

Note de haut de page : OPTIMISER LA TCC

Optimiser les interventions comportementales et cognitives avec les innovations de la troisième vague

Enhancing cognitive and behavioural therapies with third wave innovations

Frédéric Dionne, Ph. D. ^a, Marie-Claude Blais, Ph. D. ^{a,b}, Jean-Marie Boisvert, Ph. D. ^c,

Madeleine Beaudry, Ph. D. ^d, & Pierre Cousineau, Ph. D. ^e

^a Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et pratique privée

^b Professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

^c Professeur titulaire à la retraite et professeur associé de l'École de psychologie de l'Université
Laval (UL)

^d Professeure titulaire à la retraite et professeure associée de l'École de Service social de
l'Université Laval (UL)

^e Pratique privée et formateur

Correspondance : Frédéric Dionne, Ph.D., psychologue, Clinique de la douleur du Centre
Hospitalier Université Laval (CHUL-CHUQ) au 2705, boul. Laurier, Québec (Québec), G1V
4G2. Email: Frederick.Dionne@mail.chuq.qc.ca

Résumé

Il y a actuellement un débat dans la communauté scientifique quant à l'existence d'une troisième vague distincte des deux premières en thérapie comportementale et cognitive. Paradigme nouveau ou suite logique à la tradition comportementale, les approches de la troisième vague pourraient offrir une contribution importante dans le domaine. Cet article décrit comment ces approches peuvent être complémentaires par rapport à la thérapie comportementale et cognitive (TCC) traditionnelle.

Mots clés : Troisième vague, Thérapie cognitive, Thérapie analytique fonctionnelle, Thérapie des schémas, Activation comportementale, Thérapie de couple

Abstract

There is a debate in the scientific community around the emergence of a third wave of cognitive-behavioural therapy (CBT), as to whether it is a distinctive model from the two previous traditions. New paradigm or logical continuity of the CBT approach? Still the new developments may have much to offer to CBT practitioners and can be integrated to existing treatments. This article presents the contributions of the third wave approaches to cognitive and behavioural therapy.

Key words: Third wave, Cognitive therapy, Functional analytic psychotherapy, Schema therapy, Behavioural activation, Couple therapy.

Certains praticiens et chercheurs identifient trois grands mouvements appelés « vagues » ou « générations » dans l'évolution des approches comportementales et cognitives (TCC) (Hayes, 2004; Hayes, Follette, & Linehan, 2004). La première vague représente l'approche strictement comportementale prépondérante entre les années 1950 et 1980; la deuxième vague désigne la « révolution cognitive » forte entre les années 1970 et 1990, alors que la troisième représente l'aboutissement de travaux menés depuis les années 1990 (pour un survol historique, voir Cottraux, 2007; Dionne & Neveu, sous presse; Dougher & Hayes, 2000; Fontaine, Ylief, & Fontaine, 2009; Hayes, 2004a).

La majorité des approches de la troisième génération préconise un contextualisme dit « fonctionnel », une philosophie de la science qui est très proche du béhaviorisme radical de Skinner (Hayes, 1993; Jacobson, 1997). C'est donc dire que les approches nouvelles s'inscrivent au sein de l'analyse appliquée (ou clinique) du comportement¹. D'ailleurs, Hayes (2004b) écrit que « l'analyse comportementale est le principal exemple du contextualisme fonctionnel » (p. 9, traduction libre). À première vue, le fait de parler de « contexte » ne semble pas ajouter d'éléments nouveaux à l'analyse fonctionnelle de la première vague. Pourtant, il prétend que cela « démystifie plusieurs caractéristiques de l'analyse comportementale » (Hayes, 2004b, p. 9, traduction libre). Il est possible qu'étant donné son caractère global et l'utilisation d'un langage nouveau, le concept de contexte contribue à faire redécouvrir l'essentiel de l'analyse fonctionnelle.

Cette philosophie prône une vision pragmatique qui considère qu'une action est « efficace » si elle permet de rapprocher l'individu de ses objectifs (par ex., une vie qui vaut la peine d'être vécue, l'atteinte d'objectifs à long terme, l'engagement envers les valeurs personnelles). Elle ne recherche pas une vérité objective ou un modèle de compréhension unique de l'individu. La *fonction* du comportement (quelles conséquences ce comportement produit-il dans l'environnement?) a plus d'importance que sa forme (par ex., les critères diagnostiques d'une psychopathologie, le contenu d'une pensée ou la nature d'une émotion).

Alors que les approches de la deuxième vague visent essentiellement la modification des pensées irrationnelles et des émotions désagréables, les approches de la troisième vague favorisent

¹ La thérapie métacognitive de Wells (2000) de même que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression (Segal, Teasdale, & Williams, 2002, 2006) sont davantage issues d'un « contextualisme cognitif » et ne s'inscrivent pas dans la foulée de l'analyse clinique du comportement.

l'élargissement du répertoire comportemental de l'individu, c'est-à-dire une plus grande flexibilité ou un meilleur fonctionnement général. Elles ne cherchent pas à opérer des changements de premier ordre (par une action directe sur le comportement). Elles adoptent plutôt des stratégies expérientielles (contextuelles) visant d'abord à changer la relation de l'individu à ses symptômes (changements de deuxième ordre) (Hayes, 2004a, 2004b). L'acceptation, la *pleine conscience (mindfulness)*, l'activation et l'engagement envers les valeurs personnelles sont autant de moyens pour parvenir à ces changements. Les approches de la troisième vague se regroupent d'ailleurs aussi sous l'appellation « approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience ».

Ce concept de troisième vague génère diverses réactions (enthousiasme, curiosité, irritation, scepticisme) et suscite des débats animés (par ex., Moran, 2008). Certains déplorent le manque d'études randomisées avec groupe contrôle appuyant ces approches (Corrigan, 2001; Öst, 2008) et remettent en question l'originalité de la théorie, des objectifs et des méthodes en affirmant qu'ils n'apportent rien de nouveau (Arch & Craske, 2008; Fontaine et al., 2009; Fontaine, Ylieff, & Fontaine, 2010; Hofmann, 2008; Hofmann & Asmundson, 2008). D'autres affirment que les changements récents représentent une évolution significative et forment un paradigme nouveau (Hayes, 2008a). Sans nous positionner à l'égard de ce débat, nous sommes d'avis que les avancées de la troisième vague peuvent constituer un apport intéressant dans le domaine de la TCC. D'ailleurs, les travaux récents ne rejettent pas ceux de la deuxième vague, mais s'y superposent (Hayes, 2004a). Notamment, l'adoption d'une vision contextuelle des problèmes et l'ajout de nouveaux moyens d'intervention mettant l'accent sur l'expérience s'ajoutent aux techniques plus didactiques (comme la restructuration cognitive et la psychoéducation). Il semble donc que ces approches de la troisième vague ont un fort potentiel pour améliorer les interventions comportementales et cognitives. Cet article vise à décrire l'apport d'une philosophie et de méthodes nouvelles comme l'acceptation, la pleine conscience et l'activation aux pratiques de la TCC conventionnelle, telles que l'approche cognitive, la thérapie des schémas, l'activation comportementale et la thérapie de couple.

Favoriser l'Expansion de la Thérapie Cognitive

Les approches d'Aaron T. Beck et d'Albert Ellis (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Ellis, 1999, 2001) et de la deuxième vague en général sont certainement les plus répandues dans le domaine de la TCC et

bénéficient d'un appui empirique majeur pour le traitement de différents troubles psychologiques (troubles de l'humeur, anxieux, psychotiques, alimentaires; Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). À l'intérieur de ces modèles, les variables cognitives jouent un rôle prépondérant, voire même causal, dans l'apparition et le maintien des troubles psychologiques. Il est encore coutume d'utiliser l'acronyme « ABC », illustré à la Figure 1a, pour décrire la théorie et la pratique. « A » y représente l'élément déclencheur interne ou externe (en anglais *antecedent*), « B » fait référence aux croyances irrationnelles (*beliefs*) et « C » correspond aux conséquences néfastes (*consequences*), soit les réponses émotionnelles et comportementales. Par exemple, devant l'éventualité d'une rencontre sociale (A), un individu souffrant d'anxiété sociale peut entretenir la pensée selon laquelle les gens vont le juger négativement. Conséquemment, il ressent de l'anxiété et cherche à éviter la situation (C).

Mettre Figure 1 ici

À ces éléments peut s'ajouter « D », qui représente la remise en question (*disputation*) des croyances irrationnelles (de B), une stratégie cognitive. À cette étape, on tente d'ébranler les pensées du client (« qu'est-ce qui te prouve que...? ») et de reformuler de façon plus rationnelle des pensées dites « irrationnelles ». Dans ces modèles, la restructuration cognitive est la méthode privilégiée pour parvenir à la modification des structures cognitives, et ce, principalement par le questionnement socratique de la part du thérapeute. Les interventions comportementales comme l'activation ont aussi comme objectif ultime le changement cognitif (Beck et al., 1979). En outre, la technique des « trois colonnes » est utilisée pour faciliter les observations et pratiquer la remise en question des pensées. À l'aide de cet outil, le client identifie d'abord la situation à l'origine des cognitions (croyances, pensées automatiques) menant aux émotions et comportements. Ces interventions mènent à « E », c'est-à-dire l'effet nouveau (*effect*) que sont les émotions saines et les comportements constructifs (Ellis, 1999).

Malgré les nombreux appuis empiriques accordés à cette forme de thérapie, son efficacité demeure partielle. Par exemple, 30% à 40% des clients ne répondraient pas à la TCC conventionnelle dans le traitement de la dépression (David & Szentagotai, 2006). Par ailleurs, la nécessité d'intervenir sur les cognitions pour produire le changement n'est toujours pas démontrée (Longmore & Worrell, 2007).

Hayes (2008a, 2008b) rappelle que la transition a été hasardeuse entre la première et la deuxième vague lorsque les variables cognitives sont venues se greffer aux techniques comportementales. Selon lui, les mécanismes de changement et les composantes responsables des résultats thérapeutiques n'étaient pas clairement définis, demeuraient souvent non évalués et ne découlaient pas de la recherche fondamentale ou des neurosciences. En outre, le rôle causal des cognitions et le modèle de compréhension « mécanique² » de l'individu sont questionnés. Les recherches futures sur l'acceptation et la pleine conscience montreront si ces approches accroissent l'efficacité de la TCC conventionnelle.

La Thérapie Analytique Fonctionnelle, un Ajout à la Thérapie Cognitive

La thérapie analytique fonctionnelle (TAF) (*Functional analytic psychotherapy*, FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette, & Callaghan, 2009) suscite un intérêt certain dans le domaine des TCC. Elle est une approche hautement interpersonnelle basée sur le behaviorisme radical de Skinner (1957). Comme dans plusieurs orientations théoriques telles que les approches psychodynamique et humaniste, la TAF accorde une importance prépondérante à la relation thérapeutique. Cependant, elle se distingue de ces approches par son cadre d'analyse et le langage utilisé pour décrire cette relation. Partant de la prémisse que le changement se produit à l'intérieur de la relation thérapeute-client, la TAF analyse les processus en jeu dans cette relation selon les principes d'apprentissage comme le façonnement, le renforcement, la généralisation, l'extinction, etc.

La TAF peut être utilisée seule ou compléter un autre type de psychothérapie (Lejuez, Hopko, Levine, Gholkar, & Collins, 2006). Elle peut également s'intégrer à la thérapie cognitive dans une variante représentée par l'acronyme anglais FECT pour *FAP-enhanced cognitive therapy*. La TAF propose deux façons d'optimiser les interventions cognitives, soit en adaptant le modèle ABC et en préconisant l'utilisation d'interventions *in vivo*.

Adapter le modèle ABC de la thérapie cognitive.

Selon le cadre d'analyse du behaviorisme radical, les croyances et les pensées sont considérées comme un comportement au sens large, sans statut causal particulier. Cette position diffère du modèle ABC utilisé dans la thérapie cognitive traditionnelle. D'ailleurs, dans la pratique, il n'est pas rare de

² Le modèle mécanique diffère du contextualisme fonctionnel (Pepper, 1942). Il explique la plupart des phénomènes par un lien de « cause à effet ». Il analyse le fonctionnement de l'individu comme celui d'une machine, dont les différentes parties sont indépendantes et agissent les unes sur les autres (Hayes, 1993).

constater que le problème du client est incompatible avec cette grille d'analyse; s'en contenter peut même avoir un effet négatif sur la relation thérapeutique (par ex., le client peut se sentir invalidé) et les progrès du client (Addis & Carpenter, 2000). Dans la FECT, Kohlenberg et ses collaborateurs (Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, & Tsai, 2002; Kohlenberg, Kanter, & Bolling, 2004) suggèrent d'élargir l'analyse ABC de la thérapie cognitive (Beck et al., 1979) en demeurant cohérent avec les notions du béhaviorisme radical. Les chercheurs mentionnent que la thérapie cognitive peut être efficace pour les clients qui adhèrent au rationnel ABC illustré à la Figure 1a, pour qui B est un comportement gouverné par des règles (*rule-governed*). Toutefois, ils conceptualisent le B du modèle comme une action, un verbe (p. ex., croire, penser, s'inquiéter), s'éloignant ainsi du caractère statique, plus mécanique de la TCC conventionnelle (« vous avez la pensée que... » ; Dougher et Hayes, 2000).

Pour les individus dont les difficultés ne cadrent pas avec le modèle ABC, il est proposé d'adapter ce modèle en fonction de leurs caractéristiques. Les modèles illustrés dans la Figure 1 en « 1b », « 1c » et « 1d » décrivent mieux la problématique présentée par ces clients. Ainsi, il est possible que A ait un effet direct sur C, sans pour autant faire intervenir la cognition (« j'ai simplement réagi, mais je n'ai pas eu de pensée juste avant »). Ces comportements sont donc modelés par les contingences (*contingency-shaped*) et ne font pas intervenir de règles verbales. Dans une situation semblable, le thérapeute pourrait décider de proposer une intervention d'activation, d'exposition ou d'acceptation des expériences émotionnelles. Un thérapeute qui se base sur une pratique plus conventionnelle aurait plutôt demandé au client d'observer durant la semaine suivante s'il y a eu présence de pensées automatiques (B) en lien avec l'apparition des émotions désagréables (C). Par ailleurs, dans l'exemple 1c de la figure 1, A peut avoir un effet direct sur B et sur C, mais sans que B (la croyance/pensée) ne soit une variable médiatrice. Ce serait le cas d'une personne phobique qui sait rationnellement qu'une situation n'est pas dangereuse, mais sans le croire émotionnellement. Enfin, A peut avoir un effet sur B, lui-même médiateur entre A et C et du même coup, A peut avoir un effet sur C. Somme toute, le thérapeute qui utilise ce modèle adapté porte son observation au-delà des règles.

L'adaptation du modèle ABC favorise l'adhérence du client au rationnel psychothérapeutique et offre une plus grande flexibilité au thérapeute. Des données préliminaires révèlent que les clients se montrent

généralement beaucoup plus satisfaits face à l'adoption de cette grille d'analyse et cela est associé à un taux de rémission plus élevé à la fin de la thérapie (Kohlenberg et al., 2004; Kohlenberg et al., 2002).

Qu'advient-il du « D » dans la technique des « trois colonnes » adaptée à la troisième vague? Le D qui représente traditionnellement la restructuration cognitive des croyances irrationnelles devient un comportement alternatif public, non privé. En effet, la vision contextuelle ainsi que de nouvelles données de recherche (notamment, les travaux sur la théorie des cadres relationnels (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001) mettent en relief le caractère incontrôlable des pensées et des émotions de même que l'effet parfois nocif de la remise en question des pensées. Les approches de la troisième vague sont essentiellement comportementales et préconisent l'emploi de *comportements alternatifs* plutôt que la remise en question ou la restructuration des pensées. Ces actions impliquent d'accepter de ressentir des émotions désagréables (*willingness*) et ce, au service d'une action importante pour la personne, idéalement en direction de ses valeurs personnelles (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Kohlenberg et al., 2004). En plus de ces comportements alternatifs, la FECT ajoute un autre élément à la technique des trois colonnes, soit les interventions *in vivo* ajoutées dans une quatrième colonne.

Les interventions *in vivo*.

La compréhension des interactions entre le thérapeute et le client est une continuité logique en TCC, car la relation met en jeu des processus d'apprentissage fondamentaux comme le renforcement et le façonnement (Lejuez et al., 2006). Les interventions *in vivo*, négligées en TCC (Kanter, Schildcrout, & Kohlenberg, 2005), sont la pierre angulaire de la TAF. Ces interventions amènent le client à porter attention à ce qu'il pense, ressent et fait au moment présent et au sujet de la thérapie, du thérapeute ou de la relation thérapeutique (Kohlenberg et al., 2004). Un grand nombre de comportements que le client présente en thérapie sont semblables (en termes fonctionnels) à ceux qui créent des problèmes dans sa vie. Y porter attention et intervenir à leur propos constitue une riche opportunité d'apprentissage pour celui-ci. Selon la TAF, il est préférable d'utiliser les comportements (pensées, émotions, actions) à l'intérieur de la thérapie comme véhicule du changement, plutôt que de parler de problèmes extérieurs.

Les comportements cliniquement significatifs (CCS) (*clinically relevant behaviors*) sont ces comportements susceptibles de se produire dans le contexte de la thérapie et qui sont étroitement liés à l'histoire du client et à sa problématique. Lors des entrevues d'évaluation, l'histoire est prise en compte

exhaustivement (davantage que dans la TCC conventionnelle) afin d'identifier deux types de comportements particuliers : les CCS1 et les CCS2. Les CCS1 sont des *comportements problématiques* du client sur le plan fonctionnel qui se manifestent aussi durant la séance³. Les CCS2 sont des *progrès ou améliorations*, c'est-à-dire des comportements considérés comme déficitaires, mais que le client produit dans le contexte de la thérapie⁴.

La thérapie consiste en l'application des cinq règles fondamentales par rapport aux CCS. La première règle pour le thérapeute consiste à *observer les CCS* dans le moment présent. Selon la TAF, c'est une sorte de « pleine conscience interpersonnelle ». Le fait d'être conscient des CCS permet au thérapeute d'ajuster son comportement à celui du client et d'offrir un renforcement adéquat.

La règle 2 consiste à *susciter les CCS*. Le comportement du thérapeute à l'égard du client et la structure de la thérapie sont les déclencheurs (antécédents, stimuli) des CCS. Ainsi, les situations habituelles en ce qui a trait à la durée de la séance, les vacances du thérapeute, les coûts, les silences, vont d'elles-mêmes susciter des CSS. De surcroît, la TAF promeut une relation intense et profonde. Le thérapeute adopte une attitude dite « courageuse », car il est sécurisant et accueillant au sein d'une relation significative et de confiance. Cette attitude va contribuer à l'émergence de CSS2.

Le thérapeute doit ensuite, selon la règle 3, *renforcer immédiatement* ce CCS2 (le comportement qui constitue un progrès). Idéalement, cela doit se faire de façon immédiate et contiguë dans le temps et l'espace (un principe de base du conditionnement opérant). Il est aussi essentiel de renforcer les manifestations d'un progrès de façon naturelle (par ex., avec de l'attention, un partage d'émotions du thérapeute pour le client) et non artificielle (comme un « bravo » ou tout autre élément extrinsèque. De fait, les comportements modelés par les contingences naturelles (un apprentissage basé sur l'expérience) ont plus de chances de se généraliser à l'extérieur de la thérapie.

Prenons un exemple où le thérapeute propose un devoir à la maison à un client qui a de la difficulté à s'affirmer (règle 2) et qui refuse l'exercice. Le thérapeute applique la règle 1 et identifie qu'il s'agit probablement d'un CCS2, car il représente un progrès de la part du client. Il pourra alors décider, selon la

³ Par exemple, une personne souffrant d'anxiété sociale évite le regard du thérapeute; un homme dépressif rumine lors de la séance, une femme qui est attirée par des hommes inatteignables est attirée par le thérapeute, etc.

⁴ Par exemple, maintenir le contact visuel ou s'affirmer pour un individu souffrant d'anxiété sociale, exprimer un mieux-être pour un individu en dépression.

règle 3, de renforcer immédiatement le CCS2 en approuvant spontanément et respectueusement ce refus (un renforçateur naturel). Un thérapeute pratiquant un modèle plus conventionnel aurait plutôt décidé d'explorer les pensées automatiques associées au refus de l'exercice et de les restructurer au besoin (Beck et al., 1979).

Ce qui est renforçant pour un client peut ne pas l'être pour un autre. La règle 4 suggère de *remarquer l'effet renforçateur* du comportement du thérapeute en relation avec les CCS. En analyse clinique du comportement, une intervention est efficace si elle produit un effet désiré sur le client (par ex., l'amélioration de l'humeur) et une augmentation du comportement cible (dans ce cas-ci, l'expression d'un besoin) (Ramnerö & Törneke, 2008). La thérapie étant majoritairement constituée d'échanges verbaux, la règle 5 consiste à *offrir des interprétations* quant aux variables affectant les CCS du client, de façon à ce qu'il puisse exercer un meilleur contrôle sur ces variables dans le futur. La TAF suggère de formuler les interprétations à propos des CCS en termes fonctionnels (en incluant des antécédents, des réponses et des conséquences) et faire un lien avec l'histoire du client. Ce langage permet au client de s'approprier l'analyse de ses comportements.

La TAF s'appuie sur des principes d'apprentissage établis en laboratoire depuis plusieurs décennies (Baruch et al., 2009). La FECT a démontré son utilité au sein d'études de cas (Gaynor & Lawrence, 2002; Kanter et al., 2006). Dans une étude non randomisée (Kohlenberg et al., 2002), la FECT a été mise à l'épreuve dans le traitement de la dépression. Vingt participants ont été traités avec la TCC alors que 28 ont été pris en charge avec la TAF et la TCC combinée (FECT). Les résultats ont démontré que 79% des participants ayant bénéficié du traitement combiné ont répondu au traitement (c.-à.-d. que leur symptomatologie a diminué de plus de 50%) comparativement à 60% pour ceux du groupe ayant reçu la TCC employée seule. De plus, le fonctionnement interpersonnel des participants du premier groupe s'est avéré supérieur et les progrès hebdomadaires plus importants (Kanter et al., 2005; Kohlenberg et al., 2002). Les appuis empiriques de la TAF ont été récemment rapportés (pour une revue, Baruch et al., 2009; Ferro García, 2008).

L'Acceptation et la Pleine Conscience en Thérapie des Schémas

La thérapie des schémas existe depuis le début des années 1990 (Young, 1990; Young & Klosko, 1993) et se veut une approche intégrative (cognitive, comportementale, expérientielle et relationnelle) qui

visait à l'origine le traitement des clients réfractaires à la TCC traditionnelle (Beck et al., 1979). D'abord axée sur le concept de schémas, elle y a par la suite intégré celui des modes⁵ (Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Arntz & Van Genderen, 2009). Il est utile de comprendre le schéma comme une mémoire⁶ constituée de sensations corporelles, d'émotions, de cognitions et de souvenirs (Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008). Certains contextes favorisent l'activation des schémas. En ce sens, les schémas ont un air de famille avec la notion d'« *a priori* associés à une expérience donnée » (Heeren & Philippot, 2009). Un schéma favorise le déclenchement d'un patron cognitivo-émotionnel distinctif (voir la notion d'interprétation émotionnelle chez Lewis, 2000) ainsi qu'une propension spécifique à agir (ou à ne pas agir) dans un contexte donné. À titre d'exemple, une personne avec un schéma *Abandon* sera très sensible à toute situation où son conjoint est à distance; elle pourrait réagir dans ce contexte par une grande détresse ou une importante colère. Une autre avec un schéma *Assujettissement* se conformera compulsivement aux attentes de son conjoint pour éviter l'abandon ou la colère de ce dernier.

Une distinction a déjà été faite entre gérer ou modifier un schéma (Chaloult et al., 2008). En bref, gérer un schéma signifie s'organiser pour fonctionner avec le schéma d'une façon qui favorise la meilleure adaptation possible dans le contexte présent (le mode *Adulte Sain* dans l'approche des schémas). Il ne s'agit pas de tenter de modifier la réaction cognitivo-émotionnelle, mais de développer un nouveau rapport avec elle, surtout d'être moins à sa merci.

Dans cette perspective d'instaurer un nouveau rapport au schéma, Young a développé une fiche-mémo (*flash card*: Young & Klosko, 1993; Young et al., 2003) pour aider le client à composer avec des comportements dysfonctionnels qui sont automatiquement associés à la réactivation de schémas et travailler au développement de comportements plus fonctionnels. Avec pour objectif d'intégrer les techniques de la thérapie d'acceptation et d'engagement (*acceptance and commitment therapy*, l'abréviation anglaise est ACT; Hayes et al., 1999; Harris, 2007) visant l'abandon de stratégies de contrôle

⁵ Les modes sont des états subjectifs liés à l'activation des schémas et des styles d'adaptation dysfonctionnels – Les limites d'espace ne permettent pas de s'y attarder ici.

⁶ La mémoire peut être considérée comme la façon dont les événements passés affectent le fonctionnement futur; on n'a pas à rappeler consciemment son contenu. En langage neuroscientifique, c'est une probabilité augmentée de réactivation d'une configuration neuronale spécifique (Siegel, 1999).

inefficaces et le plus souvent nuisibles, la fiche-mémo a été bonifiée⁷ par l'incorporation de méthodes d'acceptation, de pleine conscience et d'engagement. Tout en gardant l'objectif d'en arriver à une action efficace, cette fiche vise à mieux tenir compte du contexte et à minimiser les luttes inutiles contre des pensées et des émotions qui sont déclenchées automatiquement avec l'activation du schéma⁸.

La Figure 2 résume cet outil appelé *Fiche pour composer avec mon schéma par la pleine conscience, l'acceptation et l'engagement*. L'outil est utilisé par la personne lorsque le schéma est réactivé.

Mettre Figure 2 ici

L'exposition en pleine conscience aux émotions.

Il importe à ce stade pour le client d'être simplement en contact avec ce qu'il ressent pendant un moment (sur les plans affectif et corporel). Il ne doit pas suivre ses pensées; mais plutôt reconnaître leur présence en se disant : « voici une pensée » et revenir à ce qu'il ressent. Le principe de cette première étape est: « Ce qui est, est ».

L'objectif de cette étape est d'augmenter la tolérance à l'état affectif ou à l'impulsion d'agir. La réactivation du schéma est acceptée comme une donnée avec laquelle il est possible de composer, l'objectif étant de ne pas y répondre automatiquement. Cette étape est précédée d'une initiation à l'utilisation d'une technique de pleine conscience et de psychoéducation sur l'impact de l'intensité de la réponse somatique dans l'émotion.

Identification du schéma et formulation d'hypothèses sur son histoire.

En utilisant cet outil, le thérapeute ne propose pas un travail expérientiel sur des scènes de l'histoire personnelle (par ex., décès d'une mère en bas âge pour le schéma *Abandon* ou un père ayant exigé une obéissance absolue dans le cas du schéma *Assujettissement*). Cette deuxième étape est utilisée comme une méthode de régulation de l'affect par une mentalisation de l'expérience (Fonagy, Gergely, Jurist, &

⁷ Présentations de cette fiche remaniée par Pierre Cousineau aux Congrès de l'International Society for Schema Therapy à Delft (Pays-Bas) en septembre 2007 et à Coimbra (Portugal) en septembre 2008.

⁸ Nous sommes tout à fait conscients qu'un schéma peut être considéré comme une structure hypothétique interne, un concept plus près d'une vision mécanique que contextuelle (voir notamment Ramnerö & Törneke, 2008) où le thérapeute est davantage gouverné par des règles que modelés par les contingences naturelles. L'outil présenté se veut un ajout de *techniques* pour la thérapie des schémas, la *théorie* demeure la même.

Target, 2002), une forme de distanciation face à celle-ci (par ex., « voici mon schéma abandon qui est activé »). Aussi, les hypothèses sur les origines du schéma peuvent répondre à un besoin d'attribution, de causalité. En un sens, le comportement actuel de la personne témoigne de toute son histoire (ses expériences et conditionnements).

Le jugement éclairé.

À cette étape, le client est amené à entrevoir de nouvelles façons de concevoir une situation (par une vérification auprès de personnes crédibles, une analyse fonctionnelle, etc.). Il n'est pas nécessaire d'en arriver à une conviction émotionnelle de la validité d'hypothèses alternatives, il suffit qu'elles apparaissent à tout le moins concevables. L'idée est de créer une brèche dans la prégnance de la conviction associée au schéma et d'évaluer le coût de la maintenir. Les techniques de défusion (Hayes et al., 1999; Harris 2007) peuvent être d'une utilité certaine dans cette situation; elles favorisent une perception de la pensée comme production de l'activité mentale plutôt que comme un fait indéniable.

Le jugement éclairé repose alors sur le développement, chez le client, d'une perspective qui accroît les probabilités de réponses à ses besoins fondamentaux dans le cadre de ses valeurs plutôt qu'à des patrons de réponses fondés sur des convictions émotionnelles activées de façon automatique.

L'action juste.

Après avoir porté un jugement éclairé sur sa réaction au schéma, le client se demande à cette étape qu'elle est l'action optimale dans les circonstances actuelles en considérant ce qui est possible dans la réalité, ses besoins fondamentaux et ses valeurs personnelles. De plus, il choisit alors de s'engager dans l'action quel que soit ce qu'il ressent.

Une fois l'action posée, le client peut revenir à l'étape 1 pour composer avec les émotions résiduelles. Comme nous l'avons mentionné, il est difficile de modifier ce que l'on pense et encore plus ce que l'on ressent; le contrôle sur le comportement est primordial, notamment s'il peut mener la personne vers ses choix de vie. Une personne ayant un schéma *Abandon* pourra décider de s'occuper le mieux possible (sans exiger de se sentir sereine) en attendant le retour d'appel de son conjoint, alors qu'une personne avec un schéma *Assujettissement* pourra choisir de s'affirmer et de faire face aux conséquences de ce choix.

La thérapie des schémas dispose de données probantes importantes. Par exemple, cette approche à long terme (3 années de suivi) s'est avérée hautement efficace dans le traitement des personnalités limites et est actuellement considérée comme un des rares traitements capables d'atteindre tous les aspects de la symptomatologie liés aux troubles de la personnalité (Giesen-Bloo et al., 2007). D'autres auteurs comme Ciarrochi et Bailey (2008) ont tenté d'intégrer l'ACT à d'autres modèles thérapeutiques (Hayes et al., 1999) comme le modèle ABC d'Ellis (1999; 2001). Pour eux, ce mariage est possible à condition que le thérapeute soit cohérent dans la philosophie adoptée derrière ses interventions (modèle contextuel versus mécaniste) et les cibles thérapeutiques (diminution de la symptomatologie du client versus une plus grande flexibilité psychologique). Ainsi, des interventions visant la modification du contenu (comme dans le modèle original) sont utilisées, mais on y ajoute des interventions contextuelles, visant à modifier la relation de l'individu à ses pensées (défusion). L'ACT a aussi été associé aux thérapies psychodynamiques (Bailey, Mooney-Reh, Parker, & Temelkovski, 2009) et à la thérapie comportementale dialectique (Holmes, Georgescu, & Liles, 2006). À notre connaissance il n'existe aucun article théorique ou empirique sur l'intégration de la thérapie des schémas avec les thérapies d'acceptation et de pleine conscience. Ces innovations ouvrent de nouvelles avenues en thérapie des schémas et la recherche saura confirmer si elles bonifient les interventions déjà existantes.

L'Activation Comportementale pour le Traitement de la Dépression: Un Retour aux Sources à Saveur Contemporaine

L'activation comportementale (AC) était déjà reconnue comme une composante de la thérapie cognitive de Beck (Beck et al., 1979). Au cours de travaux visant à identifier les ingrédients actifs de cette thérapie (Jacobson et al., 1996; Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998), Jacobson et ses collègues en sont venus à une conclusion à la fois excitante et controversée (Jacobson & Gortner, 2000): traiter la dépression en aidant les individus à s'activer apparaît tout aussi efficace que de les aider à modifier leurs façons de penser. Cette découverte les a incités à faire de l'AC une approche thérapeutique en soi, laquelle constitue une application nouvelle des premiers modèles et traitements comportementaux de la dépression (Martell, Addis, & Jacobson, 2001; Addis & Martell, 2004). Cette approche brève et structurée favorise le contact de la personne avec des sources de renforcement susceptibles d'apparaître

naturellement à travers un processus graduel d'activation, la résolution de problèmes et la diminution de l'évitement (Dimidjian & Davis, 2009).

L'AC contemporaine prend racine dans la philosophie du *contextualisme* qui a été initialement proposée par Ferster (Ferster, 1973a, 1981) et Lewinsohn (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn & Graf, 1973). Le modèle de l'AC postule que les sentiments dépressifs résultent d'une combinaison de facteurs (vulnérabilité biologique, histoire d'apprentissage et circonstances de la vie) qui constitue le *contexte* de la dépression. Le contexte implique les événements internes (émotions et cognitions), les facteurs biologiques (par ex., vulnérabilités génétiques, douleurs) et l'environnement externe (par ex., événements de vie). Un des principes explicatifs de la dépression porte sur l'emploi de stratégies qui ne sont pas adaptatives dans un contexte donné. Ainsi, en réponse à un contexte de vie particulier, l'individu déprimé a tendance à s'engager dans des actions ayant pour fonction de diminuer l'inconfort et la souffrance (par ex., l'inaction, le retrait social, l'inertie). Étant donné qu'ils lui permettent d'éviter des conséquences aversives à court terme, ces comportements deviennent de plus en plus probables dans le futur (renforcement négatif). À plus long terme, ces comportements d'évitement risquent de générer des problèmes secondaires qui aggravent la dépression parce qu'ils (1) diminuent le répertoire de comportements de l'individu et par conséquent, les sources potentielles de renforcement naturel, et (2) empêchent la personne de résoudre ses problèmes. L'AC vise à briser ce cycle négatif en diminuant l'emploi de stratégies d'adaptation perçues comme aidantes à court terme, mais qui ont tendance à devenir inefficaces à long terme. Elle remet de l'avant le rôle de l'*évitement* dans le développement et le maintien de la dépression, un rôle bien documenté par les pionniers (par ex., Ferster, 1973b) et largement reconnu dans les troubles anxieux, mais éclipsé des approches cognitives de la dépression (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001).

La composante d'AC intégrée à la thérapie cognitive de Beck visait essentiellement l'augmentation d'événements plaisants. Or, l'AC contemporaine remet de l'avant une *approche analytique fonctionnelle* qui détermine ce qui est renforçant d'une façon *idiographique*, c'est-à-dire *unique à un individu* dans un *contexte donné* plutôt qu'en fonction d'hypothèses *à priori*. L'AC dépasse largement la réalisation d'activités plaisantes. Elle se base sur une approche contextuelle qui met l'accent sur la *fonction d'un comportement*, en l'occurrence ses conséquences sur l'humeur à un moment donné. Alors qu'un

événement plaisant en est un auquel la personne prend plaisir (sans nécessairement avoir un effet antidépresseur), un événement renforçant augmente la probabilité d'apparition d'un comportement cible (Jacobson, 1997; Martell et al., 2001). L'*analyse fonctionnelle* permet d'observer de façon détaillée ces *relations* entre les actions, le contexte et l'humeur, ce qui en fait un outil majeur du traitement. L'AC aide l'individu à reconnaître les contingences qui maintiennent les comportements dépressifs, à élargir et rendre plus flexible son répertoire de réponses à ces contingences. En l'aidant à s'engager dans des actions susceptibles de le rapprocher de ses objectifs, elle maximise les possibilités de renforcement naturel. Au long cours, ce processus devrait améliorer l'humeur.

L'AC dans la pratique clinique

En raison de sa vision idiographique, l'AC est structurée, mais ne se déroule pas selon un format prédéterminé séance après séance. Même si elle adopte une conceptualisation distincte de la dépression, l'AC partage plusieurs similitudes avec la thérapie cognitive. Toutes deux reposent sur une relation de collaboration entre le client et son thérapeute qui agit comme un entraîneur ou un consultant. Elles suggèrent d'établir un agenda et font un usage fréquent des devoirs (Dimidjian & Davis, 2009; Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop & Hollon, 2007). Mais les stratégies centrales de l'AC sont purement comportementales, telles que la sélection d'objectifs, l'enregistrement quotidien des activités et l'évaluation continue des actions et de leurs contingences, la planification d'activités, l'assignation de tâches graduelles et la résolution de problèmes. En ce sens, l'optimisation de la TCC par l'AC ne passe pas par l'ajout de stratégies, mais par le maintien d'une attention constante sur la composante comportementale. L'utilisation d'un nombre restreint de stratégies thérapeutiques et l'attention soutenue sur des objectifs limités peut s'avérer particulièrement utile lors de thérapies brèves auprès de patients présentant des symptômes de dépression sévère et vivant des situations de vie complexes (Coffman et al., 2007).

Alors que la thérapie cognitive met l'emphase sur la perception et l'interprétation que l'individu fait des événements, de soi et des autres, l'AC porte attention aux interactions entre l'individu et son environnement. Elle fait l'hypothèse que ce sont certains contextes de vie et son histoire d'apprentissage qui ont amené l'individu à adopter des stratégies d'adaptation passives et qui ont nui au développement de ses habiletés de résolution de problèmes. Sur le plan thérapeutique, cette vision de l'AC peut

présenter un avantage par rapport à d'autres approches qui conceptualisent la dépression comme une entité à l'intérieur de la personne ou le résultat d'un déficit (par ex., croyances erronées, faible estime de soi, conflit interne, déficit neurochimique). La conceptualisation contextuelle et démedicalisée de l'AC risque peut-être moins d'amener les individus à se blâmer de la détresse qu'ils vivent (Coffman et al., 2007).

L'AC vise le développement de stratégies d'adaptation pour contrer l'évitement en aidant l'individu à poser des actions dirigées vers ses objectifs. On amène l'individu à *agir en fonction d'un plan* plutôt qu'en fonction de son humeur. Ainsi, le client est encouragé à ne pas attendre la motivation pour s'engager et poursuivre des actions en dépit de l'expérience d'émotions désagréables. Le thérapeute valide la présence d'émotions pénibles tout en les désignant comme inhérentes à l'existence humaine et accompagnant régulièrement l'accomplissement d'objectifs importants. L'AC combine donc l'action et l'acceptation (Hayes et al., 1999). Elle aide le client à développer des contextes qui améliorent son existence sans nécessairement faire la lutte incessante aux émotions désagréables.

L'AC aborde les cognitions d'une façon différente de la TCC traditionnelle. Plutôt que de porter attention au contenu ou à la validité d'une pensée, elle aborde le fait de penser au même titre qu'un autre comportement, en questionnant son *utilité* dans un contexte donné pour améliorer l'humeur. Le client détermine si l'action de penser à ce moment a une fonction de résolution de problèmes, ce qui serait utile dans certains contextes, ou plutôt une fonction faisant obstacle à l'activation. Le client est invité à prêter attention à son expérience, moment par moment, afin d'observer les contingences associées à son comportement. Cette stratégie empruntée aux thérapies basées sur la « pleine conscience » (Segal et al. 2002) est fort utile à la gestion des pensées de rumination fréquemment observées dans le contexte de la dépression.

Les recherches empiriques utilisant l'AC.

Les études portant sur l'AC foisonnent (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Ekers, Richards, & Gilbody, 2008). Des essais randomisés montrent l'efficacité de l'AC pour traiter la dépression, maintenir les acquis deux ans après la fin du traitement et prévenir la rechute dépressive, égalant ou surpassant dans certains cas une médication ou la thérapie cognitive (Coffman et al., 2007; Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008). Dans un nouveau champ de recherche, on observe même des changements de

certaines marqueurs biochimiques lors de l'activation (Ditcher, Felder, Petty, Bizzell, Ernst, & Smoski, 2009). Enthousiaste par rapport à ces découvertes, notre équipe a traduit en français un manuel d'auto-traitement (Addis & Martell, 2009) et utilise l'AC auprès de personnes atteintes d'un cancer (Blais, Gagnon, & Couture, 2009). Dans un programme de recherche parallèle, l'équipe de Hopko a développé une thérapie d'AC distincte (Hopko & Lejuez, 2007; Hopko, Lejuez, Ruggiero, & Eifert, 2003; Lejuez, Hopko, & Hopko, 2002). Les études d'intervention de cette équipe, bien que présentant des limites méthodologiques, appuient la pertinence de l'AC auprès de diverses populations (Hopko, Bell, Armento, Hunt, & Lejuez, 2005; Hopko et al., 2008; Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir, & Lejuez, 2003). Comme le soutenait Neil Jacobson, il semble que, dans une certaine mesure, « moins soit mieux » (Coffman et al., pp. 540, traduction libre). Ainsi, des interventions purement comportementales aidant les personnes à s'activer et à s'engager dans leur vie de façon à vivre des expériences de plaisir ou d'accomplissement, à résoudre des problèmes et à accomplir des objectifs de vie importants peuvent s'avérer suffisantes pour produire les changements désirés dans le contexte de la dépression. L'ensemble de ces travaux indique la pertinence de revisiter les racines des théories comportementales occultées au cours des dernières décennies et invite à y porter un regard contemporain.

La Troisième Vague en Thérapie de Couple

La première vague en thérapie de couple comportementale a produit deux procédures thérapeutiques dont l'efficacité a été démontrée : l'accroissement des échanges positifs et l'entraînement à la communication et à la résolution de problèmes. La thérapie de couple donnait alors un taux d'efficacité d'environ 50 % (Jacobson & Addis, 1993). La deuxième vague a proposé une thérapie de couple d'approche cognitive. Malheureusement, cette approche n'a pas amélioré l'efficacité de l'intervention auprès des couples, comparativement à la première vague. Nous sommes actuellement en présence d'une troisième vague en thérapie de couple. Après avoir examiné les éléments nouveaux apportés par cette troisième vague à la thérapie de couple, nous évaluerons si ces nouvelles méthodes d'intervention permettent d'atteindre un plus haut niveau d'efficacité.

Les tenants de la troisième vague ont proposé trois méthodes d'intervention auprès des couples. Il y eut d'abord la thérapie de couple comportementale intégrative (TCCI) de Jacobson et Christensen (1996), puis la thérapie de couple comportementale dialectique de Fruzzetti (2008) et très récemment, la thérapie

de couple d'acceptation et d'engagement de Walser et Westrup (2009). En général, ces approches intègrent des acquis des deux premières vagues, tout en donnant une importance primordiale à des concepts relativement nouveaux, tels que contexte (et contextualisme fonctionnel), acceptation, régulation des émotions et pleine conscience. Nous allons maintenant analyser ces concepts et voir s'ils constituent des nouveautés par rapport aux deux premières vagues en thérapie de couple.

Tout comme le traitement de la dépression, la thérapie de couple de la troisième vague adopte le contextualisme fonctionnel comme base philosophique (Christensen, Sevier, Simpson, & Gattis, 2004; Fruzzetti & Iverson, 2004). Comme nous l'avons vu précédemment, cette façon de conceptualiser la réalité psychologique et sociale correspond à ce que, dans la première vague, on appelait l'analyse fonctionnelle ou comportementale. Elle implique que, pour faciliter le changement, la psychothérapie doit procurer aux conjoints des expériences nouvelles et ainsi créer un nouveau contexte, ce que Jacobson et Christensen (1996) appellent des changements contextuels (*contextual shifts*).

L'importance accordée aux changements contextuels en thérapie de couple de la troisième vague amène aussi à favoriser les comportements modelés par les contingences plutôt que régis par les règles (Skinner, 1966); autrement dit, les interventions thérapeutiques font appel le plus souvent possible à un apprentissage expérientiel et se basent moins fréquemment sur des règles prescrites par le thérapeute ou négociées par les conjoints. Les comportements modelés par les contingences naturelles apparaissent moins rigides, plus stables et plus authentiques, comparativement à l'apprentissage régi par les règles et représentent souvent le type de changements désirés par les conjoints (Hayes et al., 1999; Jacobson & Christensen, 1996). Un conjoint pourra montrer son appréciation des comportements de sa conjointe à la suite d'une suggestion (une règle) du thérapeute, mais il est bien possible que ce comportement se maintienne uniquement s'il suscite un renforcement naturel (p. ex., un sourire de la conjointe). Ou encore, des conjoints peuvent négocier une entente concernant les tâches domestiques, ce qui constitue une règle, mais l'entente aura certainement plus de chances d'être respectée si elle produit un renforcement naturel, comme des interactions plus agréables ou des marques d'appréciation.

L'acceptation est un concept fondamental pour les psychothérapeutes de la troisième vague. Elle est considérée comme centrale dans tous les modèles d'intervention auprès des couples proposés par les adeptes de la troisième vague (Fruzzetti, 2008; Jacobson & Christensen, 1996; Walser & Westrup, 2009).

Il peut s'agir de l'acceptation de soi, mais dans l'intervention auprès des couples, l'acceptation de l'autre revêt une importance toute particulière. Jacobson et Christensen (1996) considèrent que les deux premières vagues ont misé principalement sur des stratégies favorisant le changement et ont ainsi obtenu un certain succès. Toutefois, il y a eu échec avec des conjoints qui, pour quelque raison que ce soit, sont incapables de faire des modifications dans leurs comportements. Il y a donc lieu de promouvoir l'acceptation quand des conjoints se retrouvent devant des différences irréconciliables ou des problèmes insolubles. Il s'agit donc ici d'un apport très important de la troisième vague par rapport aux deux vagues précédentes, du moins théoriquement.

La régulation des émotions s'ajoute aux concepts de la troisième vague. Fruzzetti (2008) l'intègre dans son approche en adoptant les fondements théoriques de la thérapie comportementale dialectique mise de l'avant par Linehan (1993) dans le traitement des personnes présentant des troubles de personnalité limite. Ainsi, il considère que le principal problème des couples insatisfaits relève d'un dysfonctionnement émotif qui entraîne des patrons de conflits destructeurs. Incapables de diminuer leurs émotions négatives très intenses, les conjoints éprouveraient beaucoup de difficulté à exprimer leurs émotions et à porter attention à leur partenaire. Afin de diminuer leurs émotions négatives, Fruzzetti propose aux conjoints de cultiver l'acceptation de soi et de l'autre en développant la pleine conscience de soi, de l'autre et de la relation. Pour atteindre la pleine conscience, il faut observer et décrire les pensées, les émotions et les actions de chacun ainsi que les impacts qu'elles ont sur les deux conjoints, sans porter de jugement⁹.

La pleine conscience permettrait de diminuer l'« évitement expérientiel », c'est-à-dire la tendance à vouloir éliminer les pensées et les émotions dérangeantes (Walser & Westrup, 2009). Elle facilite aussi la validation de l'autre, c'est-à-dire la reconnaissance que les comportements, les pensées et les émotions de l'autre sont valables, sans nécessairement être d'accord avec lui. Bref, l'opérationnalisation de la pleine conscience et son utilisation en thérapie de couple semblent constituer un autre apport important de la troisième vague. Il faut noter que, du même coup, Fruzzetti introduit une composante individuelle à la thérapie de couple. Ceci constitue aussi une nouveauté, en ce que sens que, traditionnellement, la thérapie de couple se concentrait sur l'interaction conjugale plutôt que sur les individus.

⁹ Il s'agit évidemment ici de jugements moraux, du genre « c'est bien », « c'est mal », etc.

Malgré ce qui semble nouveau dans la troisième vague, il faut bien remarquer qu'il y a une certaine convergence avec les concepts déjà connus. Ainsi, le concept de pleine conscience sans jugement rejoint celui d'exposition, d'absence d'évitement et de validation. En effet, la personne qui prend pleinement conscience d'une interaction s'y expose, ne fait pas d'évitement et, si elle ne porte pas de jugement, il lui sera plus facile de valider l'autre. La recherche devra confirmer que les éléments nouveaux de la troisième vague permettent d'améliorer l'efficacité de la thérapie de couple; sinon, ils sont inutiles.

À notre connaissance, il n'y a aucune recherche sur l'approche de Walser et Westrup (2009). Quant à la thérapie de couple comportementale dialectique, deux études de l'équipe de Fruzzetti en confirment l'efficacité (Fruzzetti & Mosco, 2006; Murphy & Fruzzetti, 2007). Toutefois, il s'agit d'études pilotes sans groupe contrôle.

Parmi les propositions de thérapie de couple de la troisième vague, la thérapie de couple comportementale intégrative (TCCI) est celle qui bénéficie du plus grand appui empirique. Quelques études comparent l'efficacité de la TCCI à celle de la thérapie de couple comportementale traditionnelle (TCCT). Les premières études pilotes semblent favoriser la TCCI (Cordova, Jacobson, & Christensen, 1998; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Eldridge, 2000). Par la suite, des études mieux contrôlées (Christensen, 2003; Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom, & Simpson, 2004) ont été publiées et ne trouvent pas de différences statistiquement significatives entre ces deux approches quant à leur efficacité. À une relance de deux ans, il n'y a pas, non plus, de différences entre les deux groupes de traitement. Les deux tiers des couples sont satisfaits de leur vie conjugale ou se sont améliorés de façon cliniquement significative (Christensen, Atkins, Yi, Baucom, & George, 2006), ce qui est plus positif que le 50 % de succès obtenu dans les études des deux premières vagues. Christensen et ses collaborateurs (2006) considèrent que certaines données accordent néanmoins un avantage à la TCCI; par exemple, les couples qui sont encore ensemble à la relance sont plus satisfaits de leur relation de couple s'ils ont reçu la TCCI par rapport à ceux qui ont reçu la TCCT. Cependant, selon Öst (2008), les recherches portant sur les procédures thérapeutiques de la troisième vague utilisent une méthodologie moins rigoureuse que les recherches sur les vagues précédentes. Ceci est relativement normal pour de nouvelles formes de thérapie, mais un tel état de fait ne permet pas encore de considérer que les nouvelles thérapies sont supportées empiriquement (Ladouceur, Boisvert, Loranger, Morin, Pépin, & Blais, 2003).

En supposant que la TCCI et la TCCT donnent des résultats semblables, il serait intéressant de savoir quels types de couples répondent mieux à l'une ou l'autre de ces approches. Une étude de Baucom, Atkins, Simpson et Christensen (2009) aborde cette question. Les couples où, avant le traitement, la femme manifeste un niveau d'activation plus élevé (probablement reliée à la colère, la frustration et l'irritation), sont plus détériorés deux ans après le traitement s'ils ont reçu la TCCT plutôt que la TCCI. Il est possible que la TCCI, en mettant l'accent sur l'apprentissage à composer avec les émotions négatives, contribue davantage que la TCCT à ce que le contexte soit favorable à une bonne communication et à une plus grande satisfaction. Quoi qu'il en soit, de nouvelles recherches sont nécessaires pour vérifier l'efficacité de la thérapie de couple de la troisième vague.

Conclusion

À la fin des années 1990, Neil Jacobson nous invitait à « revisiter les racines philosophiques de la thérapie comportementale et à retourner à la pensée analytique fonctionnelle en portant attention au contexte » (Jacobson, 1997, p. 435, traduction libre). Cette citation résume l'essentiel de notre propos. Ce retour aux sources a peut-être le potentiel d'améliorer les interventions. En dehors du débat entre deuxième et troisième vagues, la modernisation de l'approche skinnérienne nous offre de nouvelles avenues en TCC. Tout en conservant la rigueur scientifique propre à la tradition comportementale, les méthodes d'acceptation, de pleine conscience et d'activation préconisent des interventions portant l'attention sur l'expérience et le contexte. L'utilisation de ces méthodes ne rejette pas les façons de faire traditionnelles de la TCC. Des approches comme la TAF, l'ACT, l'AC et la TCCI peuvent s'intégrer à la pratique traditionnelle afin, peut-être, de bonifier les interventions.

D'autres auteurs ont reconnu que les approches de deuxième et de troisième vagues peuvent être complémentaires. DiGiuseppe (2008) explique qu'il est possible que la TCC conventionnelle et par exemple l'ACT expliquent différentes parties de la variance du même construit qu'est la souffrance (ou la psychopathologie). Certaines recherches (voir Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006 pour une revue des écrits) suggèrent que ces deux formes de thérapie mettent en jeu des processus de changement distincts. Les variables médiatrices du changement seraient donc différentes. Pour la TCC, la capacité du client d'« observer » et de « décrire » expliquerait le changement thérapeutique alors que pour l'ACT, ce sont la « capacité d'agir avec conscience », la réduction de l'« évitement expérientiel » et

« l'acceptation » qui rendraient compte de l'amélioration du client (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007). Hofmann et Asmundson (2008) s'appuient pour leur part sur les travaux de Gross (2002) portant sur la régulation des émotions pour affirmer que les approches basées sur l'acceptation ne sont pas incompatibles avec la TCC classique. Les approches basées sur l'acceptation interviendraient à un niveau différent de la séquence qui mène aux émotions. La réévaluation cognitive est une stratégie qui agit *avant* la réponse émotionnelle et comportementale (*antecedent-focused*) alors que les stratégies d'acceptation agiraient *après* la réponse (*response-focused*). Considérées sous cet angle, les méthodes apparaissent complémentaires.

Certains peuvent penser que la recherche dans le domaine de la troisième vague n'avance pas très rapidement et que les résultats obtenus jusqu'à maintenant sont peu convaincants (Öst, 2008). D'autres, moins pessimistes, comme les tenants de la troisième vague, diront que leurs propositions de changements reposent sur des bases scientifiques solides. En effet, les processus en jeu dans le maintien de la psychopathologie, la spécification d'une philosophie de la science (c.-à.-d., le contextualisme), l'évaluation en recherche de techniques spécifiques (par ex., la défusion) de même que le souci d'harmoniser les interventions à des principes d'apprentissage issuent de la recherche fondamentale (par ex., la théorie des cadres relationnels), devrait être pris en compte dans l'évaluation de l'efficacité des interventions (Levin & Hayes, 2009). Malgré la nécessité de conduire de plus amples recherches randomisées auprès de différentes populations et provenant de groupes de recherche indépendants, les approches récentes apparaissent prometteuses et offrent des moyens complémentaires pour aider les clients à composer avec la souffrance et les difficultés inhérentes à l'existence humaine.

Références

- Addis, M. E., & Carpenter, K. M. (2000). The treatment rationale in cognitive behavioral therapy: Psychological mechanisms and clinical guidelines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(2), 147-156.
- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Addis, M. E., Martell, C. R. (2009). *Vaincre la dépression une étape à la fois* (J.-M. Boisvert et M.-C. Blais, traducteurs). Montréal : Les Éditions de l'Homme (document original, 2004).
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 5, 263-279.
- Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. UK: Wiley-Blackwell.
- Baucom, B. R., Atkins, D. C., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2009). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of couple therapy: A 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 160-173.
- Bailey, A., Mooney-Reh, D. Parker, L., & Temelkovski, S. (2009). Beyond the fragmented self: Integrating acceptance and psychodynamic approaches in the treatment of borderline personality. In J. T. Blackledge, J. F. Ciarrochi, & F. P. Deane, *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory research and practice* (pp. 281-310). Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Bush, A. M., Plummer, M. D., Tsai, M., Rusch, L. C., Landes, S. J., & Holman, G. I. (2009). Lines of evidence in support of FAP. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. S., Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Éds). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 21-36). New York: Springer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Blais, M.-C., Gagnon, P. & Couture, F. (2009, juin). Behavioural activation therapy can help depressed cancer patients getting their life back following treatments: Preliminary findings. Affiche présentée au 11th *IPOS World Congress of Psycho-Oncology*, 21-25 juin 2009, Vienne, Autriche.

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive behavioural therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Chaloult, L., Ngo, T., Goulet, J. & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Christensen, A. (2003). *The outcome of behavioural marital therapy: Immediate impact and long-term follow-up*. Document présenté au 33e congrès annuel de l'European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Prague, septembre 2003.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 176-191.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1180-1191.
- Christensen, A., Sevier, M., Simpson, L. E., & Gattis, K. S. (2004). Acceptance, mindfulness, and change in couple therapy. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Éds), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 288-309). New York: Guilford.
- Ciarrochi, J., & Bailey, A. (2008). *A CBT-practitioner's guide to ACT: How to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R., Hollon, S. D. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 531-541.
- Cordova, J. V., Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: Impact on couples' in-session communication. *Journal of Marital and Family Therapy, 24*, 437-455.
- Corrigan, P. W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist, 24*(9), 189-193.
- Cottraux, J. (Éd.). (2007). *Thérapie cognitive et émotions : la troisième vague*. France : Masson.

- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 318-326.
- David, D., & Szentagotai, A. (2006). Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model. *Clinical Psychology Review, 26*, 284-298.
- Dionne, F., & Neveu, C. (2010). La troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*. Manuscrit accepté pour publication.
- DiGiuseppe, R. (2008). Surfing the waves of behavior therapy. In D.J. Moran (Éd.). *The three waves of behavior therapy: Course corrections or navigation errors?* (pp. 154-155). *The Behavior Therapist, Special Issue*, Winter.
- Dimidjian, S., & Davis, K. J. (2009). Newer variations of cognitive-behavioral therapy: Behavioral activation and mindfulness-based cognitive therapy. *Current Psychiatry Reports, 11*, 453-458.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D. et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Ditcher, G. S., Felder, J. N., Petty, C., Bizzell, J. Ernst, M., & Smoski, M. J. (2009). The effects of psychotherapy on neural responses to rewards in major depression. *Biological Psychiatry, 66*, 886-897.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D. et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 468-477.
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. In M. J. Dougher (Éd.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11-26). Reno, NV: Context Press.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine, 38*, 611-623.
- Ellis, A. (1999). *Dominer votre anxiété avant qu'elle ne vous domine*. Canada : Les Éditions de l'Homme.
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. Amherst, NY: Prometheus Books.
- Ferro García, R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*, 239-249.

- Ferster, C. B. (1973a). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Ferster, C. B. (1973b). A functional analysis of behavior therapy. In L. P. Rehm (Éd.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 181-196). New York: Academic Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fontaine, O., Ylief, M., & Fontaine, P. (2009). 3ème vague des TCC ou 1ère vague revisitée ? : Partim I: Commentaires théoriques. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 14(2), 3-12.
- Fontaine, O., Ylief, M., & Fontaine, P. (2010). 3ème vague des TCC ou 1ère vague revisitée ? : Partim II: D'autres objectifs et d'autres méthodes ? *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Fruzzetti, A. E. (2008). *Régler les conflits de couple* (G. Patenaude, traducteur). Saint-Constant, Québec : Broquet (Document original publié en 2006).
- Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2004). Mindfulness, acceptance, validation, and "individual" psychopathology in couples. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Éds), *Mindfulness and acceptance : Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 168-191). New York : Guilford.
- Fruzzetti, A. E., & Mosco, E. (2006). *Dialectical behavior therapy adapted for couples and families: A pilot group intervention for couples*. Document inédit, Université du Nevada, Reno.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of Schema-focused therapy vs Transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gaynor, S. T., & Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 79-101.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K., S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.

- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal : Les Éditions de l'Homme (document original, 2007)
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Éds), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S. C. Hayes, V. M. Follette, Y. M., M. Linehan (Éds), *Mindfulness and acceptance : Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes, S. C. (2008a). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of ACT and traditional CBT. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 286-295.
- Hayes, S. C. (2008b). Avoiding the mistakes of the past. In D.J. Moran (Éd.). *The three waves of behavior therapy: Course corrections or navigation errors?* (pp.150-153). *The Behavior Therapist, Special Issue*, Winter.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Éds). (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New-York: Plenum.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Éds). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New-York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New-York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2009). Les interventions basées sur la pleine conscience. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 14, 13-23.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology, Science and Practice*, 5, 280-285.

- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*(1), 1-16.
- Holmes, E. P., Georgescu, S., & Liles, W. (2006). Further delineating the applicability of acceptance and change to private responses: The example of dialectical behavior therapy. *The Behavior Analyst Today, 7*(3), 301-324.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 236-243.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N., & Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy, 39*, 126-136.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, progress. *Clinical Psychology Review, 23*, 699-717.
- Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2007). *A cancer patient's guide to overcoming depression and anxiety: Getting through treatment and getting back to your life*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicide in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 17*, 460-478.
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy, 28*, 235-243.
- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 85-93.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 351-355.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A. et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.

- Jacobson, N. S., & Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463-467,
- Kanter, J. W., Schildcrout, J. S., & Kohlenberg, R. J. (2005). In vivo processes in cognitive therapy for depression: Frequency and benefits. *Psychotherapy Research*, 15(4), 366-373.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 213-229.
- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. (2004). Functional Analytic Psychotherapy, Cognitive Therapy, and Acceptance. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Éds) *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 96-119). New York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New-York: Plenum Publishers.
- Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., Loranger, M., Morin, C. M., Pépin, M., & Blais, M.-C. (2003). Les traitements psychologiques appuyés empiriquement: État de la question et critique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 53-65.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2002). *The brief behavioral activation treatment for depression (BATD): A comprehensive patient guide*. Boston: Pearson Custom Publishing.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. M. (2006). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 456-468.

- Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2009). ACT, RFT, and contextual behavioral science. In J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. P. Deane (Éds), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary research and practice* (pp. 1 – 40). Sydney: Australian Academic Press.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. M. Friedman & M. M. Katz (Éds), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 261-268.
- Lewis, M. D. (2000). Emotional self-organization at three time scales. In M. D. Lewis & I. Granic (Éds), *Emotion, development, and self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 37-69). Cambridge: Cambridge University Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thought in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*, 173-187.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Moran, D. J. (Éd.). (2008). The three waves of behavior therapy: Course corrections or navigation errors? *The Behavior Therapist, Special Issue*, Winter.
- Murphy, K. R., & Fruzzetti, A. E. (2007). *The effectiveness of the high-conflict couple : A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. Document présenté au 41e Congrès de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Philadelphie.
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 296-321.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New-York: Guilford Press. Traduction francophone, 2006, Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behaviour*. New-York: Free Press.

Skinner, B. F. (1966). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B. S., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.

Walser, R. D., & Westrup, D. (2009). *The mindful couple : How acceptance and mindfulness can lead you to the love you want*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New-York: Wiley.

Young, J. E. (1990, révisé en 1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Young, J. E., & Klosko, J.S. (1993). *Je réinvente ma vie*. Montréal: Éditions de l'Homme (1995, 2003).

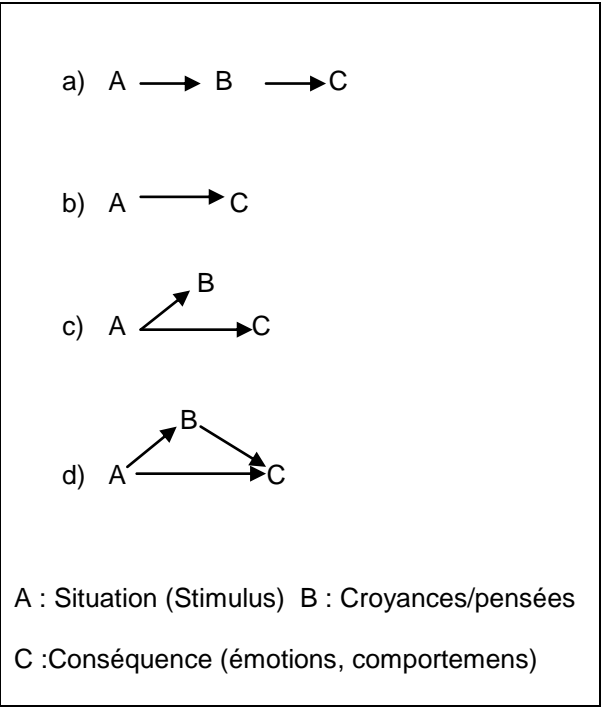


Figure 1. Adaptation du modèle ABC traditionnel.

| Étapes | Enjeux pour le client |
|---|---|
| 1. L'exposition en pleine conscience aux émotions | <i>Rester avec ce que je ressens sans chercher à le modifier.</i> |
| 2. Identification du schéma et hypothèse sur son histoire | <i>Pourquoi ai-je cette réaction-là?</i> |
| 3. Le jugement éclairé | <i>Est-ce que je peux envisager d'autres façons de voir les choses que celles proposées par mon schéma?</i> |
| 4. L'action juste | <i>Je choisis d'agir ... et je le fais, quel que soit ce que je ressens.</i> |

Figure 2. Fiche pour composer avec les schémas par la pleine conscience, l'acceptation et l'engagement.