

Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale

The psychological flexibility model: a new approach to mental health

Frédéric Dionne, Thanh-Lan Ngô and Marie-Claude Blais

Volume 38, Number 2, Fall 2013

Pleine conscience et psychiatrie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1023992ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1023992ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Dionne, F., Ngô, T.-L. & Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111–130. <https://doi.org/10.7202/1023992ar>

Article abstract

Objective: This paper presents a vision of mental health using the model of psychological flexibility of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT is a representative approach of the third wave of cognitive-behavioural therapy (CBT). This article first describes the theoretical and practical aspects of ACT and, in a second part, reviews some of the empirical data supporting its clinical use. Due to the high rate of comorbidity in mental health settings, transdiagnostic approaches in CBT, such as ACT, have recently become popular and particularly appealing to various clinical settings. *Method:* The theoretical aspects underlying ACT, as well as its clinical components in the treatment of psychopathology were described based on major books in this area, such as Hayes, Strosahl and Wilson (2012). A descriptive literature review was undertaken to explore the data on the efficacy of ACT for the treatment of mental health problems. Psycinfo and Medline, as well as the Association for Contextual Science website were analyzed for relevant articles. The key search terms were: "Acceptance and Commitment therapy" or "ACT" or "acceptance" or "mindfulness" or "defusion." The reference lists of the articles retrieved were also analyzed. The articles that were not in English or French were excluded. *Results:* Data suggest that ACT is particularly effective for stress, anxiety disorders, depression, substance abuse and various chronic medical conditions. The six processes of the model of psychological flexibility have been validated based on the results of correlational and meditational studies. More than seventy randomized clinical trials and a meta-analysis including 18 randomized control trials conclude that ACT is more effective than waiting list, placebo and treatment as usual control conditions. *Conclusion:* ACT is a promising and evidence-based approach in mental health for the treatment of anxiety and depression as well as for complex and chronic conditions. More research is needed to further validate its theoretical model and further refine our understanding of how ACT could be effective for the management of mental health illness and how it could enhance quality of life for people who suffer from these conditions.

Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale

Frédéric Dionne^a

Thanh-Lan Ngô^b

Marie-Claude Blais^c

RÉSUMÉ Cet article présente une vision de la santé mentale fondée sur le modèle de la flexibilité psychologique sur lequel repose la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), une approche représentative de la troisième vague des thérapies cognitives-comportementales. Il vise à exposer la théorie et la pratique de l'ACT et à rendre compte de données empiriques qui soutiennent son utilisation clinique.

MOTS CLÉS troisième vague, thérapie cognitive et comportementale (TCC), thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), efficacité thérapeutique, approches transdiagnostiques

The psychological flexibility model: a new approach to mental health

ABSTRACT *Objective:* This paper presents a vision of mental health using the model of psychological flexibility of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT is a representative approach of the third wave of cognitive-behavioural therapy (CBT). This article first describes the theoretical and practical aspects of ACT and, in a second part, reviews some of the empirical data supporting its clinical use. Due to the high rate of comorbidity in mental health settings, transdiagnostic approaches in CBT, such as ACT, have recently become popular and particularly appealing to various clinical settings. *Method:* The theoretical aspects underlying ACT, as well as its clinical components in the treatment of psychopathology were described based on major books in this area, such as Hayes, Strosahl and Wilson (2012).

a. Université du Québec à Trois-Rivières

b. Université de Montréal

c. Université du Québec à Trois-Rivières

A descriptive literature review was undertaken to explore the data on the efficacy of ACT for the treatment of mental health problems. Psycinfo and Medline, as well as the Association for Contextual Science website were analyzed for relevant articles. The key search terms were: “Acceptance and Commitment therapy” or “ACT” or “acceptance” or “mindfulness” or “defusion.” The reference lists of the articles retrieved were also analyzed. The articles that were not in English or French were excluded. *Results*: Data suggest that ACT is particularly effective for stress, anxiety disorders, depression, substance abuse and various chronic medical conditions. The six processes of the model of psychological flexibility have been validated based on the results of correlational and meditational studies. More than seventy randomized clinical trials and a meta-analysis including 18 randomized control trials conclude that ACT is more effective than waiting list, placebo and treatment as usual control conditions. *Conclusion*: ACT is a promising and evidence-based approach in mental health for the treatment of anxiety and depression as well as for complex and chronic conditions. More research is needed to further validate its theoretical model and further refine our understanding of how ACT could be effective for the management of mental health illness and how it could enhance quality of life for people who suffer from these conditions.

KEYWORDS third wave, cognitive behavior therapy (CBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), therapeutic efficacy, transdiagnostic treatment

Introduction

Plus d'une personne sur deux qui consulte un professionnel de la santé mentale présente un trouble psychologique concomitant au diagnostic principal (Brown, Campbell, Lehman, Grisham et Mancill, 2001). Dans ce contexte, les approches transdiagnostiques et les modèles unifiés en thérapie cognitive-comportementale (TCC), lesquels permettent de traiter différents troubles par un ensemble de principes thérapeutiques communs, sont de plus en plus populaires (Barlow, Allen et Choate, 2004; Mansell, Harvey, Watkins et Shafran, 2009). La thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance et Commitment Therapy*, ACT à prononcer comme « acte »; Hayes, Strosahl et Wilson, 1999; 2012) est une approche transdiagnostique appartenant à la famille des TCC de troisième génération qui présente une théorie unificatrice de la santé mentale. Cette approche est notamment efficace pour la gestion du stress, des troubles anxieux, de la dépression, de l'abus de substance et de conditions médicales variées (Ruiz, 2010). L'objectif de cet article

est de familiariser le lecteur avec des aspects théoriques et pratiques de la thérapie ACT et de résumer des données probantes qui soutiennent son utilisation clinique.

Le modèle théorique de la flexibilité psychologique

L'origine philosophique de l'ACT : le contextualisme fonctionnel

L'ACT soutient qu'il est primordial de préciser les fondements épistémologiques qui sous-tendent la pratique de la psychothérapie. La philosophie de la science de l'ACT est le contextualisme fonctionnel (Hayes, 1993), une version moderne du béhaviorisme radical de Skinner (Jacobson, 1997). Le contextualisme fonctionnel accorde un rôle central aux variables de l'environnement dans le développement et le maintien de la psychopathologie. Il étudie « l'action dans son contexte » en tenant compte des aspects historiques et situationnels des comportements. Selon cette conception, on ne cherche pas à savoir si un comportement ou une pensée est « vrai », mais plutôt s'il est efficace pour atteindre les buts fixés, ce qui fait de l'ACT une approche foncièrement pragmatique. Une action sera évaluée comme efficace dans la mesure où elle permet à l'individu de progresser en direction de ses valeurs personnelles. Une action qui l'éloigne de ses valeurs est évaluée comme peu ou non efficace.

Dans la perspective du contextualisme fonctionnel, on s'intéresse à la *fonction* des comportements dans un contexte donné, c'est-à-dire à leurs conséquences. Des comportements ayant une topographie similaire peuvent avoir une fonction différente selon les contextes. Par exemple, consulter son agenda sert généralement à planifier et organiser ses tâches. Mais dans certains contextes, le temps passé à la consultation de l'agenda sert à diminuer l'anxiété suscitée par les tâches à faire ou à se réassurer; ce comportement devient un problème s'il éloigne la personne de ses valeurs et objectifs (p. ex., terminer les tâches reliées à son travail). À l'inverse, des comportements entièrement différents peuvent avoir une même fonction. Nous pourrions observer que des comportements comme ruminer, travailler, se distraire et éviter des situations peuvent tous avoir une même fonction, laquelle pourrait être d'éviter les ressentis émotionnels douloureux. Dans le cas où les comportements amènent la disparition ou la diminution du ressenti émotionnel désagréable, ils risquent fort d'être renforcés négativement. En d'autres mots, il y a de fortes probabilités

que nous reproduisons les actions qui nous permettent d'échapper à une conséquence désagréable. C'est ainsi que l'évitement des ressentis émotionnels désagréables, inconfortables ou douloureux risque de devenir un mode d'action prédominant, que nous appellerons « évitement expérientiel ».

L'évitement expérientiel au cœur de la psychopathologie

L'ACT postule que l'évitement expérientiel est un facteur commun aux troubles psychologiques. Ainsi, la tendance à éviter d'entrer en contact avec des événements internes comme des pensées, images, souvenirs, émotions ou sensations physiques inconfortables ou désagréables contribue au développement et au maintien de la psychopathologie (Hayes *et al.*, 2012). Par exemple, une personne qui souffre d'agoraphobie mettra en œuvre plusieurs comportements afin d'échapper aux sensations, pensées et émotions inconfortables. Ces comportements peuvent prendre différentes formes comme la fuite, l'évitement, la suractivité, la distraction, la réassurance, les compulsions, les vérifications, le déni, ou même la dissociation. L'évitement expérientiel, évalué notamment via le Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II; Bond *et al.*, 2011; version française de Monestès, Villatte, Mouras, Loas et Bond, 2009), est corrélé à plusieurs problématiques cliniques, incluant l'anxiété, la dépression et les difficultés psychosociales (Hayes et Duckworth, 2006; Ruiz, 2010).

L'évitement expérientiel conduit à la rigidité comportementale : à force de limiter son contact avec des émotions et des pensées désagréables, une personne tend à restreindre son répertoire comportemental. Une personne anxieuse ayant tendance à diriger toute son attention et ses actions vers l'objectif de contrôler ou échapper à ses craintes ou inquiétudes 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 finira par nuire considérablement à sa 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.

Le tableau 1 illustre le modèle de l'ACT qui situe l'individu sur un continuum allant de l'inflexibilité psychologique à la flexibilité psychologique. Ce modèle est fondé sur la théorie des cadres relationnels (TCR; Hayes, Barnes-Holmes et Roche, 2001; Törneke, 2010), une théorie comportementale du langage et de la cognition. On présente

ici les termes à un niveau mitoyen (*middle-level terms*) du modèle avec l'objectif de rendre cette théorie plus accessible. Ce modèle implique six processus psychologiques communs et inter-reliés qui seront expliqués ci-après : (1) acceptation vs évitement des expériences ; (2) défusion cognitive vs fusion cognitive ; (3) soi contexte vs soi conceptualisé ; (4) moment présent et flexibilité attentionnelle vs pensées futures ou passées et inflexibilité attentionnelle ; (5) clarté vs manque de clarté dans les valeurs ; (6) action vs inactivité et impulsivité. Il est possible de regrouper les facettes du modèle en trois axes principaux (Hayes, Villatte, Levin et Hildebrandt, 2011 ; Hayes *et al.*, 2012) : (A) ouvert, (B) centré et (C) engagé.

TABEAU 1 Les processus de la flexibilité psychologique de la thérapie d'acceptation et d'engagement selon Hayes *et al.* (2012)

Les six processus associés à la perte de flexibilité psychologique	Les six processus thérapeutiques associés à la flexibilité psychologique	Les trois axes
1. La fusion cognitive 2. L'évitement expérientiel	1. La défusion cognitive 2. L'acceptation des émotions	} A. Ouvert
3. Les pensées axées sur le futur et le passé 4. Le soi conceptualisé	3. La flexibilité attentionnelle et le contact avec l'instant présent 4. Le soi comme contexte	
5. Le manque de clarté dans les valeurs, <i>compliance</i> 6. L'inaction, l'impulsivité et l'évitement des situations	5. La clarté dans les valeurs 6. L'action engagée	} C. Engagé

L'objectif général de l'ACT est de favoriser la *flexibilité psychologique*, définie comme la capacité à persister ou changer le cours d'une action, même en présence de pensées, sensations et émotions désagréables, afin d'avancer en direction de ce qui est important pour la personne, c'est-à-dire ses valeurs personnelles (Hayes *et al.*, 2012). En psychothérapie, les processus psychologiques de l'ACT sont mis de l'avant par le biais d'exercices expérientiels, de métaphores, de paradoxes et d'enseignements psychoéducatifs. L'ACT emprunte des méthodes et techniques appartenant à d'autres approches thérapeutiques (gestalt, thérapie centrée sur les solutions, TCC traditionnelle)

et des traditions orientales (comme le bouddhisme). Ces méthodes sont toutefois adaptées au contexte du modèle de la flexibilité psychologique et s'inscrivent donc dans une conceptualisation différente.

Acceptation versus évitement des expériences

Étant donné que l'évitement des expériences constitue le problème central de plusieurs troubles psychologiques, une part importante du travail thérapeutique portera sur l'acceptation émotionnelle. Elle consiste à développer chez la personne une attitude ouverte, réceptive, flexible face à ses pensées et émotions (Hayes *et al.*, 2012). Des termes comme « expansion » (Harris, 2009) ont également été proposés. L'acceptation est un processus actif et dynamique, distinct de celui de se résigner, abandonner, tolérer ou contrôler (Hayes *et al.*, 2012). Accepter n'est pas une fin en soi, mais une action qui se déroule chaque jour. Elle n'est pertinente qu'en relation aux actions concrètes posées en regard des valeurs. La personne anxieuse consentira par exemple à s'exposer à des expériences qui suscitent de l'anticipation et de l'inconfort afin de s'adonner à des activités importantes pour elles, comme celles qui concernent les relations interpersonnelles ou familiales ou encore, reliées à sa valeur du travail.

L'acceptation apparaît comme une démarche d'adaptation aux émotions négatives plus efficaces que ne le sont les stratégies de suppression des émotions. Une méta-analyse portant sur une trentaine d'études comparant l'efficacité de diverses stratégies de régulation émotionnelle telles que l'acceptation, la suppression, la distraction et la réévaluation cognitive, démontre que l'acceptation permet une plus grande *tolérance* aux émotions douloureuses comparativement à la distraction et à la suppression (Kohl, Rief et Glombiewski, 2012). Cependant, l'acceptation n'est pas supérieure à ces stratégies pour ce qui est de la diminution de l'*intensité* de la douleur et de la gestion des *affects négatifs*. Cette observation est cohérente avec la théorie de l'ACT qui met l'accent sur l'acceptation et les actions en direction des valeurs, davantage que sur le contrôle ou la diminution des états émotionnels inconfortables ou, encore, des symptômes.

Les personnes qui consultent un professionnel de la santé mentale ont souvent pour objectif d'éliminer, ou du moins mieux contrôler leurs symptômes. Selon l'ACT, le problème réside précisément dans cette recherche de solutions pour contrôler les symptômes, alors qu'elle s'avère inefficace et/ou coûteuse en énergie : « le contrôle est le problème et non la solution » (Hayes *et al.*, 1999, traduction libre, p. 115). Le

désespoir créatif est une stratégie thérapeutique qui consiste d'abord à explorer les bénéfices et les coûts (à court et à long terme) des solutions mises en œuvre pour contrôler ses symptômes, comme ruminer, prendre des anxiolytiques, demander de la réassurance, limiter ses activités. Lorsque cette analyse révèle l'inefficacité des stratégies antérieures (désespoir), il est possible de s'ouvrir à une alternative rarement envisagée auparavant : l'acceptation, c'est-à-dire poser des actions concrètes au quotidien en lien avec les valeurs personnelles, même en présence d'expériences internes auxquelles la personne tentait auparavant d'échapper. Via l'utilisation de métaphores ou d'exercices expérientiels, la personne en vient à réaliser que l'emploi de stratégies de contrôle est inefficace mais ajoute de surcroît une souffrance supplémentaire. Dans l'exercice de la « Souque à la corde » (*Tug of war*; Hayes *et al.*, 2012), par exemple, le thérapeute illustre le combat que mène le client avec ses symptômes (p. ex., son anxiété) qui sont représentés par un monstre (joué par le thérapeute). Le client doit tirer de plus en plus fort afin d'amener le monstre dans le gouffre qui les sépare. Mais pendant que la personne est occupée à se battre contre son anxiété, le thérapeute peut lui faire remarquer que cela ne laisse que très peu d'énergie pour autre chose comme s'adonner à des activités qui sont importantes pour elle. Le thérapeute propose une autre façon d'aborder le problème : laisser aller la lutte (ou le contrôle) des symptômes, qu'on représente dans cette métaphore par l'idée de lâcher la corde. L'ACT propose de remplacer cette lutte incessante et inutile par l'acceptation de la situation telle qu'elle se présente, tout en évitant que le problème ne prenne toute la place et n'empêche de vivre une vie riche et satisfaisante (l'aspect créatif).

La fusion versus la défusion cognitive

Si, à long terme, l'évitement expérientiel nuit à la qualité de vie et empêche la personne d'agir en fonction de ce qui est important pour elle, alors pourquoi continue-t-elle à éviter ? Selon l'ACT, l'évitement expérientiel est un phénomène inhérent au langage et inévitable en raison notamment de l'adhésion à des règles verbales (p. ex., « Je ne dois pas perdre le contrôle ») et à la fusion avec son expérience interne. La fusion cognitive correspond à prendre ses pensées « au mot », de façon littérale (Hayes *et al.*, 2012) et à y réagir automatiquement, comme si elles étaient vraies. La pensée et l'objet qu'elle représente ne font qu'un (Harris, 2009). Lorsqu'il y a fusion avec son expérience interne (p. ex., la personne croit à la pensée « L'anxiété ne s'arrêtera jamais »), elle est

susceptible d'éviter les aspects désagréables de son expérience et d'aggraver du même coup sa souffrance. Une hallucination est une forme extrême de fusion. Dans ce genre d'expérience, tout comme dans les reviviscences d'ailleurs, l'individu réagit à ses perceptions et à ses expériences sensorielles (qui sont réelles) sans être en mesure de réaliser qu'elles sont le produit de son cerveau ou d'une expérience subjective.

Par la nature même du langage, qui consiste à relier des stimuli entre eux, l'évitement des expériences internes est impossible et contre-productif. En fait, non seulement la fusion cognitive est un phénomène naturel, mais elle est aussi utile. Lorsque nous entendons « Attention à la voiture », il est utile qu'une règle verbale nous incite à agir de façon prompte et prudente face au danger. Sans nécessairement avoir déjà fait l'expérience de se brûler la main sur la cuisinière, nous obéissons à la règle qu'il est préférable d'éviter cette situation. Le problème survient lorsque l'adhésion à certaines règles et pensées devient rigide (p. ex., « Je dois garder le contrôle en tout temps », « Cette anxiété me paralyse ; je n'arriverai pas à faire ma journée »). On parle de rigidité lorsqu'un individu agit davantage sous le contrôle de ses règles mentales que de façon flexible en fonction de son contact avec l'expérience présente et les contingences de l'environnement. La fusion cognitive, dans ses manifestations rigides, tend par conséquent à alimenter l'évitement expérientiel et à restreindre le répertoire comportemental de l'individu. Mais il est contre-productif, voire impossible, de chercher à éviter nos expériences internes désagréables. Il vaut donc mieux envisager une solution plus efficace.

La défusion cognitive consiste à voir des pensées comme des pensées, comme des mots, sans plus, et non comme des faits. Imaginons une personne déprimée qui a la pensée suivante : « Je suis inutile. » Un thérapeute l'ACT ne cherchera pas à remettre en question la validité de cette pensée afin d'en réduire l'intensité et la fréquence, mais pourrait suggérer à la personne d'observer sa pensée comme un nuage qui passe dans le ciel, répéter la phrase pendant près de 30 secondes jusqu'à ce que la pensée perde de son sens, chanter cette pensée, imaginer que la pensée est un objet en lui conférant une forme, une taille et une couleur. Ces méthodes visent à réduire le niveau de conviction (p. ex., de 0 à 100 %, *believability*), l'impact des pensées, sans en modifier la forme, ce qui la différencie de la restructuration cognitive. La défusion permet de diminuer l'emprise des pensées sur le comportement. Par exemple, à une personne qui se sent incompétente, le thérapeute pour-

rait suggérer de remplacer le « mais » par « et » dans la verbalisation suivante en plus de la faire précéder par « j'ai la pensée que » : « J'aimerais entreprendre mes tâches *et* j'ai la pensée que je suis incompetent. » Cet exercice de défusion incite la personne à prendre une distance par rapport à sa pensée et à considérer l'idée que ses pensées ne déterminent pas ses actions ; il lui est possible d'agir (en direction de ses valeurs) même si elle est habitée par ce type de pensées.

La défusion est un facteur clé du changement thérapeutique. Dans des études sur la dépression et les troubles psychotiques, l'amélioration après un traitement ACT dépend de l'adhésion (ou la fusion) aux pensées (dépressives ou hallucinatoires) et non de leur fréquence (Gaudio, Herbert et Hayes, 2010 ; Zettle, Rains et Hayes, 2011). Hinton et Gaynor (2011) montrent quant à eux qu'une intervention de trois séances hebdomadaires d'une heure ciblant la défusion chez des étudiants universitaires s'avère fort utile. Elle amène des changements importants et significatifs sur les niveaux de détresse, de symptômes dépressifs, d'estime de soi et de fréquence de pensées automatiques comparativement à la liste d'attente et à la thérapie de soutien. Ces résultats se maintiennent de plus à la relance (1 mois). D'autres études démontrent que la technique *milk, milk, milk* (qui consiste à répéter un mot plusieurs fois de suite jusqu'à ce que le mot perde de son sens et que ne soit plus qu'un son), réduit significativement le niveau d'inconfort et de conviction à l'égard des pensées, comparativement à l'emploi de méthodes de « distraction » et de « contrôle des pensées » (Masuda, Hayes, Sackett et Twohig, 2004 ; Masuda *et al.*, 2009). La prochaine section expliquera comment il nous arrive également de fusionner avec la conception que nous avons de nous-mêmes ou la manière dont nous nous définissons.

Soi conceptualisé versus soi contexte

Lorsqu'on demande aux gens de parler d'eux-mêmes, ils ont tendance à décrire leur « soi conceptualisé » (p. ex., « Je suis psychothérapeute », « Je suis une personne réservée », « Je suis un anxieux, un impulsif, un passionné, etc. »). Lorsqu'une personne s'identifie de façon excessive à ses conceptualisations de soi, il risque d'en résulter de la perte de flexibilité psychologique et une tendance à se comporter exclusivement en fonction de ces façons de se percevoir, qui sont par définition limitées ou réductrices. Par exemple, si une personne s'identifie principalement comme une personne réservée, il y a fort à parier qu'elle évitera les situations ou actions qui contredisent ses représentations du soi,

comme initier la conversation avec des inconnus ou prendre la parole dans un groupe.

Il existe une autre manière d'appréhender le « soi » qui repose davantage sur la prise de perspective et sur l'observation. Le soi comme contexte (ou soi observateur) permet de se voir comme le *contexte* d'apparition des événements internes (Monestès et Villatte, 2011) et non les événements en eux-mêmes (« Je suis un anxieux, un colérique »). Il y a un « Je » à partir duquel on observe les sensations, pensées et émotions (Hayes, 1984) qui est immuable, permanent, et qui offre une perspective métacognitive afin de favoriser l'acceptation des émotions désagréables, la défusion cognitive et le contact avec l'instant présent. S'entraîner à la prise de perspective, à l'exercice de l'observateur (Assagioli, 1971) et à la métaphore de l'échiquier sont parmi les méthodes les plus utilisées en clinique pour contacter le soi contexte (Monestès et Villatte, 2011; Schoendorff, Grand et Bolduc, 2011). Favoriser le développement d'un troisième aspect de soi – le sens de soi comme processus – est une autre façon d'accéder au soi comme contexte. Le sens de soi comme processus consiste à prendre conscience des expériences du moment présent (p. ex., « Je ressens de la colère en ce moment »), une habileté que l'on développe classiquement dans les psychothérapies par la pleine conscience. En somme, le soi contexte est une forme de défusion qui offre une prise de perspective supplémentaire relativement aux événements internes, davantage centrée sur le soi.

Moment présent et flexibilité attentionnelle versus pensées futures ou passées et inflexibilité attentionnelle

La fusion cognitive tend à interrompre le contact avec le moment présent. Deux types de pensées analytiques et centrées sur soi nous éloignent de ce qui se passe dans l'ici et le maintenant : les inquiétudes, associées à l'anxiété et axées sur le futur et les ruminations, concernant le passé et le plus souvent liées à la dépression. Une plus grande flexibilité attentionnelle permet de prendre du recul et d'observer ses pensées afin de se libérer de leur emprise et d'être en mesure d'agir selon nos valeurs. Les méthodes de pleine conscience permettent de développer une attention flexible, volontaire et ouverte sur le moment présent. Dans la pratique, on peut demander à la personne de se centrer sur ses pensées dérangeantes, ses émotions désagréables ou encore ses sensations physiques inconfortables ou douloureuses pendant quelques instants et de les explorer avec curiosité et bienveillance. La « con-

nexion» à l'instant présent pendant que la personne réalise ses activités quotidiennes est aussi une stratégie thérapeutique privilégiée (Harris, 2009). Ramener l'attention à la respiration, un point d'ancrage dans l'ici et le maintenant, chaque fois que l'esprit vagabonde, est un moyen efficace de pratiquer cette conscience du moment. Les pratiques de la pleine conscience proposent des méthodes utiles pour pratiquer la connexion à l'instant présent; elles sont donc non seulement compatibles avec l'ACT, mais en font partie intégrante. Ainsi, les clients seront encouragés à développer une pratique personnelle de méditation en pleine conscience.

Clarté versus manque de clarté dans les valeurs personnelles

L'ACT soutient que chaque personne a en elle tout ce qu'il lui faut pour mener une vie riche et significative (Hayes *et al.*, 2012). Or, pour un grand nombre de personnes, il est difficile d'agir en fonction de ce qui est important pour elles, c'est-à-dire leurs valeurs. En raison de la fusion avec certaines règles apprises, elles tendent à agir dans le but d'éviter les émotions désagréables (renforcement négatif), plutôt que de progresser en direction de leurs valeurs personnelles (renforcement positif). Pour d'autres, le manque de lien entre leurs actions et leurs valeurs personnelles peut entraîner une perte de sens, qu'on rencontre fréquemment chez les personnes déprimées.

Les valeurs sont des patrons d'activités qui sont une source de renforcement positif, intrinsèque et durable pour l'individu (Dahl, Plumb, Stewart et Lundgren, 2009; Wilson et Dufrene, 2011). Selon la théorie comportementale, elles sont des *augmentals*, c'est-à-dire une catégorie particulière de stimuli qui, par le langage, permettent de modifier la valeur renforçante (ou punitive) d'un stimulus (Monestès et Villatte, 2011). Pour reprendre l'exemple de Monestès et Villatte (2011), imaginez qu'on vous donne un banal stylo, mais en vous expliquant que cet objet a servi à Barack Obama pour parapher les documents relatifs à son investiture. Par un simple acte de langage, la valeur du stimulus est changée et ce stylo acquiert tout à coup une fonction appétitive. Au même titre, l'anxiété ressentie à l'approche d'un inconnu pourrait être évaluée positivement et devenir renforçante, si elle s'avère associée à une valeur chez la personne: celle de créer de nouvelles relations. Ainsi, la relation de l'individu à son anxiété est transformée.

Les valeurs sont des conséquences construites par le langage qui se veulent dynamiques, évolutives et choisies librement (plutôt que des actions liées au contrôle par des conséquences punitives ou à la

compliance; Dahl, Plumb, Stewart et Lundgren, 2009; Wilson et Dufrene, 2011). Être un parent présent, un ami authentique, un professionnel compétent sont des exemples de valeurs. Contrairement aux buts, elles sont un idéal qu'on ne peut jamais atteindre.

Dans la pratique, le thérapeute ACT aide la personne à identifier et à reprendre contact avec ses valeurs en observant les moments de vitalité et de souffrance dans la séance de thérapie, en proposant des exercices expérientiels (Monestès et Villatte, 2011; Schoendorff *et al.*, 2011) et en analysant les réponses à des questionnaires comme le Value Living Inventory (Wilson, Sandoz, Kitchens et Roberts, 2010) ou à l'exercice de la cible (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl et Melin, 2012). Alors que dans la TCC conventionnelle, on cherche généralement à augmenter les activités *plaisantes* chez les personnes (p. ex., dans la dépression; Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979), ce sont les actions en direction des valeurs qui sont préconisées dans l'ACT. Ces actions ne sont pas nécessairement plaisantes. Pour un parent, punir son enfant n'est pas une action agréable, mais peut s'avérer auto-renforçante, car elle s'inscrit en cohérence avec les valeurs reliées au rôle de parent. Une fois les valeurs clarifiées, l'engagement dans des actions cohérentes avec ces dernières sera favorisé.

L'action engagée plutôt que l'inactivité et l'impulsivité

L'engagement est le processus de concrétisation des valeurs par un ensemble d'actions (Neveu et Dionne, 2010). L'objectif ultime de l'ACT est d'améliorer la qualité de vie et de permettre à la personne de progresser en direction de ses valeurs personnelles. Ainsi, l'engagement dans l'action ne vise pas les changements cognitifs. Ce passage à l'action en direction des valeurs n'exige pas la modification préalable des pensées et émotions négatives. Une action engagée implique en quelque sorte l'acceptation d'inconforts, un « risque émotionnel » qui exige du courage (Tsai *et al.*, 2009).

Afin de favoriser l'engagement dans l'action, le thérapeute aide la personne à dresser une liste d'objectifs (à court, moyen et long terme) assortis à des actions spécifiques qui l'amèneront à être en contact avec cette source de renforcement qu'est la valeur personnelle. Dans la mise en action de la personne, il est possible pour le thérapeute d'anticiper les obstacles (p. ex., pensées et émotions) qui se présenteront de façon à favoriser l'ouverture relativement à ceux-ci. De fait, les stratégies d'acceptation, de défusion et de pleine conscience outillent la personne

pour faire face aux obstacles et l'aider à persister dans la mise en œuvre d'actions spécifiques.

Le principe de l'action engagée est similaire aux exercices d'exposition aux objets phobiques, une méthode centrale en TCC. En contrepartie, la fonction de l'exposition dans l'ACT diffère de celle de la méthode traditionnelle (Eifert et Forsyth, 2005 ; Hayes et Duckworth, 2006). En effet, l'exposition ne vise pas la diminution des symptômes comme dans la TCC traditionnelle, mais l'amélioration de la flexibilité psychologique et de la qualité de vie. Elle se coordonne donc en relation aux valeurs personnelles de l'individu. Pour une personne souffrant d'agoraphobie, il peut s'avérer plus motivant de prendre le risque de faire une attaque de panique en empruntant le pont, si celui-ci lui permet de se rendre à son travail, une source de valorisation et de contacts sociaux importante pour elle. Le thérapeute rendra explicite ce lien entre « anxiété » et « valeurs ». De plus, l'exposition permet de mettre en pratique les différentes habiletés apprises comme la pleine conscience, le soi contexte, la défusion et l'acceptation, en bref, améliorer sa flexibilité psychologique. Ce n'est pas la durée de l'exposition, ni la diminution des symptômes, voire l'affrontement graduel des situations qui importe, mais la qualité de l'ouverture à l'expérience (Eifert et Forsyth, 2005).

Le déroulement des séances

Le déroulement des séances dans la thérapie ACT s'apparente à celui de la TCC traditionnelle. Bien qu'une évaluation diagnostique (p. ex., selon l'approche du DSM-5) puisse être réalisée, c'est le modèle de la flexibilité psychologique qui sert de guide à l'analyse fonctionnelle (Hayes *et al.*, 2012 ; Monestès et Villatte, 2011). Le thérapeute explore l'histoire du problème de la personne et les difficultés actuelles tout en identifiant les sources de rigidité et de flexibilité psychologiques. Il évalue le degré de flexibilité psychologique selon les six processus qui la déterminent, moment après moment, séance après séance (p. ex., en le situant sur un continuum de 0 à 10 ; la personne apparaît-elle fusionnée avec son expérience interne ? Agit-elle dans le sens de ses valeurs ou évite-t-elle plusieurs situations ?). L'utilisation de questionnaires autorapportés peut compléter l'évaluation (voir Baer, 2010 ; Monestès et Villatte, 2011). La conceptualisation du cas met en évidence les forces et les difficultés de la personne.

Un plan de traitement découlant de cette conceptualisation de cas sera proposé, incluant des stratégies thérapeutiques adaptées. La thérapie implique un travail sur les processus psychologiques reliés à la rigidité psychologique. Les processus du modèle étant inter-reliés, agir sur une composante (p. ex., défusion) aura un effet sur les autres (p. ex., acceptation). L'ACT propose une façon de travailler avec chaque processus plutôt que de prescrire un déroulement prédéterminé établissant un contenu structuré pour chaque séance. Les valeurs sont généralement abordées en début d'intervention pour donner une direction au traitement et soutenir la motivation du client. Le désespoir créatif est une autre intervention utilisée tôt dans le processus. Dans sa forme, l'ACT est davantage expérientielle que ne l'est la TCC conventionnelle. Il est fréquent de débiter une séance de psychothérapie par un exercice expérientiel et de poursuivre ce genre d'exercice à la maison. Il s'agit d'une approche à court terme qui peut s'échelonner sur 1 et 25 séances environ.

Appliquer le modèle de la flexibilité psychologique à soi comme thérapeute

Les thérapies de la troisième vague accordent un rôle central à la relation thérapeutique (Dionne, 2011; Hayes *et al.*, 2012). Tout comme son client, le thérapeute est concerné par les composantes du modèle de la flexibilité psychologique (Pierson et Hayes, 2007; Wilson et Dufrene, 2011). Cela a quelques implications cliniques. On s'attend à ce que le thérapeute soit lui-même flexible et qu'il puisse appliquer les méthodes pour lui-même dans sa vie de tous les jours et dans les séances thérapeutiques. Imaginons un thérapeute qui n'est plus présent à son client, parce qu'il est « coincé » dans des pensées futures ou encore, un thérapeute qui éprouve de l'anxiété ou de la tristesse en entrevue. Un autre thérapeute pourrait tout aussi bien entretenir des jugements négatifs à son endroit (« Je suis un incompetent »; « Je n'arriverai pas à aider cette personne ») ou à l'égard de son client (« Il est paresseux »; « Il fait exprès de changer de sujet pour me contredire »). Les méthodes d'acceptation, de la pleine conscience, de soi contexte et de défusion sont à la disposition du thérapeute afin de l'aider à faire face à ces obstacles et le rapprocher de ses valeurs comme aidant. En somme, le thérapeute tend à être un modèle en termes d'acceptation et de défusion relativement à ses propres comportements internes et à incarner la flexibilité psychologique (Luoma, Hayes et Walser, 2007).

L'ACT est-elle une approche efficace ?

L'efficacité de l'ACT et la validité de sa théorie sont appuyées par des études corrélationnelles, de médiation, fondamentales et cliniques qui seront décrites plus bas. Les résultats de la revue systématique de Ruiz (2010) suggèrent que (1) l'ACT est efficace pour une grande variété de difficultés psychologiques, même dans un format parfois très bref, et (2) les résultats se maintiennent, voire s'améliorent, au suivi. Plusieurs études corrélationnelles ont mis en évidence le lien entre les variables clés de l'ACT (acceptation et évitement expérientiel, défusion, valeurs) et diverses psychopathologies, la qualité de vie ou des conditions médicales. Dans sa revue de 2010, Ruiz synthétise plus de 30 études corrélationnelles et établit que l'évitement expérientiel (mesuré par le l'AAQ-II) est corrélé en moyenne à 0,52 à l'anxiété et à 0,55 à la dépression. Les résultats de ces études tendent donc à appuyer le modèle de la flexibilité psychologique.

Selon David et Montgomery (2010), il est crucial de valider les mécanismes qui sous-tendent le traitement (i. e., la théorie), ceci constituant un standard en matière de donnée probante. En plus des études corrélationnelles et de médiation existantes, tout un champ de recherche fondamentale a testé 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. En 2012, Levin *et al.* ont réalisé une méta-analyse regroupant 66 études menées en laboratoire. Ils y observent des tailles d'effet de modérées à petites pour plusieurs processus de l'ACT (p. ex., acceptation, fusion, valeurs), ce qui, dans ce type d'étude, est acceptable. Ces résultats appuient également la théorie sous-jacente à l'ACT. Mentionnons qu'il serait utile dans le futur que davantage d'études portent sur le soi comme contexte, lequel demeure un processus encore peu documenté.

Il existe actuellement près de 70 essais cliniques aléatoires dans le domaine de la thérapie ACT¹. Une méta-analyse de Powers, Vörding

1 Voir http://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials

et Emmelkamp (2009), regroupant 18 d'entre eux (N = 917), montre que l'ACT est supérieure à la liste d'attente, aux placebos (taille d'effet = 0,68) et aux traitements habituels (taille d'effet = 0,42). Selon cette étude, l'ACT est équivalente au traitement actif (comme la TCC; taille d'effet = 0,18; p = 0,13). Selon la 12^e division de l'American Psychological Association (APA), l'ACT se montre *hautement efficace* pour la douleur chronique et *modérément efficace* pour la dépression, l'abus de substances, l'anxiété mixte et les troubles psychotiques². Certaines failles méthodologiques des études portant sur l'ACT ont été relevées (Öst, 2008). Récemment, Smout, Hayes, Atkins, Klausen et Duguid (2012) ont analysé les essais cliniques aléatoires (N = 33) publiés depuis l'étude de Öst et concluent que les études se sont améliorées sur le plan méthodologique, bien qu'il reste des aspects à peaufiner³. En somme, l'approche ACT est à la fois pragmatique et scientifique; les tenants de cette approche cherchent à appuyer son modèle théorique par les données de recherche – fondamentale et corrélacionnelle – en plus de préconiser la validation de l'approche par les essais contrôlés.

Conclusion

Nous avons présenté le modèle de la flexibilité psychologique de la thérapie d'acceptation et d'engagement en plus d'exposer les principales données qui appuient la validité de ce modèle, de même que son efficacité thérapeutique. Les innovations de l'ACT sont significatives. Cette approche, centrée sur des processus psychologiques, propose des stratégies d'intervention transdiagnostiques. Elle nous apprend toute l'importance de préciser la philosophie qui sous-tend le modèle théorique et nous rappelle la nécessité d'appuyer les méthodes et les processus de changement par des recherches en laboratoire. Pour approfondir sa compréhension de l'ACT, le thérapeute francophone sera intéressé par des manuels tels que ceux de Harris (2012), Monestès et Villatte (2011) et Schoendorff *et al.* (2011). L'ACT gagne en popularité dans la franco-

2 Voir www.psychologicaltreatments.org/

3 Parmi ces critiques, on note: le peu d'entrevues structurées pour établir les diagnostics; les qualités psychométriques faibles des instruments; la description limitée/incomplète du traitement habituel; le fait qu'un seul clinicien administre les deux conditions ne permet pas de départager les variables liées au thérapeute; le manque d'expérience du thérapeute; l'omission d'évaluer le niveau de compétence du thérapeute; ou la crédibilité du traitement perçue par le participant.

phonie et dans le monde. Son organisation officielle, l'Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) compte actuellement plus de 7000 membres (voir www.contextualscience.org pour visiter et adhérer à l'association, laquelle comprend une branche francophone). En somme, l'ACT est une approche prometteuse de la santé mentale dans la prise en charge de troubles fréquents comme l'anxiété et la dépression, mais également dans le traitement de troubles complexes et chroniques.

RÉFÉRENCES

- Assagioglio, R. (1971). *The act of will*. New York: Viking.
- Baer, R. A. (dir.) (2010). *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. et Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230. doi: 10.1016/s0005-7894(04)80036-4
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, J. A. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... et Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. et Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Dahl, J. C., Plumb, J. C., Stewart, I. et Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- David, D. et Montgomery, G. H. (2010). The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 89-98.
- Dionne, F. (2011). L'alliance thérapeutique dans les thérapies cognitivo-comportementales contemporaines. *Psychologie Québec*, 28(2), 24-28.
- Dymond, S., May, R. J., Munnely, A. et Hoon, A. E. (2010). Evaluating the evidence based for relational frame theory: A citation analysis. *The Behavior Analyst*, 33, 97-117.
- Eifert, G. H. et Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness*,

acceptance, and values-based behavior change strategies. Oakland: New Harbinger Publications.

- Gaudio, B. A., Herbert, J. D. et Hayes, S. C. (2010). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy*, 41(4), 543-554. doi: 10.1016/j.beth.2010.03.001
- Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.
- Harris, R. (2012). *Passez à l'ACT: Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Bruxelles: De Boeck.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12(2), 99-110.
- Hayes, S. C. (dir.). (1993). *Analytic goals and the varieties of scientific contextualism*. Reno: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. et Roche, B. (dir.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C. et Duckworth, M. P. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavior Approaches to Pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(3), 185-187. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.04.002
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. et Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. et Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Hinton, M. G. et Gaynor, S. T. (2011). Cognitive defusion for psychological distress, dysphoria, and low self-esteem: A randomized technique evaluation trial of vocalizing strategies. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 164-185.
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 235-243.
- Kohl, A., Rief, W. et Glombiewski, J. A. (2012). How effective are acceptance strategies? A meta-analytic review of experimental results. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 988-1001. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.03.004
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J. et Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43, 741-756. doi: 10.1016/j.beth.2012.05.003

- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K. et Melin, L. (2012). The Bull's-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518-526. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.01.004
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. et Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. et Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F. et Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 477-485. doi: 10.1016/j.brat.2003.10.008
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel, C., Lillis, J. et Washio, Y. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior Modification*, 33(2), 250-262. doi: 10.1177/0145445508326259
- Monestès, J.-L. et Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT*. Paris: Masson.
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G. et Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). [French translation and validation of the Acceptance et Action Questionnaire (AAQ-II).] *European Review of Applied Psychology/Revue européenne de psychologie appliquée*, 59(4), 301-308. doi: 10.1016/j.erap.2009.09.001
- Neveu, C. et Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. [Acceptance and commitment therapy.] *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 63-83.
- Öst. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321.
- Pierson, H. et Hayes, S. C. (dir.) (2007). *Using acceptance and commitment therapy to empower the therapeutic relationship*. New York: Routledge/Taylor et Francis Group.
- Powers, M. B., Vörding, Z. V. S. et Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80. doi: 10.1159/000190790
- 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, 125-162.
- Schoendorff, B., Grand, J. et Bolduc, M.-F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement: guide clinique*. Bruxelles: De Boeck.
- Smout, M., Hayes, L., Atkins, P. W. B., Klausen, J. et Duguid, J. E. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, 16(3), 97-109. doi: 10.1111/j.1742-9552.2012.00051.x

- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: an introduction to relational frame theory and its clinical applications*. United States of America.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. et Callaghan, G. M. (dir.) (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism*. New York: Springer Science + Business Media.
- Wilson, K. G. et Dufrene, T. (2011). *Mindfulness for Two: An Acceptance and Commitment Therapy Approach to Mindfulness in Psychotherapy*. United States: New Harbinger Publications.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J. et Roberts, M. E. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.
- Zettle, R. D., Rains, J. C. et Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior Modification*, 35(3), 265-283. doi: 10.1177/014544551139834