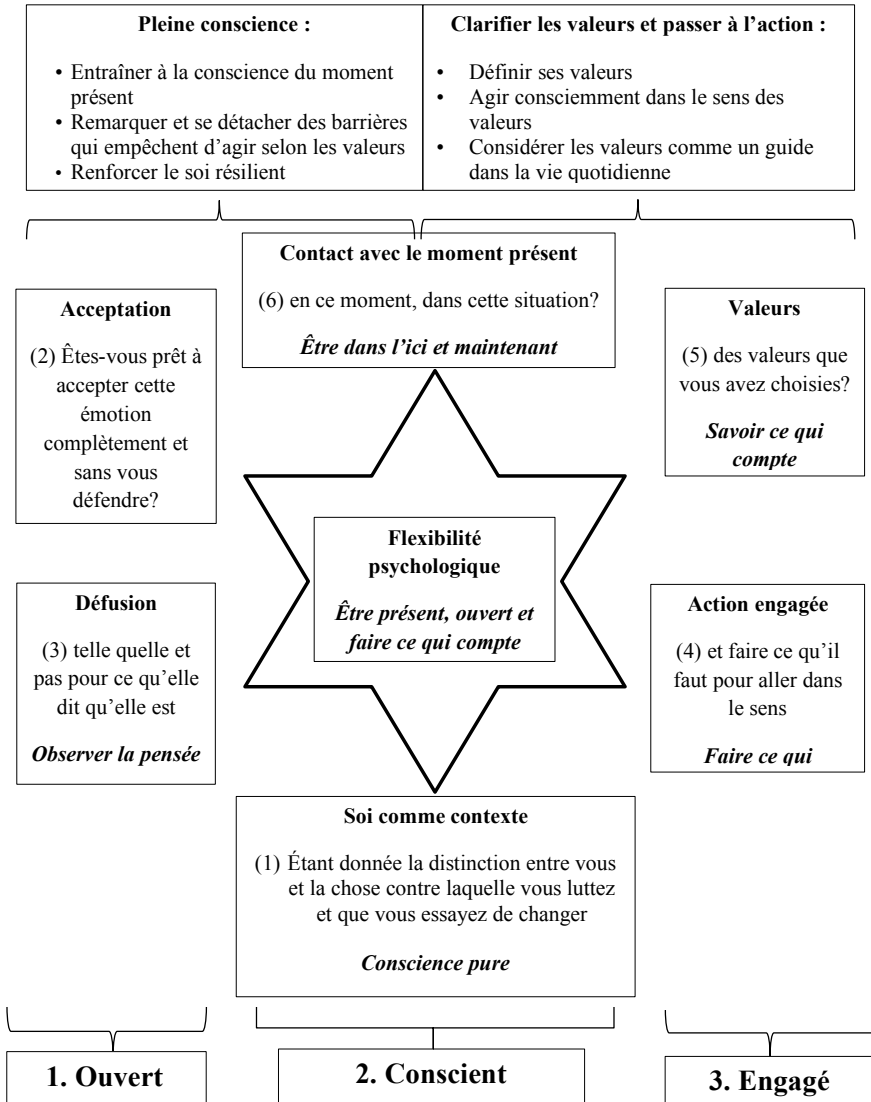
Quand un thérapeute se familiarise avec l'ACT, il intervient sur la plupart ou sur tous les processus de l'hexaflex dans la majorité ou toutes les séances. Les protocoles traditionnels de l'ACT recommandent l'ordre suivant :

- Défusion et acceptation
- Moment présent et flexibilité attentionnelle
- Soi comme contexte
- Valeurs et actions engagées

Il s'agit d'un moyen commode de décrire les processus ciblés de façon prioritaire à chaque séance. Cependant, il est difficile d'imaginer une séance purement centrée sur l'acceptation sans aborder les valeurs et vice-versa,

Figure 1

Hexaflex de l'ACT (adapté de Harris, 2009; Flaxman, Blackledge et Bond, 2011; Flaxman, Bond et Liveheim, 2013; Hayes et coll., 2012)



étant donné l'interrelation entre les processus et la nécessité d'être flexible dans l'application du modèle. Avec des clientèles comme les couples, les patients qui assimilent bien ainsi que les patients non volontaires ou non motivés, Harris (2009) recommande de commencer le travail thérapeutique avec les valeurs et les actions engagées. Effectuer un travail sur les valeurs en début de traitement peut, en effet, améliorer la motivation du patient, favoriser l'activation et l'exposition aux sensations redoutées. Dans la prochaine section, nous décrirons les processus de l'hexaflex ainsi que le rôle de la pleine conscience dans l'ACT.

LE RÔLE DE LA PLEINE CONSCIENCE DANS L'ACT

La pleine conscience (c'est-à-dire, le fait de porter une attention d'une manière particulière, délibérément, dans le moment présent et sans jugement, selon Kabat-Zinn, 2009) est un outil central dans l'ACT. Dans ce modèle, la pleine conscience peut être comprise comme la convergence des axes 1 et 2, soit des quatre processus de la partie gauche de la Figure 1 : l'acceptation, la défusion, le soi contexte et le moment présent. Expliquons d'abord ces processus qui peuvent se développer notamment au moyen de la pleine conscience.

L'ACCEPTATION VS L'ÉVITEMENT EXPÉRIENTIEL

Le thérapeute cible l'acceptation lorsque l'évitement expérientiel empêche l'individu d'agir en fonction de ses valeurs. Il s'agit de permettre aux pensées et aux émotions d'être ce qu'elles sont, peu importe si elles sont plaisantes ou déplaisantes. Comme il est impossible de se débarrasser des pensées et des émotions (comme nous l'enseigne la recherche), il vaut mieux apprendre à réagir différemment. Le thérapeute invite l'individu à être en contact direct avec les événements internes (par exemple, l'anxiété ou la douleur) sans chercher à en modifier la forme ou tenter d'en diminuer l'intensité. C'est un comportement intentionnel qui modifie la fonction des expériences internes : ces dernières ne sont plus des événements à éviter, mais plutôt des objets à observer avec intérêt, qui accompagnent de façon inévitable l'action engagée. La pleine conscience est, à certains égards, un acte d'acceptation (Wilson et Dufrene, 2015). La posture non jugeante de la pleine conscience est reprise dans la dimension d'acceptation de l'ACT.

Si l'individu tient absolument à contrôler les symptômes, le thérapeute peut avoir recours au « désespoir créatif » (Hayes et coll., 2012) pour permettre à l'individu de cheminer vers l'acceptation des expériences externes et internes, tout en laissant de côté ses stratégies excessives de contrôle. Par

le questionnement socratique, le thérapeute peut explorer : 1) les stratégies passées ; 2) l'efficacité de ces stratégies pour atteindre ses buts (qualité de vie) ; 3) les coûts associés à ces stratégies. Le Tableau 1 ci-dessous présente quelques méthodes d'acceptation.

Tableau 1
Méthodes d'acceptation

Méthodes d'acceptation	
1.	Objectiver une émotion : le thérapeute invite le patient à penser à un problème, à noter les émotions et les sensations physiques associées, à imaginer sortir l'émotion de son corps pour pouvoir la contempler sur le sol devant lui, à imaginer qu'elle a une couleur, une forme, une texture, à noter la réaction face à l'émotion, à la placer à côté de l'objet initial et à la réintégrer à l'intérieur de son corps.
2.	Respirer à l'intérieur de cette sensation. C'est comme si l'air y entraînait et en sortait.
3.	Noter où se trouve cette sensation. Noter où elle est la plus intense. Noter les points chauds et les points froids. Noter les différentes nuances dans la sensation.
4.	Poser une main sur la partie du corps où la sensation est la plus intense. Imaginer que c'est une main guérisseuse – Envoyer de la chaleur sur cette zone pour s'ouvrir à elle, lui faire de la place, la prendre avec douceur.
5.	Observer où se trouve cette sensation dans le corps. Se concentrer sur elle. L'observer comme un scientifique qui découvre une nouveauté.

DÉFUSION VS FUSION COGNITIVE

Il y a fusion cognitive lorsque l'individu est prisonnier de ses pensées et qu'elles déterminent son comportement. Par exemple, une personne présentant un trouble panique évite de sortir, car elle est convaincue que ses palpitations cardiaques indiquent qu'elle fait une crise cardiaque, et ce, malgré plusieurs examens négatifs. Le thérapeute cherche à transmettre l'idée selon laquelle les pensées ne sont que des pensées, plutôt que le reflet exact de la réalité. Pour ce faire, au lieu de chercher à confronter ou à remettre en question les pensées du patient, le thérapeute cherche à modifier le rapport avec les pensées (par exemple, en contemplant la pensée sans y donner suite, ajouter le syntagme « *j'ai souvent la pensée* que je fais une crise cardiaque, mais ce n'est qu'une pensée »). En diminuant l'attachement au contenu littéral des pensées et en cultivant une distance entre l'individu et le contenu psy-

chologique, la défusion permet à l'individu d'agir de façon flexible même en présence de pensées désagréables.

La pleine conscience est, en soi, une stratégie de défusion. Elle favorise l'observation des pensées sans se laisser « hameçonner » par elles. Pour l'ACT, il y a plusieurs façons de parvenir à la défusion, sans méditer formellement. Le Tableau 2 présente quelques méthodes de défusion.

Tableau 2
Les techniques de défusion

Méthodes de défusion	
1.	Modifier les paramètres du discours et le style: Répéter une pensée problématique à voix haute pendant 30 secondes, jusqu'à ce que l'on n'entende que le stimulus auditif. Il est possible de répéter la pensée en imitant un personnage de bande dessinée (par exemple, <i>Minnie Mouse</i>) ou en chantant sur un air connu (par exemple, sur l'air de « Joyeux anniversaire »).
2.	Remplacer « mais » par « et » (par exemple, « Je veux commencer mon programme de marche, et je n'ai pas d'énergie » au lieu de « Je veux commencer mon programme de marche, mais je n'ai pas d'énergie »). Remarquer l'impact différent de chacun des énoncés.
3.	Traiter la pensée comme un objet externe en lui conférant une forme, une taille, une couleur, etc.
4.	Remercier votre esprit pour la pensée. Après tout, il est là pour assurer votre survie.
5.	Traiter l'esprit comme une entité distincte de soi. Parler du cerveau en ces termes: « Le cerveau invente des histoires »; « Le cerveau est une machine à penser »; « Le cerveau aime les histoires d'horreur »; « Et que répond votre cerveau? » etc.
6.	Imaginer que les pensées sont comme des passagers turbulents dans un autobus. Ils peuvent être bruyants et tenter de vous dire quoi faire et où aller mais vous seul avez le volant.
7.	« J'ai la pensée »: Noter la pensée (par exemple, « je suis X ») puis ajouter « j'ai la pensée que je suis X » puis ajouter « j'observe que j'ai la pensée que je suis X ». Cet exercice crée une distance avec les pensées.

La défusion cognitive requiert la création de contextes non verbaux, non évaluatifs et qui diminuent les fonctions de régulation inutiles des événements cognitifs. Autrement dit, en observant la pensée qui évolue dans le paysage mental sans l'analyser, sans la juger, sans s'y identifier, avec curiosité et ouverture, l'individu parvient à la prise de conscience métacognitive

selon laquelle : « Les pensées ne sont que des pensées, pas des faits. » Notons que la défusion est toujours temporaire. L'individu répète donc le processus (prendre du recul, se désengager de la pensée) lorsque la pensée est un obstacle et lorsqu'elle l'empêche d'agir de façon habile. Il apprend ainsi, de façon expérientielle, que les pensées ne contrôlent pas les actions.

LE CONTACT FLEXIBLE AVEC LE MOMENT PRÉSENT VS LES PENSÉES ORIENTÉES VERS LE FUTUR OU LE PASSÉ

Un meilleur contact avec le moment présent peut contrer les processus de fusion et d'évitement expérientiel. Il permet d'accueillir les expériences avec ouverture et de créer cette distanciation au regard des pensées. L'individu est amené à orienter son attention de façon intentionnelle et flexible sur le monde psychologique interne et externe, instant après instant, et ce, sans porter de jugement (Hayes et coll., 2013). On fait intervenir le « soi comme contexte », la capacité d'observer et de décrire, sans jugement des pensées, des émotions et des sensations corporelles. Le contact avec le moment présent permet l'apprentissage par l'expérience directe, plutôt que d'apprendre par des règles verbales parfois rigides.

À l'opposé, les inquiétudes (par exemple, « Et si je n'y arrivais pas ? »), exemples de pensées axées sur le futur, et les ruminations (« Pourquoi ai-je agi ainsi ? »), souvent centrées sur le passé, tendent à interrompre le contact avec le moment présent. Selon l'ACT, ces processus psychologiques contribuent au développement de la rigidité et de l'inflexibilité attentionnelle.

La pleine conscience est l'une des interventions les plus directes pour induire le contact avec le moment présent. Les exercices de méditation peuvent favoriser ce contact. Par exemple, la centration sur la respiration invite le patient à focaliser son attention sur la sensation de la respiration et à décrire les sensations corporelles associées. L'ACT intègre des méthodes de méditation en pleine conscience comme la marche consciente, le balayage corporel, la pleine conscience des pensées, etc.

SOI COMME CONTEXTE VS SOI CONCEPT

Le soi comme contexte, ou soi observateur, est un point de vue à partir duquel l'individu peut observer les pensées et les émotions, un espace où ces éléments internes peuvent évoluer sans le dominer. On accède à cet espace psychologique en « remarquant qu'on remarque » ou en étant « conscient d'être conscient ». C'est une forme de « conscience pure » qui facilite l'acceptation pour l'individu qui craint les expériences internes et favorise la défusion lorsque l'individu est fusionné au soi concept (c'est-à-

dire l'idée que je me fais de moi-même : « Je ne suis pas mes pensées », « Les expériences ne me définissent pas ». Elle permet également le choix conscient et l'action efficace en offrant un espace où les pensées et les émotions ne contrôlent pas les actions. Le soi comme contexte augmente la tolérance à la détresse. Les expériences étant moins menaçantes, l'individu n'a plus besoin d'avoir recours à l'évitement expérientiel ou au contrôle excessif et peut faire preuve de flexibilité psychologique. La pleine conscience peut être un moyen puissant de développer le sentiment de soi qui est indépendant du contenu de la conscience. Il permet de développer une position témoin ou d'observateur face aux pensées, aux sensations et aux émotions. Tel qu'il est présenté au Tableau 3, différentes métaphores et techniques peuvent être utilisées :

Tableau 3
Méthodes pour développer le soi comme contexte

Méthodes pour développer le soi comme contexte	
1.	La métaphore de la lampe qui éclaire des meubles dans une pièce noire. La lampe est le soi comme contexte (celui qui remarque), la lumière est le soi comme processus (processus d'observation et de description) et les meubles sont le soi concept (ma définition de moi-même).
2.	La métaphore du ciel (soi comme contexte) et de la météo (soi concept).
3.	La métaphore de l'échiquier : les pièces blanches sont les pensées positives (par exemple, « je suis un gagnant »), les noires sont les pensées négatives (« je suis un échec »). La lutte entre les deux équipes peut requérir beaucoup d'énergie et gaspiller beaucoup de temps. Le soi comme contexte est l'échiquier qui n'est pas impliqué dans la bataille, qui offre un espace pour ces échanges et qui reste en contact intime avec toutes les pièces.
4.	La métaphore de la scène où évoluent les acteurs (pensées, émotions, sensations physiques). Le soi comme contexte observe la scène de son siège, comme un spectateur.

Les deux processus de l'axe 3, les valeurs et l'action engagée, sont moins directement reliés à la pleine conscience. Ils permettent d'opérer des changements concrets dans la vie de la personne par un ensemble d'actions. L'ACT, comparativement à d'autres approches de pleine conscience comme le MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*; Kabat-Zinn 2009) et le MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*; Segal et coll., 2012), accorde un rôle plus important à ce volet de l'intervention. Voyons maintenant comme définir les valeurs et les actions engagées.

CLARTÉ DANS LES VALEURS VS UNE ABSENCE DE SENS

Les valeurs représentent ce que l'individu aimerait accomplir, ce qui est important pour lui, comment il aimerait agir au quotidien. Elles représentent les principes directeurs qui le guident et qui le motivent dans sa vie. Ce sont les qualités choisies qui déterminent les actions intentionnelles de l'individu. Elles sont le moteur de l'action, facilitent l'acceptation et guident l'individu dans la planification d'une vie satisfaisante et empreinte de sens. Elles permettent de clarifier les choix à faire dans différents domaines (par ex. famille, carrière, spiritualité). Le Tableau 4 décrit quelques questions qui aident à identifier les valeurs personnelles.

Tableau 4
Questions clés pour évaluer les valeurs

Questions clés pour évaluer les valeurs
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les choses qui sont importantes pour vous ? • Qu'est ce qui compte dans la vie ? • Dans quelle direction souhaitez-vous vous diriger ? • Qu'est-ce qui vous nourrit ? Qu'aimez-vous faire ? Pensez à des moments où vous vous sentiez engagé, en vie... • Que feriez-vous s'il n'y avait pas d'obstacles ? • Lors de votre anniversaire de 80 ans, lors de vos funérailles, qu'aimeriez-vous qu'on dise de vous ? De ce qui vous tenait à cœur ? • Si vous aviez 24 heures à vivre, que feriez-vous ? Qui visiteriez-vous ? • Si vous héritiez d'une fortune, que feriez-vous avec, à quelles activités vous adonneriez-vous, avec qui ? • Quelles sont vos forces et qualités ? Quelles nouvelles qualités aimeriez-vous acquérir ? • Si vous atteigniez ce but, comment changeriez-vous ? Que feriez-vous différemment ? Comment agiriez-vous avec votre entourage ? • Si ces pensées, émotions, sensations physiques disparaissaient, que feriez-vous plus souvent ? Moins souvent ? • Que détestez-vous chez les autres ? • Quel était votre rêve lorsque vous étiez enfant ? • Qui sont les personnes qui vous inspirent ? Quelles qualités admirez-vous chez ces personnes ?

Afin de clarifier les valeurs, le thérapeute peut utiliser des questionnaires et des formulaires (par exemple, « la cible », « le compas de vie », « Valued living Questionnaire », « Valued action Inventory », « List of common values »). Il peut aussi inviter l'individu à choisir, par exemple,

dans un paquet de cartes qui représentent des valeurs par des images, les trois qui correspondent aux valeurs les plus importantes pour lui en lui demandant les questions suivantes :

- Qu'est ce qui est important pour vous ?
- Quel sens aimeriez-vous donner à votre vie ?
- Si vous pouviez changer une chose dans votre vie, qu'est-ce que ce serait ?

Le thérapeute débusquera également les règles qui mènent à des choix basés sur l'évitement, la soumission sociale (« je devrais valoriser ceci ou cela ») ou la fusion afin d'aider l'individu à choisir les valeurs qui lui tiennent réellement à cœur.

ACTION ENGAGÉE VS INACTION/IMPULSIVITÉ

L'ACT préconise la mise en place d'actions de plus en plus diversifiées, guidées et motivées par les valeurs. L'individu agit de façon flexible, s'adapte aux défis présentés par la situation en persistant dans son comportement ou en le modifiant selon le contexte, et il fait ce qu'il faut pour vivre en fonction de ses valeurs. Le Tableau 5 présente une façon de concrétiser les valeurs en action.

Tableau 5

Un plan d'action pour une meilleure qualité de vie (Dionne, 2014)

Un plan d'action pour une meilleure qualité de vie	
	Quelles sphères de votre vie aimeriez-vous approfondir dans les prochaines semaines ? La famille, les relations intimes, les amis, le travail, la santé, les loisirs.
	Suivez les étapes suivantes :
a.	Nommez les qualités personnelles que vous voulez développer dans cette sphère de vie.
b.	Établissez un objectif à court terme (à l'intérieur d'une année) et/ou à long terme (plus d'un an).
c.	Rappelez-vous la méthode SPORT (Spécifique, Positif, Observable, Réaliste, Temporel). Dressez une liste de plusieurs actions que vous pourriez entreprendre pour avancer dans la direction de votre objectif et de votre valeur.
d.	Hiérarchisez le niveau de difficulté que représente chaque action. Classez-les en ordre croissant, de la plus facile à la plus difficile.
e.	Choisissez une action pour aujourd'hui ou cette semaine, peut-être celle qui représente un niveau de difficulté accessible. Passez à l'action !

En somme, dans l'ACT, la méditation est considérée comme une méthode de développement des habiletés de pleine conscience parmi d'autres. Elle sert à favoriser la résilience, à diminuer l'évitement expérientiel, à promouvoir la défusion et à permettre à l'individu de continuer de construire une vie qui vaut la peine d'être vécue. Le but n'est pas de diminuer les pensées et les émotions indésirables, d'atteindre un état de relaxation ou d'utiliser la pleine conscience en toutes circonstances. Les exercices demeurent souvent brefs alors que les méditations formelles proposées dans les ateliers de MBCT et de MBSR sont d'une durée d'environ 45 minutes.

BRÈVE RECENSION DES ÉCRITS SUR L'APPLICATION DE L'ACT À DES PROBLÈMES CLINIQUES

Il existe actuellement près de 170 essais cliniques aléatoires (ECA) dans le domaine de la thérapie ACT¹. La Division 12 de l'APA (American Psychological Association), la considère comme une psychothérapie « empiriquement validée ». Elle considère qu'elle est un traitement établi appliqué en cas de douleur chronique, compte tenu du nombre d'études concluantes et de leur qualité méthodologique, et qu'elle est probablement efficace pour l'anxiété mixte (plusieurs types de troubles anxieux, syndromaux et subsyndromaux, traités dans la même étude); le trouble obsessionnel compulsif; l'abus de substances et les troubles psychotiques. L'ACT s'applique également à l'acouphène, au stress en milieu de travail, à la trichotillomanie, au surplus de poids, aux troubles alimentaires et à la dépendance au tabac (A-Tjak et coll., 2015; Hayes et coll., 2006; Öst, 2014). Une majorité d'études porte sur la population adulte, mais de plus en plus de recherches s'intéressent aux enfants et aux adolescents (p. ex., Swain, Hancock, Dixon, et Bowman, 2015). Des méta-analyses d'études cliniques aléatoires rapportent un effet d'ampleur de petit à large sur les échelles de mesure à la fin du traitement et au suivi (A-Tjak et coll., 2015; Hayes et coll., 2006; Öst, 2014). La méta-analyse de Hacker et de ses collègues (2016) portant sur 46 études cliniques aléatoires (ECA) rapporte une ampleur d'effet modérée sur l'anxiété et la dépression. Par contre, il n'est pas possible de conclure que l'ACT est plus efficace que des traitements actifs (comme la TCC traditionnelle) pour l'anxiété ou la dépression.

En plus des ECA, il est important de valider les mécanismes qui sous-tendent le traitement (c'est-à-dire, la théorie), cela constituant un standard en matière de donnée probante. L'efficacité de l'ACT et la validité de sa théorie sont appuyées par des études corrélationnelles et de médiation (p.

1. Voir [En ligne], [http://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials].

ex., Ruiz, 2010). En plus des études corrélationnelles, un champ de recherche fondamentale s'est attardé à tester la théorie sous-jacente à l'ACT (Levin, Hildebrandt, Lillis et Hayes, 2012). La recherche fondamentale s'articule autour de deux courants. Le premier courant, qui porte sur la Théorie des cadres relationnels, a offert une contribution substantielle en peu de temps. Selon Dymond, May, Munnelly et Hoon (2010), 174 articles portant sur cette théorie ont été publiés entre 1991 et 2008 (dont 62 articles empiriques et 112 non empiriques). Ces études appuient la théorie, même si certaines hypothèses restent encore à être explorées. Le second courant provient de recherches en laboratoire qui étudient les processus de la flexibilité psychologique. Levin et coll. (2012) ont réalisé une méta-analyse regroupant 66 études menées en laboratoire. Ils y observent des tailles d'effet de petites à modérées pour plusieurs processus de l'ACT (p. ex., acceptation, fusion, valeurs), ce qui, dans ce type d'étude, est acceptable. Ces résultats appuient donc également la théorie sous-jacente à l'ACT. En somme, bien que d'autres travaux soient nécessaires afin d'évaluer l'approche, l'ACT bénéficie d'un appui empirique solide sur les plans théorique et clinique.

CONCLUSION

Contrairement aux thérapies cognitivo-comportementales traditionnelles, les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience ne cherchent pas à modifier directement les pensées même si elles sont biaisées ou dysfonctionnelles. L'ACT, une des thérapies prototypiques de ce mouvement, est une thérapie expérientielle qui amène les patients à entrer en contact avec leurs expériences personnelles au moment présent, sans s'y identifier, sans tenter de les contrôler, afin de leur permettre de poser des actions concrètes et de vivre conformément à leurs valeurs. Dans ce modèle, les émotions, les pensées et les sensations aversives sont des événements psychologiques transitoires inconfortables qui n'ont pas à dicter le comportement et qui font partie de la vie. Comme le mentionne Harris (2009) : « Il ne s'agit pas de se sentir bien, mais de se sentir vivant » (p. 82).

La pleine conscience est utilisée dans l'ACT pour soutenir certains processus thérapeutiques dont la défusion cognitive, l'acceptation, le contact flexible avec le moment présent et le soi comme contexte. Elle permet d'augmenter la résilience, de contrer l'évitement expérientiel, de comprendre, par la distanciation, que les pensées ne sont que des pensées et non des faits et de permettre à l'individu de continuer à construire une vie qui vaut la peine d'être vécue. Le but n'est pas de diminuer les pensées et émotions indésirables, d'atteindre un état de relaxation ou de cultiver la pleine

conscience en toutes circonstances. Dans cette approche, la méditation n'est qu'une méthode de développement des compétences pratiques de pleine conscience parmi d'autres. Avant tout, il est primordial que l'individu puisse poser des actions concrètes pour améliorer sa qualité de vie.

RÉFÉRENCES

- A-Tjak, J.G., M.L. Davis, N. Morina, M.B. Powers, J.A. Smits et P.M. Emmelkamp (2015). «A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems». *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, p. 30-36.
- Blackledge, J.T. (2015). *Cognitive Defusion in Practice: A Clinician's Guide to Assessing, Observing, and Supporting Change in Your Patient*. Oakland, CA, Context Press.
- Butler, J. et J. Ciarrochi (2007). «Psychological acceptance and quality of life in the elderly». *Quality of Life Research*, 16, p. 607-615.
- Dionne, F. (2014). *Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT*. Paris, Payot.
- Dionne, F., T.-L. Ngô et M.-C. Blais (2013). «Le modèle de la flexibilité psychologique: une approche nouvelle de la santé mentale». *Santé mentale au Québec*, 38(2), p. 111-130.
- Dobson, I.D. et D.J. Dozois (2001). «Historical and philosophical bases of the cognitive-behavior therapies». Dans K.S. Dobson (éd.), *Handbook of cognitive behavior therapies*, p. 3-39). New York, NY, The Guilford Press.
- Dymond, S., R.J. May, A. Munnelly et A.E. Hoon (2010). «Evaluating the evidence based for relational frame theory: A citation analysis», *The Behavior Analyst*, 33, p. 97-117.
- Flaxman, P.E., J.T. Blackledge et F.W. Bond (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The CBT distinctive features series*. Hove, Routledge.
- Flaxman, P.E., F.W. Bond et F. Livheim (2013). *The mindful and effective employee: An Acceptance and Commitment Therapy training manual for improving well-being and performance*. Oakland, CA, New Harbinger Publications.
- Hacker, T., P. Stone et A. MacBeth (2016). «Acceptance and commitment therapy – Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials». *Journal of Affective Disorders*, 190, p. 551-565.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA, New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C. (2004). «Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies». *Behavior Therapy*, 35, p. 639-665.
- Hayes, S.C., J.T. Blackledge et D. Barnes-Holmes (2001). «Language and cognition: Constructing an alternative approach within the behavioral tradition». Dans

- S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes et B. Roche (éd.). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*, p. 3-20. New York, NY, Kluwer Academic/Plenum.
- Hayes, S.C., M. Levin, J. Villardaga, J. Villatte et J. Pistorello (2013). « Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy ». *Behavior Therapy*, 44, p. 180-198.
- Hayes, S.C., J.B. Luoma, F.W. Bond, A. Masuda et J. Lillis (2006). « Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes ». *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), p. 1-25.
- Hayes, S.C., K. Strosahl et K.G. Wilson (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). New York, Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Bruxelles, Éditions De Boeck.
- Levin, M.E., M.J. Hildebrandt, J. Lillis et S.C. Hayes (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy*, 43(4), p. 741-756.
- Longmore, R.J. et M. Worrell (2007). « Do we need to challenge thought in cognitive behavior therapy? ». *Clinical Psychology Review*, 27, p. 173-187.
- Mansell, W. (2008). « The seven Cs of CBT: A consideration of the future challenges for cognitive behaviour therapy ». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, p. 641-649.
- Monestès, J.-L. et M. Villatte (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement: ACT*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- Ngô, T.L. (2013). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec*, 28(2), p. 35-63.
- Öst, L.-G. (2014). « The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis ». *Behavior Research Therapy*, 61, p. 105-121.
- Pepper, S.C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA, University of California Press.
- Roth, A. et P. Fonagy (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2^e éd.). New York, NY, Guildford Press.
- Ruiz, F.J. (2010). « A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies ». *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, p. 125-162.

- Segal, Z.V., J.M.G. Williams et J.D. Teasdale (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY, Guilford Press, APA.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behaviour*. New York, NY, Free Press.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. New York, NY, Appleton-Century-Crofts.
- Villatte, M., J.L. Villatte et S.C. Hayes (2015). *Mastering the Clinical Conversation : Language as Intervention*. New York, Guilford Publications.
- Watson, J.B. (1924). *Behaviorism*. New York, NY, Norton.
- Wenzlaff, R.M. et D.M. Wegner (2000). « Thought suppression ». *Annual Review of Psychology*, 51, p. 59-91.
- Wilson, K.G. et T. Dufrene (2015). *La pleine conscience en thérapie. Une approche de la Mindfulness basée sur l'ACT*. Bruxelles, Éditions De Boeck.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA, Stanford University Press.

