

Les nouvelles approches en thérapies émotionnelles

Christine Mirabel-Sarron

Centre de Psychothérapie Université Paris V- René Descartes

Centre hospitalier Sainte-Anne,

100, rue de la Santé -75014-Paris

Pierre Philippot

Université catholique de Louvain, Belgique

Mirabel-Sarron, C. & Philippot, P. (2015). Les nouvelles approches en thérapies émotionnelles.
In Quintilla, Y & Pelissolo, A. (Eds.) (2015). *Thérapeutique en Psychiatrie : Théories et applications cliniques*. Paris : Masson Elsevier.

PLAN

Introduction

I.- Histoire, genèse des concepts fondateurs :

1.1. T.C.C. de première génération

1.2. T.C.C. de seconde génération

1.3. La troisième vague, les thérapies émotionnelles.

II. Principaux modèles cliniques validés

2.1. Le modèle de Linehan

2.2. Le modèle A.C.T.

2.3. La mindfulness.

III.- Caractéristiques générales des thérapies de 3^e vague

3.1. La forme, la fonction versus les fonctions selon les valeurs personnelles et l'identité

3.2. Méthodes didactiques versus expérientielles

3.3. Le contrôle versus l'acceptation des émotions.

3.4. Modification du contenu des pensées versus distanciation

3.5. Restructuration cognitive versus pleine conscience

3.6. Le rôle de la relation thérapeutique

IV. - Applications cliniques

V. - Actualités en recherche clinique

VI. Conclusions

Introduction :

Le terme "TCC" ne représente pas un modèle théorique ou thérapeutique unique, mais plutôt une large famille de théories et d'interventions qui incluent à la fois les modèles traditionnels et ceux basés sur l'acceptation et la pleine conscience (Herbert, Forman 2009). Ainsi, comme toutes les disciplines scientifiques, les T.C.C. ne sont pas statiques mais en évolution constante. Les théories et technologies établies donnent lieu, de façon continue et inévitable, à de nouveaux développements. Cette évolution naturelle se traduit par le nombre spectaculaire des nouvelles théories et des traitements qui leur sont associés qui impliquent l'acceptation psychologique et la pleine conscience. La dernière décennie a été témoin d'une véritable recrudescence de l'intérêt de ces concepts pour les cliniciens et chercheurs au sein de ce qu'il a été convenu d'appeler la troisième vague des TCC.

Ce chapitre est centré sur la présentation de cette troisième vague, avec un accent tout particulier sur la place essentielle accordée à l'émotion. Après une présentation historique de la genèse de concepts fondateurs et des différentes « vagues », nous présenterons les principaux modèles cliniques de la troisième vague. Ensuite nous discuterons des dimensions et caractéristiques communes à ces modèles. Enfin, nous concrétiserons nos propos dans la présentation d'applications cliniques.

I.- Historique : la genèse des concepts fondateurs.

Le vocable même de troisième vague suggère l'échelonnement de trois paradigmes en TCC. La réalité est un peu plus complexe. Il faut également bien considérer que, plutôt que se supplanter une à une, ces vagues successives ont chaque fois intégré la plupart des acquis du paradigme précédent, pour l'enrichir d'une nouvelle perspective et de nouvelles connaissances.

1.1. T.C.C. de première génération

Si la paternité du paradigme comportemental revient incontestablement à Watson son développement en psychothérapie s'est effectivement réalisé avec les travaux de Wolpe (1958). Sur la base du modèle du conditionnement classique, celui-ci a conçu la procédure de désensibilisation systématique. Son postulat de départ est que les problèmes psychologiques résultent d'apprentissages « aberrants » : un stimulus inoffensif (par ex. un ballon de baudruche) a été associé à une réponse de peur-panique (par ex. en jouant dans la cuisine, une fillette a fortuitement fait exploser le ballon au contact d'une flamme de la gazinière ; elle a cru

que la maison allait exploser). Ces apprentissages « aberrants » entraînent des comportements dysfonctionnels et de la souffrance pour l'individu. Dans notre exemple, il s'agit d'une phobie des ballons de baudruche, qui pourrait prêter à sourire si ce n'était ses conséquences : la phobie s'est maintenue et généralisée chez la fillette devenue jeune femme ; elle évite tout endroit ou événement où elle pourrait rencontrer des ballons de baudruche, ainsi qu'une grossesse désirée en anticipant l'idée de fêtes auxquelles seraient convié son futur bambin, celles-ci comprenant souvent des ballons de baudruche.

Cet exemple illustre le deuxième concept fondamental du paradigme comportemental : les réponses opérantes. Tout comportement qui a pour conséquence une diminution de la détresse est renforcé. Les situations psychologiques problématiques sont souvent caractérisées par des réponses de fuites ou d'évitement. De telles réactions empêchent l'habituation : si l'individu restait face à la situation crainte, la catastrophe ne se produisant pas, celle-ci perdrait son pouvoir d'évocation de peur-panique.

Les deux mécanismes ont été conjugués dans la théorie des deux facteurs de Mowrer (1960) qui est considérée comme la théorie fondant l'ensemble des thérapies comportementales. Dans cette théorie, des situations-stimuli acquièrent, par conditionnement classique, une signification de danger qui déclenche une réaction immédiate de peur-panique (facteur 1). Ensuite, par conditionnement opérant, l'individu apprend que la réponse instrumentale de fuite ou d'évitement diminue, à court terme, la peur-panique. Cependant, à long terme, les réponses instrumentales d'évitement empêchent tout nouvel apprentissage et le dysfonctionnement se maintient.

Dans cette perspective, la réponse thérapeutique est « d'éteindre », par habituation, la réponse dysfonctionnelle et de la remplacer, par un nouveau conditionnement, par une réponse antagoniste, plus fonctionnelle. En pratique, Wolpe a proposé de remplacer les réponses d'anxiété, par une réponse antagoniste de relaxation. Un apprentissage systématique de la relaxation était proposé au patient. Cet apprentissage maîtrisé, l'individu était invité à le mettre en place face aux situations évoquant la panique irrationnelle, en respectant une hiérarchie progressive : d'abord des situations évoquant faiblement la panique, pour en arriver, in fine, à des situations prototypiques de la panique irrationnelle du sujet. D'autres stratégies comportementales ont mis particulièrement l'accent sur les principes de l'apprentissage opérant, comme celles basées sur l'économie des jetons (Skinner: la mise en place d'une réponse saine et fonctionnelle est renforcée par l'obtention d'un jeton. Une certaine somme de jetons donne droit à une récompense désirée par la personne.

1.2. T.C.C. de seconde génération

Initialement, les thérapies cognitives se sont développées indépendamment des thérapies comportementales, et sur une base épistémologique très différente. Alors que les thérapies comportementales étaient les applications directes des théories issues des laboratoires de psychologie expérimentale, les thérapies cognitives ont été créées par des psychiatres cliniciens insatisfaits de leur pratique psychanalytique (Beck ; Ellis). Au départ, les thérapies cognitives reposent sur l'expérience clinique de ses concepteurs, et sur des postulats philosophiques du stoïcisme. Selon l'aphorisme de Marc Aurèle, on ne souffre pas vraiment d'une chose en soi, mais de la représentation qu'on s'en fait ; et cette représentation, nous pourrions la révoquer à tout moment. Le paradigme fondamental des thérapies cognitives est donc que la détresse psychologique résulte d'une perception biaisée des choses, elle-même déterminée par des représentations irrationnelles. Si je conçois autrui comme fondamentalement jugeant et hostile (représentation irrationnelle), je vais être à l'affut de tout signe de désapprobation ou de rejet, et je risque d'interpréter tout signe (par ex., un froncement des sourcils de mon interlocuteur gêné par le soleil) comme une menace. La solution thérapeutique est donc de repérer et de corriger ces erreurs d'interprétation et les représentations qui les sous-tendent.

Malgré leurs origines et leurs postulats différents, les thérapies cognitives et les thérapies comportementales ont rapidement fusionné pour former ce qu'il est convenu d'appeler les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Celles-ci intègrent l'élément cognitiviste central qui avait été négligé par les thérapies comportementales, soit l'importance des représentations et des significations pour l'être humain. De même, dépassant l'approche intellectualisante des premières thérapies cognitives, les TCC se sont ralliés au constat de Bandura (2004) selon lequel tout changement profond et durable d'une représentation passe par un changement de comportement.

Les deux premières vagues ne se sont donc pas affrontées. Elles se sont mutuellement enrichies dans une synthèse originale. Elles partagent le postulat fondamental que la psychopathologie est sous-tendue par un contenu psychologique dysfonctionnel, que ce soit en termes d'apprentissage ou de représentation. L'objectif de la psychothérapie est d'identifier ce « contenu » et de le remplacer par un autre plus fonctionnel.

1.3. La troisième vague, les thérapies émotionnelles.

La caractéristique fondamentale de la troisième vague est précisément de ne plus se centrer sur les « contenus » psychologiques, mais bien sur les processus et attitudes qui concernent ces contenus. Pour reprendre le cas précité d'anxiété sociale, dans une perspective « troisième vague », le thérapeute ne va pas s'attacher à identifier avec précision les différents contenus de représentations et biais cognitifs qui entraînent les erreurs de jugement dans les situations sociales (par ex., la mésinterprétation des froncements de sourcils). Il ne va pas non plus tenter de les modifier (les remplacer par d'autres représentations et jugements plus fonctionnels). Il va plutôt s'attacher à développer la prise de conscience des pensées et émotions qui sont automatiquement activées en situation sociale, à les considérer comme des phénomènes qui sont des productions de notre esprit (et non des marqueurs de la réalité) et à accepter leur présence, sans toutefois les laisser dicter notre comportement.

Le changement fondamental opéré par la troisième vague est donc de se centrer non plus sur le contenu des pensées et émotions, mais bien sur le mode de relation, sur l'attitude de la personne vis-à-vis de ses pensées et émotions. La base commune des différents modèles de la troisième vague a été résumée par Barlow (2004) dans son modèle de la persistance de la détresse émotionnelle (voir Figure 1.). Celui-ci montre que dans une situation où l'individu anticipe une expérience pénible qu'il estime difficilement supportable, cet individu va mettre en place des stratégies d'évitement pour ne pas éprouver le vécu émotionnel pénible redouté. Cependant, ces stratégies d'évitement émotionnel sont souvent vouées à l'échec : les émotions sont des phénomènes internes et peuvent difficilement être évitées. Les tentatives de suppression émotionnelle rendent plus probable les manifestations émotionnelles intempestives et peu contrôlables : intrusions, explosion émotionnelle, etc. Celles-ci viennent renforcer les anticipations aversives et les tentatives de suppression, cadennassant l'individu dans un cercle vicieux. La solution, selon Barlow, est d'amener l'individu à accepter de faire l'expérience de l'émotion pénible sans tenter d'y échapper. Alors, une fois l'émotion éprouvée, l'humeur se rétablit naturellement et le cercle vicieux n'est pas réalimenté.

En pratique clinique, les thérapies de la troisième vague sont apparues dans les années 90 avec la proposition, de manière relativement indépendante, de différents modèles cliniques qui partageaient tous la base commune résumée dans le modèle barlowien de persistance de la détresse émotionnelle. En 1991, Marsha Linehan a proposé la thérapie comportementale dialectique dans le traitement des troubles de personnalité « état-limites ». Peu après, Steven Hays et collaborateurs (Hayes, Strosahl & Wilson, 1996) ont développé le modèle de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement. Enfin, Zindel Segal et Williams Teasdale (2002)

ont protocolisé une forme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. Ces trois modèles principaux sont présentés en détails dans la section suivante.

II.- Principaux modèles cliniques validés

Nous décrivons ces trois approches principales avec leurs bases théoriques, leurs déroulements pratiques, et leurs résultats pour chaque indication clinique pertinente.

II.1 Marsha Linehan (Thérapie cognitive Dialectique ou TCD)

La T.C.D. est un modèle de prise en charge thérapeutique développé par la psychologue américaine Marsha Linehan pour des patients aux troubles de la personnalité « limite (T.P.L.) » ayant des conduites suicidaires et des comportements d'automutilation à répétition (un exceptionnel taux d'actes para-suicidaires, de 70 à 75 % est constaté chez ces patients).

La T.C.D combine des stratégies classiques de T.C.C. avec des pratiques de pleine conscience du moment présent (« mindfulness »), et intègre la notion d'acceptation. Elle a pour objectifs principaux de permettre une meilleure régulation émotionnelle, de diminuer les comportements impulsifs et auto-dommageables, et de stabiliser les processus cognitifs. Ainsi, la T.C.D. partage plusieurs points communs aux T.C.C. de troisième vague, comme l'utilisation de stratégies d'acceptation, l'accent mis sur les émotions, l'enseignement de la conscience du moment présent (présence attentive) et l'importance des variables du thérapeute (Hayes, 2004

II.1.1. Bases théoriques

La théorie bio sociale (Linehan et Schéarin, 1994) consiste en l'hypothèse d'un dysfonctionnement primaire du système de régulation des émotions, qui serait à l'origine du trouble de personnalité « limite », et en permettrait le maintien. Cette dysfonction aurait pour origines un tempérament vulnérable, un environnement invalidant puis leurs interactions. L'environnement invalidant serait un environnement où l'enfant n'a pas appris à cataloguer et moduler ses excitations, à tolérer la détresse, et à croire en ses propres réponses émotionnelles comme des interprétations valides des événements. Il n'apprendrait pas non plus à l'enfant à se décentrer par rapport à sa propre expérience, et à rechercher à l'extérieur des réponses sur comment agir et penser. Par exemple, un comportement suicidaire ou une automutilation aurait pour fonction de diminuer des émotions douloureuses qui ne peuvent être régulées ou tolérées autrement. Ce serait une compensation par carence de régulation émotionnelle.

Selon Linehan la personnalité limite aurait une dysrégulation à quatre niveaux :

- Une dysrégulation émotionnelle prédominante.
- Une dysrégulation interpersonnelle.
- Une dysrégulation comportementale.
- Une dysrégulation cognitive.

Trois types de dilemmes dialectiques s'ajoutent à cette proposition. Chaque dilemme est représenté par deux antithèses :

- l'auto-invalidation versus la vulnérabilité émotionnelle.

Ce dilemme place le patient (et le thérapeute) dans une position où on doit réapprendre à valider la légitimité de ses propres réactions émotionnelles tout en sachant que celles-ci sont normalement « hors de proportion » par rapport à celles de son entourage.

- la compétence apparente versus la passivité active,

Linehan a suggéré ce second dilemme qui peut-être déconcertant en ce sens que le patient souffrant du T.P.L. peut montrer une compétence comportementale surprenante dans certaines sphères de sa vie et, à d'autres moments, agir d'une manière passive et étonnamment inadéquate.

- les crises récurrentes versus l'inhibition des deuils.

Enfin, le troisième dilemme dialectique vise l'atteinte de l'équilibre entre l'expérience de crises perpétuelles et l'inhibition émotionnelle massive de deuils importants. Ici, Linehan insiste sur la présence d'un évitement cognitif chronique des stimuli rappelant diverses pertes significatives qui pourraient être en partie responsable du maintien d'une dysphorie intense chez ces personnes.

Ce fonctionnement, rigide, dichotomique, aboutit à une oscillation entre thèse et antithèse, ne permettant pas une synthèse créative, qui pourrait apporter le changement en dépassant les contradictions. Le cœur du programme thérapeutique est l'apprentissage de la régulation des émotions qui n'a pu se faire du fait des traumatismes précoces et de l'invalidation des émotions du sujet par l'environnement.

La notion d'invalidation des émotions est centrale dans cette théorie : l'environnement social des personnes souffrant du TPL inhiberait le développement d'habiletés adaptatives leur permettant de moduler adéquatement leurs émotions, a priori, intenses, tenaces et présentant un faible seuil d'activation. Typiquement, l'environnement invalidant requiert de l'enfant qu'il exprime de façon dramatique ses émotions avant qu'on ne lui prodigue l'aide et les soins dont il a besoin.

Des outils thérapeutiques empruntés à divers courants psychothérapeutiques (Linehan, 2000), où l'acceptation et la pleine conscience sont utilisées dans le but final de la tolérance aux émotions pénibles et de la régulation émotionnelle en général.

II.1.2. Le déroulement thérapeutique

Il s'agit d'une thérapie multifocale qui comprend la gestion des contingences et de l'environnement, la modification cognitive de la pensée dichotomique, l'exposition aux émotions, le développement des comportements adaptés. L'apport spécifique de Linehan est l'importance qu'elle attache aux compétences interpersonnelles, au système social dans lequel le patient interagit et le rôle de la dysrégulation émotionnelle.

Linehan conceptualise quatre stades distincts dans le traitement T.C.D :

- Le stade 1 de la thérapie vise la stabilisation et la régulation des comportements impulsifs, il comprend, la hiérarchisation des cibles de traitements (comportements suicidaires, comportements interférant avec la thérapie, comportements interférant avec la qualité de vie...), acquérir un comportement efficace pour remplacer un comportement problème.
- Le stade 2 vise la réduction des stress post-traumatiques et le traitement émotionnel par exposition.
- Le stade 3 a pour objectif d'améliorer l'estime de soi et l'autonomie dans la résolution de problèmes.
- Le stade 4 vise le déploiement des capacités à ressentir joie et transcendance.

Le programme thérapeutique comporte plusieurs phases intensives puis de consolidation, la phase intensive peut se répéter. Habituellement la phase intensive dure 4 semaines. Elle comporte à la fois une approche de groupe (12 heures sur un mois) et 1 ou 2 entretiens individuels hebdomadaires. La période intensive se prolonge sur trois mois, elle est renouvelable.

La durée totale du programme est de 1 année environ (avec 2 h en groupe et 1 entretien individuel hebdomadaire). Un travail préalable est nécessaire avant l'intégration dans le programme comprenant une évaluation clinique et psychologique par entretiens et questionnaires. Il s'agit donc d'une psychothérapie très structurée, menée en ambulatoire, et comprenant une psychothérapie individuelle, un groupe d'acquisition de compétences, la mise à disposition d'une permanence téléphonique, la supervision des thérapeutes. . .

II.1.3. Les études d'évaluation

Le nombre d'études montrant l'intérêt de la TCD dans la prise en charge du trouble de la personnalité limite» augmente chaque année, il s'agit de l'indication princeps de ce programme. Six essais effectués entre 1991 et 2003, par les équipes de : Linehan, Koons et Verheul.

On répertorie six études randomisées avec groupe contrôle, avec formation de thérapeutes, leur supervision pendant l'étude : trois études comparent la T.C.D. au traitement habituel, une étude évalue la validité interne du traitement (niveau d'expérience des thérapeutes, sexe, niveau de connaissance, et autres facteurs communs) ; les derniers essais comparaient la T.C.D. à une prise en charge manualisée. Rappelons les critères de sélection des études : une durée de traitement supérieure à 6 mois, des critères d'inclusion précis : patients de sexe féminin, recrutées dans des cliniques de santé mentale ou de traitement des toxicomanies, un diagnostic posé selon un ou deux interviews structurés (*SCID II, Structured Clinical Diagnosis for the DSM IV* ou le *PDE, Personality Disorder Examination*). Les critères d'exclusion étaient la présence de diagnostics de trouble bipolaire, de psychose, ou l'existence d'autre trouble de la personnalité, ou encore le retard mental.

Citons pour exemple l'étude de Linehan et coll. (1991.), avec la T.C.D., chez des femmes désocialisées des quartiers défavorisés. Elle a montré, sur une durée d'un an, une diminution significative des comportements suicidaires et para-suicidaires lors d'une T.C.D. (n = 22), par rapport au groupe contrôle (n = 22). Ce dernier correspondait au traitement « comme d'habitude », fait de thérapie psychanalytique et/ou de soutien. Dans le groupe recevant la T.C.D., le taux d'abandon de la thérapie était réduit de manière significative et les comportements dangereux pour les patientes – tentatives de suicide, prise exagérée de médicaments ou de drogues dures ou douces (para-suicide) – étaient significativement moindres que chez les patientes recevant le traitement habituel. Un taux de 35 % de para-suicide était observé dans le groupe traité par T.C.D. versus 65 % dans le groupe contrôle. Cependant, à la fin du traitement, les deux groupes ne présentaient pas de différence dans le degré de dépression ou d'autres souffrances émotionnelles.

Il faut souligner, l'hétérogénéité des essais publiés qui, même s'ils comparent l'efficacité d'une thérapie sur un même type de population, n'utilisent pas forcément les mêmes critères de comparaison des résultats, limite la généralisation des données obtenues.

Plus récemment, Linehan et al. (2006) ont montré avec un essai contrôlé comprenant 101 patients T.P.L randomisés en deux groupes (pendant un an, traitement habituel par des experts versus T.C.D.) :

- la diminution des TS ;
- la diminution des colères pathologiques,
- la diminution des comportements para-suicidaires,
- un meilleur ajustement social.
- la réduction des jours d'hospitalisations ;
- la diminution des ruptures de suivi dans le groupe T.C.D., après un an de prise en charge.

Les autres applications concernant principalement les troubles des conduites alimentaires de type anorexique-boulimique Woodberry, et al. (2008) ou « beange » (Telch. et al., 2001) et en moindre partie, les troubles de l'humeur bipolaires (Salbach, et al., 2008 ; James, et al., 2008), et se développent désormais envers des populations adolescentes.

II.2. La démarche A.C.T

A.C.T. est l'acronyme d'un nouveau modèle de psychothérapie et de compréhension du langage et des émotions : la thérapie d'acceptation et d'engagement. La première version d'A.C.T., appelée "distanciation compréhensive" a été développée par Hayes et al, dans les années 1985 (Hayes et al., 1986). La publication du premier manuel thérapeutique de l'approche A.C.T. en tant que telle date de 1999 (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999: 2003).

II.2.1 Les Bases théoriques :

L'A.C.T. est issu de plusieurs courants psychologiques et de modèles thérapeutiques distincts parmi lesquels deux axes principaux ont contribué à l'émergence de l'A.C.T. Ils concernent certaines propriétés du langage et de la cognition. L'approche est fondée sur une philosophie contextualiste fonctionnelle.

Les travaux expérimentaux sur le langage ont mis en évidence deux caractéristiques importantes des comportements langagiers. La première est l'insensibilité aux contingences lorsqu'un comportement est sous l'influence d'une règle verbale. Suivre une règle verbale conduit à se détacher des conséquences réelles de ses comportements, ce qui engendre un ajustement moindre à l'environnement et à ses changements. Une trop grande proportion de

ces « comportements gouvernés par une règle » (CGR.), conduit à une rigidité psychologique et à une moindre adaptation de ses comportements à leurs conséquences directes.

Un comportement gouverné par les contingences (CGC) est défini comme un comportement gouverné par ses conséquences propres. A l'inverse, un comportement gouverné par une règle est un comportement gouverné par des antécédents verbaux. Par exemple, je peux refuser de manger une viande dont la date limite de consommation est dépassée parce que j'ai tenté précédemment l'expérience et suis tombé malade (CGC), mais aussi parce que quelqu'un m'a appris que consommer une viande périmée était dangereux (CGR). Dans les deux cas, le comportement paraît identique. Cependant, l'un d'entre eux dépend de ses conséquences directes, alors que l'autre dépend d'antécédents verbaux.

L'autre caractéristique importante du langage est sa capacité à mettre en relation des événements en se basant sur des caractéristiques non-physiques et, souvent, sans apprentissage spécifique. Cet aspect a fait l'objet de nombreux développements au sein de la théorie des cadres relationnels (T.C.R.), modèle sur lequel s'adosse l'A.C.T. et qui s'inscrit dans le champ de l'analyse du comportement. La T.C.R. offre un compte rendu behavioriste de la façon dont les gens créent des réseaux cognitifs par lesquels les événements viennent à être arbitrairement rapprochés les uns des autres. Selon la T.C.R., ces réseaux peuvent être élaborés, mais ne peuvent pas généralement être éliminés. En fait, essayer de supprimer directement ou changer les réseaux aurait souvent l'effet paradoxal de conduire à les élaborer de nouveau.

Les principaux mécanismes mis en évidence par A.C.T. permettent de comprendre comment une personne peut être amenée à essayer d'éviter ses pensées ou émotions, au même titre qu'elle évite une situation concrète désagréable et pourquoi cette tentative est vaine. Ainsi, un mot (par exemple, « accident ») peut déclencher la même émotion (peur) que l'événement concret qui en était à l'origine parce que mot et événement entrent dans une relation arbitraire d'équivalence (c'est la communauté verbale qui définit la relation entre le mot et l'événement concret, et non leurs propriétés physiques). Les mots qui constituent la pensée peuvent donc être aussi désagréables que l'exposition à l'événement qu'ils évoquent. Un cadre relationnel peut donc être défini comme la nature de la relation entretenue par plusieurs stimuli.

Les stimuli peuvent partager des relations de nature très diverses, particulièrement lorsqu'on s'intéresse à leurs caractéristiques arbitraires (non-physiques). Autrement dit, il existe de très nombreux cadres relationnels différents. Ainsi les stimuli de l'environnement

physique et verbal peuvent être reliés dans d'infinies directions, un mot ne peut jamais être totalement mis de côté.

L'A.C.T a pour but de développer la flexibilité psychologique pour agir de manière efficace en accord avec ses valeurs, même dans des situations dans lesquelles le faire provoque la détresse. Selon le modèle d'A.C.T., beaucoup de problèmes dans le vécu, y compris beaucoup de psychopathologies reflètent l'inflexibilité psychologique, ou l'incapacité d'aligner son comportement sur des valeurs choisies dans le contexte des circonstances présentes. Cette inflexibilité résulte à son tour en grande partie de l'évitement de l'expérience, ou de la tendance à essayer d'échapper, d'éviter, de supprimer ou de changer ses expériences stressantes. Hayes et al. vont jusqu'à considérer la plupart des troubles psychopathologiques comme le résultat d'évitements d'expérience. L'A.C.T. résiste à l'évitement résultant de l'expérience par la pratique de la pleine conscience et de l'acceptation psychologique.

L'approche se centre aussi sur la clarification des valeurs individuelles et sur le changement de comportement orienté vers des buts spécifiques tirés de ces valeurs. Plus que toute autre approche des T.C.C., l'A.C.T. évite explicitement de corrélérer le changement de comportement au changement dans le contenu des pensées stressantes, des sentiments, des sensations, des souvenirs, ou d'autres expériences subjectives. Cependant, A.C.T tire beaucoup de ses valeurs scientifiques et emprunte plusieurs de ses stratégies cliniques aux modèles des T.C.C. précédents. A.C.T. emprunte aussi des techniques résultant de l'expérience et l'utilisation fréquente de métaphores et de paradoxes des psychothérapies existentielles antérieures.

II.2.2. La démarche thérapeutique

L'A.C.T. vise à augmenter la capacité à accepter les émotions et pensées désagréables et l'engagement dans des comportements valorisés. Cela se traduit dans la pratique clinique par un travail consistant à limiter l'influence du langage en aidant le patient à se remettre le plus possible en contact avec les conséquences directes de ses comportements.

La thérapie A.C.T. comprend six axes principaux, qui sont travaillés tout au long de la prise en charge. Ils visent à aborder les aspects fonctionnels des comportements ainsi que les difficultés inhérentes aux propriétés du langage. Ces six axes, dénommés, « hexaflex » sont les suivants.

a) L'acceptation. Il s'agit d'une démarche active qui consiste à limiter les évitements et les échappements face aux événements psychologiques désagréables (pensées, émotions,

souvenirs, perceptions). Essayer de contrôler ses événements psychologiques amène à l'échec ; donc à l'émotion douloureuse s'ajoute la culpabilité de ne pas réussir. Le contrôle est le problème, pas la solution. Il faut donc développer l'acceptation (et non la résignation), l'accueil de ses émotions, afin de ne pas vivre la « double peine ».

b) La défusion. Quand on agit en fonction de nos pensées comme si elles avaient toujours raison (fusion cognitive), on n'est plus en contact avec les conséquences de ses actions (insensibilité). Le problème n'est pas le langage mais le langage sans discernement, l'insensibilité totale et inappropriée à l'environnement. Le langage ne reflète pas nécessairement la réalité. Les pensées ne sont pas les événements eux-mêmes et ce qu'elles disent ne sont pas toujours vraies. La défusion vise à conduire à l'appréhension des pensées comme des événements psychiques dont le contenu n'est pas obligatoirement un reflet fiable du réel. Ce travail passe par la mise en évidence du caractère arbitraire du langage. Il s'agit de redonner au langage sa place de convention arbitraire, donc de ne plus agir uniquement en fonction du langage. La fusion cognitive peut être évaluée au moyen du Questionnaire de fusion cognitive (Cognitive Fusion Questionnaire, CFQ28 ; Dempster et al., 2009).

c) Soi comme contexte. Les règles verbales qui attribuent des fonctions aux événements de façon plus ou moins arbitraire peuvent porter sur nous-mêmes. La définition du soi formulée par soi-même ou par les autres et à laquelle on adhère constitue le « soi conceptualisé » (par exemple : je suis sociable, je suis quelqu'un de peu courageux, je me mets facilement en colère, je suis comme ça à cause de mon histoire...). Le problème est que les effets d'insensibilité liés à la fusion avec le langage peuvent apparaître également avec cette définition du soi : on a donc tendance à se conformer à cette définition, à éviter ce qui peut menacer le « soi conceptualisé ». De ce fait apparaissent des difficultés à s'engager dans des comportements nouveaux, à s'exposer à des situations nouvelles qui pourraient être sources de satisfaction.

Pour se détacher de la rigidité du langage par rapport à soi, il faut apprendre à distinguer le soi des événements psychologiques. Le « soi comme contexte » est un changement de perspective. Il s'agit de s'appréhender comme le contexte d'apparition de ses pensées et de ses sensations, au lieu de penser en être l'auteur ou l'objet. En ayant cette conception d'un soi comme « théâtre » des événements psychologiques, il est possible de développer un positionnement plus flexible par rapport aux émotions et pensées désagréables, en parvenant notamment à ne pas lutter contre elles et à ne pas y réagir systématiquement. C'est un lieu de « sécurité » depuis lequel observer tout ce qui arrive.

d) Le contact avec l'instant présent. Il s'agit d'une approche de pleine conscience, consistant à limiter l'influence du verbal en cherchant à focaliser son attention sur l'ici et le maintenant, en essayant de devenir le plus conscient possible de ce qui est en train d'être vécu. Il consiste à limiter l'influence du verbal en cherchant à focaliser son attention sur l'ici et le maintenant, en essayant de devenir le plus conscient possible de ce qui est en train d'être vécu. Cela permet de se remettre directement en contact avec les conséquences de ses comportements, quand le verbal crée, a contrario, une insensibilité à ces conséquences.

e) La mise en évidence des valeurs. Il s'agit d'aider le patient à repérer ce qui compte réellement pour lui, quelles sont les grandes orientations qu'il souhaite donner à son existence. Le simple fait d'agir dans le sens de ses valeurs constitue en soi un renforcement. Mais surtout, la mise en lumière des valeurs permet d'augmenter l'influence des conséquences qui apparaîtront à long terme, et de minimiser celles qui apparaissent à court terme et qui sont souvent à l'origine des évitements. Ces valeurs peuvent se trouver dans différents domaines : couple, famille, relations sociales, travail, éducation, spiritualité, santé, distraction. Les valeurs ne sont pas un but à atteindre mais une direction : Quel parent/ami/compagnon/professionnel, souhaitez-vous être ? Quelle place souhaitez-vous prendre dans la vie sociale, politique, caritative, spirituelle ? Que souhaitez-vous pour votre santé ? C'est le moteur de la thérapie car moteur de l'engagement.

Le questionnaire des valeurs (*Valued Living Questionnaire, VLQ* ; Wilson et al., 2010) permet une évaluation quantitative et qualitative des domaines importants dans la vie du patient. Il comprend deux sous-échelles : la première évalue quantitativement l'importance de chaque valeur et la deuxième l'adéquation entre les valeurs et les engagements effectivement mis en œuvre.

f) L'action. C'est la partie « engagement » de l'A.C.T. Une fois les valeurs mises en évidence, il est primordial de s'inscrire dans l'action pour développer des comportements en accord avec ces valeurs, quels que soient les événements psychologiques qui en découlent. La démarche générale consiste à remettre le patient en action dans le sens de ses valeurs, en s'orientant vers les comportements qui « fonctionnent » (pour lesquels il peut constater une efficacité) et en abandonnant ceux les contre-productifs. Le but est de retrouver de la flexibilité en présence d'événements psychologiques difficiles, c'est-à-dire faire autre chose que lutter.

L'hexaflex permet une analyse fonctionnelle particulière et dirige le travail thérapeutique. Pour résumer, chacun des 6 sommets de l'hexagone représente un des leviers thérapeutiques. On retrouve :

- l'acceptation des événements psychologiques désagréables et des sensations douloureuses impossibles à faire disparaître, plutôt que la lutte permanente,
- le développement de la reconnaissance de soi comme contexte d'apparition de ses pensées et de ses sensations, au lieu de penser en être l'auteur,
- la défusion qui consiste à développer l'appréhension des pensées comme des événements psychiques, sans obligatoirement considérer leur contenu comme le reflet fiable du réel,
- le contact avec l'instant présent, permet de limiter les ruminations à propos du passé ou du futur, de restreindre le filtrage du réel par le langage,
- l'action, partie intégrante de la thérapie, que les patients ont souvent abandonnée au profit de tentatives de contrôle de leurs symptômes, conduisant à une restriction de leur répertoire comportemental,
- le choix des valeurs qui comptent pour chaque patient, et qui constituent le moteur des actions, leur raison d'être.

On peut synthétiser ce modèle en trois dimensions :

- Acceptation et défusion : Ouverture
- Instant présents et soi comme contexte : présence et perception.
- Valeurs et action : engagement.

Tous ces axes sont fortement liés entre eux, la modification des uns ayant des répercussions sur les autres. L'objet de cet hexaflex est de permettre au thérapeute de conscientiser ses directions de travail. Il n'y a pas d'ordre préférentiel. C'est à chacun de construire son chemin psychothérapeutique.

Le travail sur ces six axes se réalise grâce à l'utilisation de métaphores et d'expériences vécues par le patient. En pratique la thérapie acte dure de 6 à 12 séances dans les essais publiés, la thérapie est le plus souvent en groupe d'une durée de deux heures.

Le thérapeute utilisera des mise en situation, des jeux de rôle afin d'amener le sujet à considérer que ces pensées et sentiments négatifs ne sont pas lui mais seulement en lui. Il s'agit d'accepter ces pensées, souvenirs et émotions non désirées dans la mesure où cela permet au sujet de s'intéresser et de s'engager dans des comportements qui véhiculent ses propres valeurs de vie.

II.2.3. Les études d'évaluation

Il convient de noter que le modèle théorique fondant l'A.C.T., la Théorie des Cadres Relationnels, n'a fait l'objet que de très peu d'études expérimentales (e.g. Dymond et al, 2008). A ce jour, cette théorie est donc loin d'être empiriquement validée et requiert plus de preuves empiriques, répliquées par des équipes indépendantes.

Dans l'esprit des auteurs de l'A.C.T., la question de l'évaluation de cette nouvelle démarche doit être discutée au regard de l'objectif qui n'est pas de diminuer la symptomatologie mais d'augmenter l'adéquation entre comportements effectifs et valeurs du patient. Les démarches classiques de validation de traitement sont donc récusées par ces mêmes auteurs. Ainsi, l'A.C.T. émet l'hypothèse que toute émotion est intéressante à vivre et, de surcroît, s'appuie sur des résultats expérimentaux ayant mis en évidence que les tentatives de contrôle des émotions sont contre-productives. Aussi, le critère principal retenu pour évaluer l'avancée de la thérapie est la capacité du patient à s'engager dans le changement, et à augmenter sa « flexibilité psychologique », définie comme la capacité à se comporter différemment qu'en cherchant à faire disparaître les émotions et pensées considérées comme désagréables. Il s'agit de parvenir à ne pas s'engager de façon stéréotypée dans des actions dont la fonction principale est de faire disparaître coûte que coûte les événements psychologiques considérés comme désagréables. Cette flexibilité psychologique peut être évaluée au moyen du questionnaire d'acceptation et d'action (traduit et validé en langue française par Monestès et al. 2009).

Des recherches cliniques ont été menées afin de satisfaire aux modes d'évaluation traditionnels. On compte plus d'une quinzaine d'essais cliniques randomisés, qui concernent des troubles bien différents : dépression (2 essais randomisés), stress professionnel (1 étude), symptômes psychotiques (2 essais randomisés avec patients hallucinés), trichotilomanie (1 essai), polytoxicomanes sous traitement de substitution (1 essai), douleurs chroniques post-traumatiques (1 essai) sevrage tabagique (1 essai), patients diabétiques, en surpoids,...

Une première méta-analyse (Ost et al. 2008) portant sur 13 essais cliniques a mis en évidence une taille d'effet moyenne modérée (0,687). Malgré les résultats encourageants obtenus, cette méta-analyse identifie de nombreuses limites : le nombre de recherches encore insuffisant, la taille restreinte des échantillons et le manque de rigueur des méthodologies utilisées (prises en charge non protocolisées, échantillons trop féminins, trop peu d'études ayant recours à plusieurs thérapeutes, certains travaux n'utilisant pas de classification internationale). Dans une seconde méta-analyse (Powers, Zum Vorde Sive Vording,

Emmelkamp, 2009) confirment ces mêmes données à partir de 18 essais contrôlés avec une taille d'effet de 0.42 comparativement aux groupes contrôle, de 0.28 par rapport aux thérapies comportementales et cognitives. Cette méta-analyse ne montre pas de supériorité des effets de l'A.C.T par rapport aux traitements de références.

La conclusion actuelle de ces méta-analyses est que les résultats sont encore trop peu nombreux et fiables pour affirmer l'efficacité de l'ACT dans les termes des évaluations habituelles.

II.3. Les interventions basées sur la pleine conscience

Les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) sont une forme d'intervention récente au sein de la troisième vague. Développées par Kabat-Zinn (1982) comme un soutien psychologique dans un contexte de médecine comportementale, elles ont d'abord intégré le champ de la psychothérapie, par la protocolisation d'un traitement de prévention de la rechute dépressive par Segal, Teasdale et Williams (2002) : la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness-based Cognitive Therapy : MBCT). Cette forme d'intervention a ensuite très rapidement été adaptée à différentes populations (enfants, adolescents) et à différentes pathologies liées à la dérégulation des émotions et de l'attention (Depluis, Lahaye & Philippot, 2014 ; Heeren & Philippot, 2010).

II.3.1 Les Bases théoriques

La version princeps développée par Kabat-Zinn (1982) ne reposait sur aucune base théorique *a priori*. Il s'agissait d'une forme sécularisée d'apprentissage de méditation centrée sur la pleine conscience. Son adaptation dans la troisième vague, MBCT, repose toutefois sur un choix théorique précis. Segal, Teasdale et Williams (2002) sont partis du constat que le moteur cognitif de la dépression est une certaine forme de rumination mentale. Dans une période de fragilité, l'individu active certaines pensées concernant sa valeur, son état d'humeur, son avenir. Si ces pensées sont de nature verbale (plutôt qu'imagée), abstraite (plutôt que concrète), orientée vers le passé ou le futur (plutôt que vers le présent) et générale (plutôt que spécifique, au sens « épisode unique vécu une seule fois dans contexte précis »), un processus de bouclage cognitif se met automatiquement en place : ces pensées générales alimentent un schéma dépressif, qui lui-même active en retour ces mêmes pensées générales. Une rétroaction s'installe entre pensées générales et schéma dépressifs, installant un mode ruminatif

automatique et détériorant l'état d'humeur. Cette conception de la dérégulation dépressive prend place dans une conception plus large de la dérégulation émotionnelle, conceptualisée au sein des modèles multi-niveaux des émotions (Philippot, 2011 ; Power, 2010).

Dans l'esprit de Segal et collaborateurs, l'entraînement à la pleine conscience favorise la prise de conscience de l'installation de processus mentaux automatiques (les ruminations et pensées automatiques) et la capacité de désengager volontairement de ces automatismes néfastes. De fait, différentes études ont montré que l'entraînement à la pleine conscience améliorait les capacités de flexibilité mentale, et diminuait les ruminations abstraites (Heeren, VanBroek, & Philippot, 2009 ; Heeren & Philippot, 2011).

Outre cet entraînement cognitif, la pleine conscience implique un développement des capacités d'acceptation émotionnelle. En restant présent aux sensations, pensées et émotions pénibles (plutôt qu'en les évitant), la pratique de la pleine conscience entraîne la capacité de tolérer ces expériences aversives. Une forme d'exposition remplace donc la réponse impulsive d'évitement expérientiel.

Un autre processus développé par la pratique de la pleine conscience est la conscience des sensations corporelles. Les exercices de développement de la pleine conscience renvoient systématiquement à la prise de conscience des sensations corporelles, de la respiration, des marqueurs corporels de nos émotions. Il en résulte une plus grande conscience de ses émotions qui doit, logiquement, potentialiser les stratégies adaptées de gestion des émotions (Philippot & Segal, 2009).

Enfin, le programme MBCT met également l'accent sur le lien avec les valeurs qui sous-tendent les actions quotidiennes. La pleine conscience est alors utilisée pour mieux faire la relation entre ces actions et activités quotidiennes et les buts et valeurs qui les sous-tendent. Cet aspect est très proche de la notion de valeur et d'engagement développée par l'ACT.

En résumé, les IBPC ne reposent pas sur un modèle théorique unique, clairement identifié. Cependant, les IBPC semblent favoriser ou développer plusieurs processus nécessaires pour une régulation saine des émotions : les capacités de contrôle volontaire de l'attention, l'acceptation des expériences aversives, la non-réactivité (opposée à l'impulsivité), la conscience de soi, de ses émotions et de ses valeurs, l'action engagée pour promouvoir ces dernières. Il faut cependant noter que la recherche doit encore étayer l'efficacité de l'action des IBPC sur ces processus.

II.3.2. La démarche thérapeutique

La démarche thérapeutique type des IBPC comme est MBCT est un programme structuré en huit séances hebdomadaires, appliqué en groupe de 8 à 12 personnes. Les séances durent entre 2 heures et 2 heures 30 à l'exception de la sixième séance qui consiste en une journée entière d'exercices. Des IBPC sont également menées en consultation individuelle. Nous ne connaissons cependant ni protocole/manuel, ni recherche faites dans ce contexte.

Chaque séance débute directement et sans introduction préalable par un exercice pratique de pleine conscience qui dure généralement 40 minutes. Ensuite, les participants sont invités à partager leurs impressions (pensées, sentiments, sensations, tendances à l'action), commentaires et questions consécutives à leur expérience personnelle de l'exercice. Toute la séance est conçue de manière à ce que les participants soient ancrés dans leur expérience directe et à éviter tout discours intellectualisant et détaché du vécu des participants. Les participants échangent ensuite sur les exercices qu'ils ont effectués durant la semaine écoulée. Sur base des commentaires, questions et réactions des participants, l'animateur du groupe aborde le thème spécifique de la séance. Un nouvel exercice est alors pratiqué. Celui-ci constituera en général une des tâches à effectuer à domicile pour la semaine suivante. La séance se termine par l'assignation des tâches à domicile qui sont identiques pour tous les participants. Celles-ci impliquent en moyenne 45 minutes de pratique quotidienne de la pleine conscience, six jours sur sept.

Ce dernier point est extrêmement important. Les participants sont informés avant d'entreprendre les sessions de groupe qu'ils doivent fermement s'engager à faire les exercices à domicile et à les pratiquer quotidiennement pendant 45 minutes. En fait, cet engagement constitue le principal critère d'admission dans le groupe de formation à la pleine conscience. Une personne qui n'y souscrit pas n'est pas acceptée. En effet, les bénéfices qui peuvent être retirés de cette formation dépendent principalement de la pratique quotidienne entre les séances. Ceci est confirmé par des recherches qui ont établi des corrélations fortes entre l'importance de la pratique et les bénéfices obtenus (Austin, 1997).

Les exercices proposés aux participants peuvent être classés en deux catégories. Il y a d'une part, des exercices dit « formels » qui sont structurés et impliquent qu'on leur réserve un temps et un espace propres. Ils sont généralement assez longs (entre 20 et 45 minutes). D'autre part, il y a des exercices « informels ». Il s'agit là principalement de pratiquer des activités quotidiennes en pleine conscience plutôt qu'en pilote automatique. Qu'ils soient

formels ou informels, les exercices ne constituent jamais un but en eux-mêmes. Ils ne sont que des prétextes pour développer la capacité de pleine conscience.

Les exercices formels sont principalement de type méditatif. Le premier à être enseigné est le balayage corporel (*body scan*). Il se pratique couché. Après une prise de conscience des points de contact avec le sol et de la respiration, le participant est invité à centrer son attention sur une partie du corps (par exemple, le genou gauche) et à ressentir les sensations corporelles qui s'y manifesteraient. L'attention est ensuite guidée sur différentes parties du corps une à une et l'exercice se termine par une centration sur la conscience du corps comme un tout.

Chaque fois que l'attention est distraite par une pensée, une image, une sensation, un bruit ou un quelconque élément distracteur, les participants sont invités à prendre le plus pleinement possible conscience du distracteur et à ensuite rediriger leur attention sur le point de focalisation de l'exercice. Les distractions sont présentées comme normales. Les participants sont encouragés à développer une attitude d'acceptation et de patience par rapport à celles-ci, tout en maintenant la détermination de garder, du mieux qu'ils peuvent, leur attention focalisée sur l'objet de la méditation. Les participants sont également incités à développer une attitude de curiosité bienveillante par rapport à leur expérience, quelle qu'en soit la tonalité affective. Cette attitude mentale d'ouverture au vécu est encouragée pour tous les types d'exercices de pleine conscience.

Dès la seconde séance, un exercice de méditation est proposé. Les participants sont invités à trouver une position assise qui soit confortable, qui puisse être maintenue pendant une longue période de temps sans bouger et qui incarne une attitude de présence et de dignité, un mélange d'état de vigilance et de sérénité. Dans cette position, ils sont conviés à centrer leur attention sur leur respiration, en commençant par les mouvements du ventre. Lors des séances ultérieures, l'exercice de méditation est complété par d'autres focalisations attentionnelles, par exemple, sur les sensations corporelles, les sons ou les pensées qui surviennent spontanément. Enfin, lors de la cinquième séance, les participants sont invités à activer pendant la méditation l'évocation d'une situation personnelle difficile (par exemple, un conflit interpersonnel toujours actif) et d'observer les effets de cette évocation sur leurs réactions mentales et surtout corporelles. Des exercices faisant plus intervenir le corps sont également proposés. Il s'agit principalement d'exercices de yoga ou d'étirement en pleine conscience. La marche en pleine conscience, telle que pratiquée dans le Zen ou des exercices de respiration consciente sont également utilisés.

Les exercices informels consistent principalement en des activités quotidiennes, souvent effectuées de manière automatique et sans conscience, mais qui, pour les besoins de l'exercice, sont effectuées en pleine conscience. Les participants sont donc invités à se centrer sur leur expérience directe, sur leurs sensations corporelles, sur toute information sensorielle, pensée, et image mentale durant ces activités. L'activité elle-même peut être le fait de se brosser les dents, de manger un fruit, de sortir les poubelles, etc. L'important est de la faire dans la même volonté de centration de l'attention et dans la même attitude mentale que celle décrite pour les exercices formels, c'est à dire avec ouverture et bienveillance, comme une expérience à expérimenter, comme un simple jeu.

Le programme MBCT comporte également une partie psychoéducatrice exclusivement centrée sur l'explication de la nature et le fonctionnement de la dépression ainsi que sur les stratégies de coping les plus adaptées pour faire face à la rechute dépressive. Cette partie peut être adaptée en fonction de la population ciblée par le programme. D'autre part, des éléments de thérapie cognitive et d'activation comportementale sont inclus dans le programme. Les éléments de thérapie cognitive concerne principalement une insistance particulière au message: « les pensées ne sont pas des faits, ce ne sont que des pensées, même celles qui prétendent le contraire ». Il ne s'agit donc pas de faire de la restructuration cognitive, mais bien d'apprendre aux participants à considérer toute pensée pour ce qu'elle est : une création de notre esprit sans validité absolue par rapport à la réalité.

II.3.3. Les études d'évaluation

De nombreuses études ont été effectuées sur les différents programmes d'IBPC. Ces études concernent pratiquement toutes des programmes de groupes. Ces études ont fait l'objet de différentes méta-analyses qui concernent des études soit sur populations variées (Grossman et al., 2004), soit sur des personnes stressées (Chiesa & Serretti, 2009), soit sur des personnes anxieuses et/ou dépressives (Hofmann et al., 2010). A l'exception de la méta-analyse de Chiesa et Serretti (2009) qui a été effectuée uniquement sur des essais cliniques randomisés, les études comprises dans ces recensions sont souvent de faible qualité méthodologique, principalement du fait de l'absence de groupe contrôle crédible, ou de répartition aléatoires des participants dans les conditions de traitement. Cependant, de manière remarquable, toutes ces méta-analyses arrivent à la même conclusion : les IBPC ont un effet mesurable, d'une taille d'effet de l'ordre de .50 - .60, quelles que soient les variables considérées. Il s'agit d'une taille d'effet moyenne. Cela appelle au moins deux considérations.

D'une part, les IBPC semble avoir un effet supérieur au placebo. Cet effet est observé pour un ensemble de problèmes mentaux liés au stress, à l'anxiété ou aux états d'humeur. Il est obtenu avec une intervention brève (8 séances) et en groupes relativement importants (8 à 12 personnes). Il s'agit donc d'une intervention relativement efficace du fait de son bon rapport investissement (faible, du moins pour le système de santé)/bénéfice.

D'autre part, l'effet mis en évidence est moyen. Les interventions de la deuxième vague arrivent fréquemment à des tailles d'effet bien supérieures : .80 – 1.00. Evidemment, ces interventions de la deuxième vague visent des troubles psychopathologiques avérés, sont le plus souvent en format individuel, et dépassent généralement les 12 séances. Elles nécessitent donc un investissement plus important. D'un point de vue clinique, il convient donc de rappeler qu'en cas de trouble avéré, la meilleure indication est très vraisemblablement une intervention issue de la 2^{ème} vague. Cependant, les IBPC ont toute leur place comme intervention de prévention secondaire (prévention de la rechute) ou de prévention primaire (prophylaxie), notamment de par leur excellent rapport investissement/bénéfice.

Les études d'évaluation rapportées ci-dessus concernent exclusivement des populations adultes. Les études sont plus rares pour les IBPC effectuées auprès d'enfants ou d'adolescents. Pour une revue détaillée de ces études, nous renvoyons le lecteur à Deplus, Lahaye et Philippot (2014).

III.- Caractéristiques générales des thérapies de 3^e vague

Les nouveaux modèles de T.C.C. ciblent la pleine conscience et l'acceptation et engendrent un certain nombre de modifications structurelles. Nous en décrivons six principales.

III.1. La forme versus la fonction des valeurs et de l'identité personnelle.

- Comme toujours en T.C.C. l'attention est tout d'abord portée sur les aspects actuels de la souffrance de l'individu et des conditions environnementales. Dans la démarche traditionnelle, l'analyse fonctionnelle offrait une analyse synchronique du comportement invalidant (fréquence, durée, facteurs aggravants, facteurs diminuant la souffrance, etc..) et diachronique des difficultés du patient, puis se concluait par une conceptualisation de la souffrance psychologique de la personne et proposait une hypothèse fonctionnelle de la constitution et du maintien des comportements qui posaient problème. C'est seulement à partir de ces hypothèses que le thérapeute pouvait proposer ou non une démarche de thérapie TCC.

Dès la première vague, la fonction du comportement pathogène est étudiée avec ses renforcements propres, et de ceux de son environnement personnel et social. La seconde génération des T.C.C portera son attention de manière complémentaire sur la forme du comportement. Ce n'est plus la fonction générale, ni la forme d'un comportement qu'il importe de saisir dans les approches de la troisième vague, mais bien quelle conséquence ce comportement produit-il par rapport aux valeurs propres de la personne et de son identité ? Découvrir les fonctions personnelles de ses comportements est une étape importante pour observer la futilité de la lutte, l'intérêt de l'engagement dans l'action. Par exemple, la personne peut se demander si fumer...

La rapproche ou l'éloigne de ce qui est important pour elle ?

Lui apporte une vie qui vaut la peine d'être vécue, d'une vie enthousiasmante, d'une vie meilleure,

Lui assure d'être la personne qu'elle veut être ?,

Lui permet de faire ce qui est important/qui a du sens pour elle ?,

Qui l'intéresse ?, qui améliore ou enrichit sa Vie ?, de prospérer ? D'avoir une vie plus riche et plus épanouissante à long terme ?

...

La réponse à ces questions dépend de chacun, mais si prendre soin de soi ou être libre sont importants pour soi, on s'en est probablement éloigné ? Soit nous acceptons que la situation nous procure un tel ressenti aussi inconfortable qu'il soit. Au lieu de lutter et de vouloir l'évincer à tout prix, nous choisissons d'accueillir ces sentiments, de faire de la place en nous, pour lui, afin qu'il ne prenne pas toute la place de notre intériorité tout en choisissant de rester connecté à ce qui est important pour soi.

III.2 . Didactiques versus expérientielles

Tout comme la précédente génération, la troisième génération reconnaît l'importance des processus cognitifs et verbaux dans les théories de la psychopathologie et ses traitements. Or, plutôt que de lutter pour changer ses pensées et ses sentiments de détresse, la troisième vague insiste plutôt sur une attitude d'acceptation bienveillante de toute la gamme d'expériences rencontrées dans le but d'améliorer le bien-être psychologique de l'individu. Dans la plupart des approches contemporaines, le thérapeute ne cherche pas à agir directement sur les symptômes (pensées, émotions, sensations) par des stratégies de psycho-éducation, de changement didactique et verbal (comme l'utilisation du questionnement socratique. Pour effectuer des changements « contextuels », les méthodes sont expérientielles comme l'utilisation de métaphores (Hayes et al., 1999), la pratique de la méditation en pleine

conscience (Segal et al., 2001) et le contact avec les émotions dans l'ici et maintenant (Barlow, 2009).

III.3. Le contrôle versus l'acceptation des émotions

La deuxième vague des TCC a mis un accent particulier à développer des « outils » pour permettre aux patients de maîtriser leur anxiété et leur détresse : restructuration cognitive, relaxation, exercices respiratoire. Les interventions de la troisième vague ont une approche très différente. Plutôt que de contrôler l'émotion, elles encouragent les individus à aller volontairement au-devant de l'émotion, à l'explorer, et surtout à accepter de l'éprouver. Suivant le modèle barlowien, dans une perspective dialectique, c'est cette acceptation d'éprouver l'émotion qui amène le changement fondamental. Celui-ci résulte en effet d'une attitude différente par rapport à l'expérience émotionnelle, et non d'une tentative de changement direct de l'émotion.

III.4. Modification du contenu des pensées versus distanciation

Partant du principe que les pensées ne sont que des pensées et qu'elles n'ont pas de valeur de vérité en elles-mêmes, la troisième vague accorde peu de place aux stratégies visant à modifier directement le contenu des pensées, où à les restructurer. L'accent est mis sur le changement de rapport avec les pensées, non sur le changement des pensées elles-mêmes. Ce changement résulte de différentes attitudes. D'une part, plutôt que de faire corps avec la pensée, on va s'en distancier. C'est le phénomène de défusion cognitive conceptualisé notamment dans l'ACT. Ensuite, on va observer la pensée, en prendre conscience—ce qui est rendu possible par la prise de distance. On va l'observer non comme une production de notre esprit, comme un phénomène dont le contenu n'a pas une valeur de vérité en soit. Enfin, on va contextualiser la pensée : quelles sont les sensations corporelles, les émotions qui l'accompagnent, On voit que le changement d'attitude par rapport aux pensées est du même ordre que celui qui est proposé par rapport aux émotions.

III.5. Le rôle de la relation thérapeutique

Comme dans les T.C.C. traditionnelles, la relation thérapeute-patient est très interactive, collaborative, dans laquelle chacun échange ses points de vue dans le but de résoudre au mieux les difficultés du sujet. Le thérapeute très empathique, ouvert, participatif construit avec le patient une alliance thérapeutique forte facilitant l'acquisition d'outils psychologiques utiles à la gestion émotionnelle.

En revanche, les outils des deux premières vagues sont employés dans une démarche parfois différente. Par exemple l'exposition n'est pas utilisée pour réduire les émotions difficiles mais pour aider les patients à s'engager vers ce qui compte réellement pour eux. On ne recherche donc ni l'habituation ni l'extinction comme c'est le cas pour les TCC classiques. En ce qui concerne le langage, il n'est pas proposé de modifier les pensées, mais de faire une défusion en lui redonnant sa place de convention arbitraire, on ne recherche pas d'alternative

de pensée. Le questionnement ouvert est utilisé mais cette fois-ci pour explorer le champ des conséquences et la confrontation aux valeurs de l'individu. Ici, le travail cognitif consiste à faire prendre conscience au patient de l'efficacité ou l'inefficacité de ses comportements sur les événements psychologiques qu'il cherche à contrôler. Le thérapeute guide le patient en lui posant des questions sur la durée passée à chercher des solutions à son « problème » et sur les différentes voies et méthodes qu'il a exploré. Il lui fait appréhender les conséquences de ses évitements au regard du but recherché :

Dans quelle mesure parvient-il au contrôle des événements? Est-ce que chaque tentative de contrôle est efficace ? De façon définitive ? A quel prix ? A quoi doit-il renoncer pour être en accord avec ses valeurs?

Les trois grands modèles thérapeutiques (TCD, ACT et MBCT) recourent volontiers à des métaphores et des exercices pour essayer de diminuer l'emprise des processus verbaux. En effet les métaphores ne comportent ni prescription, ni directive, elles ne nécessitent pas d'adhésion rigide à des règles verbales. Cela permet de rendre accessible des notions théoriques souvent difficiles à introduire par un discours linéaire et logique, et plus faciles à illustrer par des images. Il est plus facile de se rappeler une métaphore si bien qu'elle pourra servir au patient dans de nombreux domaines et l'aider à changer. L'utilisation de la métaphore est un mode de relation thérapeutique, elles sont proposées au patient, mais aussi créées aussi bien par le patient que par le thérapeute, le manuel thérapeutique en propose un grand nombre.

Le rôle de la relation thérapeutique est différent dans les approches de la troisième vague. Le thérapeute est également soumis à la philosophie contextuelle et il doit lui-même pratiquer l'acceptation, la pleine conscience et la distanciation, etc., il est d'ailleurs nommé « instructeur » dans les démarches MBCT et MBCT.

Dans l'alliance thérapeutique, le thérapeute a recourt facilement à un moment de pleine- conscience de deux minutes environ qu'il propose de faire avec le patient quand Il sent que le patient se dissocie, se déconnecte, est effacé, se détache, ou se perd dans ses pensées, il est souvent utile d'attirer l'attention là-dessus – et de mettre en évidence ce qu'il arrive à la relation avec le patient pendant ces moments là. Par ailleurs l'A.C.T préconise au thérapeute d'exprimer ses propres valeurs au patient. Par exemple, « j'aimerais que vous sachiez que je suis ici dans ce cabinet à travailler avec vous dans un seul et unique but : vous aider à créer une vie meilleure, une vie qui vaut la

peine d’être vécue à vos yeux » ou « je m’engage à vous aider à changer votre vie de sorte que vous y trouviez plus de sens, une finalité et un certain épanouissement. Dit avec sincérité, cela devient un message puissant qui unit le thérapeute et le patient dans une cause commune – et incroyablement intéressante. » (Harris 2012).

Le tableau 1 résume les différences entre la 2^e et la troisième vague des T.C.C.

Deuxième vague	Troisième vague
Vision du monde mécaniste	Vision du monde contextuelle
Forme des comportements	Fonction des comportements, par rapport aux valeurs personnelles, à l’identité.
Méthodes didactiques	Méthodes expérientielles
Contrôle et diminution des émotions	Acceptation des émotions
Modification du contenu des pensées	Distanciation face aux pensées
Restructuration cognitive	Pleine conscience

IV. - Applications cliniques

Si nous revenons à l’historique des TCC, les limites des résultats obtenus par les approches classiques de la seconde vague ont suscité de nouvelles stratégies thérapeutiques. Ainsi entre 20 et 30% de patients déprimés ne répondaient pas à la thérapie cognitive de Beck en 12 séances (Beck et al 1979). C’est pourquoi Leahy (2005.) propose des stratégies complémentaires pour optimiser les résultats thérapeutiques chez ces patients multi récurrents ; et il obtint une augmentation de la réponse thérapeutique.

Dans cette même optique d’optimiser les résultats des TCC classiques, les approches de la troisième génération sont indiquées aux patients non ou peu répondeurs aux TCC habituelles, en proposant une autre démarche. La troisième génération de TCC propose donc de modifier notre perspective sur les événements psychologiques (pensées, émotions, sensations), quand la première mettait en application les principes des apprentissages classiques et opérants pour traiter les troubles psychologiques, et la deuxième reposait sur l’utilisation du langage pour modifier les pensées dysfonctionnelles. La prise de conscience du moment présent « mindfulness » et l’acceptation sont les pierres angulaires des approches

de la troisième vague qui se regroupent d'ailleurs aussi sous l'appellation « approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience ».

Nous venons de décrire qu'à l'origine des trois courants majeurs : la thérapie cognitive dialectique, la thérapie d'acceptation et d'engagement et dans la démarche des IBPC, les indications cliniques princeps étaient extrêmement différentes. Dans la T.C.D. Linehan souhaite réduire la fréquence des comportements impulsifs, et augmenter l'insertion sociale des patients aux troubles de la personnalité limite (« borderline ») donc dans une perspective de soin, en phase aiguë du trouble, attendant une amélioration des différents processus perturbés. Dans la thérapie A.C.T aucune étude n'évalue le changement aux échelles émotionnelles, ni de symptômes qui d'ailleurs quand elles ont été évaluées n'ont montré aucune modification après la démarche A.C.T ; mais ce qui est attendu est une prise de distance du patient à ses contenus de pensées et à ses émotions.

Dans la démarche de pleine conscience M.B.C.T, l'objectif est encore différent, il est de nature préventive chez des patients qui ont déjà vécu plusieurs épisodes aigus de dépression, par exemple et ce travail vise à réduire leur réactivité cognitive à des contenus de pensées ou à des émotions réactivés de patterns dépressifs anciens, ce qui permettrait de réduire le taux de rechutes ultérieures.

En somme, ces thérapies sont articulées en trois axes différents : l'un dans le soin et la souffrance aiguë pour réduire les passages à l'acte suicidaire ; le second dans une dimension de bien-être psychologique et d'une réduction des évitements ; et le dernier clairement dans une perspective de prévention.

Cependant les succès rencontrés par les cliniciens, par les chercheurs ont amené ces trois écoles à proposer leurs approches au-delà des applications cliniques de départ. Linehan a proposé son approche dans les troubles de conduites alimentaires, mais aussi pour les troubles bipolaires, troubles psychiatriques dans lesquels environ cinquante pour cent des patients présentent aussi un trouble de la personnalité borderline, ce qui est totalement cohérent. Les démarches A.C.T, et de M.B.C.T sont proposées désormais dans toutes les souffrances psychopathologiques des troubles anxieux, aux troubles dépressifs uni ou bipolaires, aux patients psychotiques avec délire hallucinatoire, aux troubles des conduites alimentaires, aux consommateurs de substances toxiques, etc. (Mirabel-Sarron et al., 2012, pour une revue des études M.B.C.T, M.B.S.R).

V. - Actualités en recherche clinique

Nous venons de décrire trois grandes écoles aux modèles théoriques différents, aux modèles thérapeutiques dissemblables mais qui partagent les concepts d'acceptation et de pleine conscience. Les recherches actuelles proposent de nouveaux modèles d'interventions thérapeutiques qui veulent se rapprocher des processus psychologiques décrits scientifiquement au sein de l'ensemble de la psychopathologie. Dans cette perspective, nous pourrions conceptualiser ces différents processus en quatre niveaux. Par exemple, on peut considérer un phénomène à un niveau supra-ordonné comme un « évitement expérientiel », à un niveau médian comme de la « rumination », au niveau spécifique comme une « pensée sur-générale » ou encore à un niveau plus élémentaire comme un « déficit exécutif prévenant l'élaboration spécifique de l'information émotionnelle » (Watkins, 2011). Cependant, l'identification des processus pertinents dépend de l'état des connaissances en psychologie (les modèles et les données empiriques disponibles), de la variable dépendante (quel aspect spécifique de la variable « santé mentale », de l'unité d'analyse, etc...) (Philippot, 2011). On pourrait imaginer que dans le futur, le thérapeute évalue ces différents niveaux de processus pathogènes et de protection, intraindividuels et interpersonnels, avant de poser une indication thérapeutique.

Cinq types de processus peuvent être distingués : en premier, les évitements de l'expérience émotionnelle (évitements comportementaux, physiques, cognitifs etc...); en second, les déficits et dysfonctionnements cognitifs (dont la métacognition); en troisième ordre : les déficits de compétence (autocontrôle,..), puis les processus et patterns interpersonnels, et enfin la dimension motivationnelle.

Ainsi dans des cas de souffrance obsessionnelle compulsive, nous pouvons relever : des évitements expérientiels (compulsions), des déficits cognitifs sous forme d'un défaut d'inhibition méta cognitif, une représentation du soi caractérisé par un schéma de responsabilité personnel accompagné de différents patterns interpersonnels (recherche de réassurance, interactions rigides).

Afin de repérer ces processus le clinicien pourra avoir recours aux entretiens semi-structurés, aux questionnaires, aux auto-observations, aux tests comportementaux et cognitifs, et à l'évaluation des ressources adaptatives de l'individu; ce qui aboutit à une nouvelle conceptualisation processuelle de la souffrance (Nef, Philippot, Verhofstadt, 2012). Cette nouvelle modélisation permet de choisir les stratégies opérantes sur les différents processus. Ainsi, la thérapie pourrait s'adresser à plusieurs troubles conjointement en s'attaquant aux processus comuns.

Dans une perspective similaire, centrée sur la métacognition et ses processus de régulation, nous pourrions considérer que le nouveau modèle de Wells, la théorie métacognitive (Wells & Matthews, 1994), répond en partie à ces aspirations, bien que développé comme un modèle général de psychopathologie, plutôt que comme un modèle spécifique à l'humeur et à l'anxiété en soi.

Wells a développé la Thérapie Métacognitive (M.C.T. 2000, 2008), qui vise à corriger les croyances métacognitives biaisées, dans le but de restituer un meilleur contrôle de ses processus de pensée à l'individu. Comme il est considéré que les facteurs métacognitifs spécifiques sont caractéristiques des troubles, les stratégies d'intervention sont de même quelque peu uniques. La M.C.T. tient à ce qu'un tel changement n'ait pas lieu en mettant directement en doute les pensées négatives, ni en testant la vérité du contenu des pensées. Elle se concentre davantage sur la modification métacognitive des croyances qui impliquent le contrôle de connaissance lui-même. Pour atteindre ce but, des techniques comme le report de l'inquiétude à un moment spécifique et limité de la journée, des expériences comportementales, un entraînement attentionnel, la prescription de la rumination paradoxale et la promotion de la pleine conscience sont employés (Wells et al., 2009).

Conclusions

Le terme "T.C.C." ne représente plus un modèle théorique ou thérapeutique spécifique, mais plutôt une large famille de théories et d'interventions qui incluent à la fois les modèles traditionnels et ceux basés sur l'acceptation et la pleine conscience. Il y a donc de multiples modèles thérapeutiques depuis une dizaine d'années dont l'approche a été quelquefois confuse du fait d'une prolifération des concepts théoriques inter corrélés, ou encore du fait de concepts partagés par plus qu'une théorie (par exemple, la métacognition), mais qui ont des significations légèrement différentes au sein de chacune d'entre elle. Enfin, il y a des concepts vastes comme "la pleine conscience" qui sont utilisés tout à fait différemment par les uns ou les autres. Bien qu'il soit peu réaliste de s'attendre à un consensus sur la signification précise de ces termes dans un avenir proche, c'est aux chercheurs et cliniciens qu'il revient d'être précis en ce qui concerne leur terminologie.

Pour valider ces nouveaux modèles, un gros effort de recherche doit être réalisé, y compris sous forme d'articles avec des résultats cliniques, d'études sur les processus thérapeutiques et d'études théoriques en psychopathologie, des recherches randomisées auprès de différentes populations provenant de groupes de recherche indépendants. Les

approches récentes apparaissent prometteuses et offrent des moyens complémentaires pour aider les patients à composer avec la souffrance et les difficultés inhérentes à l'existence humaine.

VII. Contribution bibliographique

- Austin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 97-106.
- Bandura A., *L'apprentissage social*, Bruxelles, Pierre Mardaga Éditeur, 1980.
- Bandura, A. (trad. Jacques Lecomte), *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle* [« Self-efficacy »], Paris, De Boeck, 2007, 2^e éd. (1^{re} éd. 2003).
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M.L. *Towards a unified treatment for emotional disorders*. Behavior Therapy, 2004; 35, 205-230.
- Barlow, D. H., *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual*; New-York, The Guilford Press, 2008.
- Beck A. T. « Cognitive therapy : Nature and relation to behavior therapy », Behavior Therapy, 1970; 1, 184-200.
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G., *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press, 1979.
- Beck A.T. , *Cognitive therapy for emotional disorders*, New York, Guilford press, 1976.
- Chiesa, A. & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15, 593-600.
- Dempster et al., *Cognitive Fusion Questionnaire*, 2009, CFQ2008 \$compléter\$.
- Deplus, S., Lahaye, M., & Philippot, P. (2014). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience avec l'enfant et l'adolescent : Les processus de changement. *Revue Québécoise de Psychologie*, 35, sous press.
- Dymond, S., Roche, B., Forsyth, J. P., Whelan, R., & Rhoden, J. (2008). Derived avoidance learning: Transformation of avoidance response functions in accordance with the relational frames of same and opposite. *The Psychological Record*, 58, 271-288..
- Ellis A. « Rational psychotherapy », *Journal of General Psychology*, 1958; 13, 344-350.
- Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy, New York, Éd. Lyle Stuart, 1962.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Harris R., *Passez à l'act!, pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*, De Boeck, 2012. :
- Hayes S, Wilson K., Gifford E, Follette V, Strosahl K. : *Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment*. J. Consult. Clin. Psychol. 1996; 64:1152-68.
- Hayes S., Barnes-Holmes D., Roche B., *Relational Frame Theory : A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York, Plenum, 2001.
- Hayes S., Brownstein A., Zettle R., Rosenfarb I., Korn Z. : *Rulegoverned behavior and sensitivity to changing consequences of responding*. J. Exp. Anal. Behav. 1986; 45:237-56.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Éds). *Mindfulness and acceptance : Expanding the cognitive behavioral tradition*. New-York : Guilford Press, 2004.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, Guilford Press, 1999.
- Heeren, A. & Philippot, P. (2011). Changes in ruminative thinking mediate the clinical benefits of mindfulness: Preliminary findings. *Mindfulness*, 2, 8-13.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience: une revue conceptuelle et empirique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 31(3), 37-61.
- Heeren, A., VanBroeck, N., & Philippot, P. (2009). The Effects of Mindfulness on Executive Processes and Autobiographical Memory Specificity. *Behaviour Research & Therapy*, 47, 403-406.
- Herbert J.D., Forman E.V., *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy Understanding and Applying the New Therapies*, Ed. Wiley, 2011.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., Ho T. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *J Consult Clin Psychology*, 78, 169–183
- Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe living*. New York, Dell Publishing, 1990.
- Kuo, J.R. & Linehan, M.M. *Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy : Theoretical and Empirical Observations*. *Journal of Clinical Psychology*, 2006; 62, 459-480.
- Leahy R., *Overcoming resistance in cognitive therapy*, Ed. Guilford Press, 2005.
- Linehan MM. et al. *Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical-behavioral therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2006; 63:757– 66.
- Linehan MM., Armstrong H., Heard H.: *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically Parasuicidal Borderline Patients*, *Arch. Gen. Psy.*, 1993; Vol. 50, pp. 971-974.
- Linehan MM., Armstrong H., Suarez A., Allmon D., Heard H.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients*, *Arch. Gen. Psy.*, 1991; Vol 48, pp. 1060-1064.
- Linehan MM., Darren A., Tutek BA., Heidi L., Armstrong H., Heard H.: *Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients*, *Am. J. Psy.*, 151:12; 1994, pp. 1771-1776.
- Linehan MM., Dimeff L., Comtois K.: *Dialectical Behavior Therapy versus Comprehensive Validation Therapy plus 12-step for the treatment of Opioid Dependent Women meeting criteria for Borderline Personality Disorder*, Elsevier Science Ireland, 2002; pp. 12-26.
- Linehan MM., Schmidt H., Dimeff L., Craft. C., Kanter J., Comtois K.: *Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependance*, *The Am. J on Addictions*, 1999; 8, pp. 279-292.
- Linehan MM.: *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*, Ed. Médecine§Hygiène, 2000; 214 p.
- Linehan MM.: *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*, Ed. Médecine§Hygiène, 2000 ; 607 p.
- Mirabel-Sarron C, Docteur A, Sala L, Siobud-Dorocant E. *Mener une démarche de pleine conscience : approche MBCT*, Dunod, Paris, 2012.
- Mirabel-Sarron C, Guelfi JD. *Le concept de « Mindfulness » et son utilisation dans la prévention des rechutes dépressives (Mindfulness – based cognitive therapy M.B.C.T.) ; un entretien avec le Professeur Z. SEGAL*. *JTCC*, 2003 ; 1 : pp. 40-43.
- Mirabel-Sarron C., *Dysrégulations émotionnelles et dépression*, *l'Encéphale*, 2012 ; 38, S58-S61.
- Mirabel-Sarron C., Sobud-Dorocant E., Sala L., Bachelard M., Guelfi J.D., Rouillon F. "Mindfulness based cognitive therapy (mbct) dans la prévention des rechutes thymiques chez

- les patients bipolaires: une étude pilote". *Annales médico-psychologiques*, 2009 ; 167, pp 686-690.
- Monestès J-L. et al. *Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement (act)*. Journal de thérapie comportementale et cognitive , 2009 ; 10.1016/j.j.tcc.2009.04.003.
- Monestès J-L. et Villatte M. *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Pratiques en Psychothérapie, Elsevier Masson, 2011.
- Mowrer O.A. *Learning theory and behavior*, New York, Wiley,1960.
- Nef F., Philippot P., Verhofsta L., *L'approche processuelle en évaluation et intervention clinique : une approche psychologique intégrée*, RFCCC – Septembre 2012 – Vol. XVII – n°3 – p. 4 -23.
- Ost. L. *Efficacy of the third wave of behavioural therapies; a systematic review and meta-analysis*. Behav Res Ther, 2008; 46 : 296-321.
- Philippot, P. & Segal, Z. (2009). Mindfulness based psychological interventions: Developing emotional awareness for better being. *Journal of Consciousness Studies*, 16, 285-306.
- Philippot, P. (2011). *Emotion et psychothérapie (2sd. Ed.)*. Wavre, Belgique : Mardaga.
- Philippot, P. *Emotion et psychothérapie* (seconde édition). Wavre, Mardaga, 2011.
- Philippot, P., & Hermans, D. *Experimental Psychopathology : From laboratory studies to clinical practice*. Psychologica Belgica, 2006 ; 46, 1-3.
- Power, M. (2010). *Emotion-focused cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review., *Psychother. Psychosom*; 78:73-80.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. *Mindfulness & Acceptance-Based Behavioral Therapies in Practice*. New York : The Guilford Press, 2009.
- Segal Z. V., Teasdale J. D., & Williams J. M. G. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression : A new approach to preventing relapse*. New-York : Guilford Press, 2002. Traduction francophone, 2006, Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Segal Z.V., Williams J. M. G., Teasdale J. D. *Mindfulness-based cognitivetherapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York, The Guilford Press, 2001.
- Skinner B.F. *Science and human behavior*, New York, MacMillan, 1953.
- Swan G.E., McAfee T., Curry S.J. et al. *Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial*. Arch. Intern. Med., 2003 oct.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. *How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help ?* Behaviour Research and Therapy, 1995; 33, 225-239.
- therapy plus habit reversal for trichotillomania*. Behaviour Research and Therapy, 2006;
- Twohig M.P., Hayes S.C., Plumb J.C. et al. *A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2010; 78 : 705-716.
- Watkins, E. *Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders*. Clinical Psychology Review, 2011; 31, 260- 278.
- Watson J. B., Rayner. «Conditionned emotional reactions », *Journal of Experimental Psychology*, 1920; 3, 1-14.
- Watson J.B. « Psychology as the behaviorist views it », *Psychological Review*, 1913; 20, 17, 34, 158-177.
- Wells A, Fisher P., Myers S., et al. *Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial*. Behav Res Ther 2012; 50 : 367-73.
- Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, Guilford Press, 1999.

Wilson R.G. *The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework*. *The Psychological Record*, 60, 249-272. Powers, Zum Vorde Sive Vording, Emmelkamp, 2009.

Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford, Connecticut, Stanford University Press, 1958.

Wolpe J., Lang P.J. « A Fear Schedule for Use in Behaviour Therapy », *Behaviour Research and Therapy*, 1967; 2, 27-30.

Woods D.W., Wetterneck C.T., et al. *A controlled evaluation of acceptance and commitment*

27; 163 (19): 2337-2344.