

## OPTIMISER LE TRAITEMENT DES TROUBLES ANXIEUX GRÂCE À L'ACCEPTATION ET LA PLEINE CONSCIENCE

Frédéric Dionne et Laurie-Anne Guimond <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Cet article vise à présenter une intégration des stratégies de la troisième vague à sa pratique clinique sans délaisser ses connaissances de base en thérapie cognitive-comportementale (TCC). Au lieu de mettre l'accent sur les différences entre les différentes formes de TCC, l'article décrit la TCC sous l'angle des facteurs communs. À l'aide d'une vignette clinique d'un client souffrant d'un trouble anxieux, il suggère quelques principes par lesquels une intégration entre les trois vagues de la TCC est possible comme : adopter une vision basée sur le contextualisme fonctionnel, connaître sa visée thérapeutique, prodiguer des enseignements expérientiels, établir une analyse fonctionnelle, cibler des processus transdiagnostiques appuyés empiriquement. L'article présente également quelques exemples d'intervention permettant d'agir sur les émotions, comportements et pensées.

---

**Mots clés :** thérapie cognitive-comportementale, thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), thérapie basée sur les processus, psychothérapie.

1

Les approches dites de « troisième vague » en thérapie cognitive-comportementale (TCC) connaissent une popularité indéniable depuis les dernières années. Cependant, quelques critiques ont été formulées devant le fait de diviser la TCC en vagues ou paradigmes. S'intéresser aux facteurs communs de la TCC et à la complémentarité des méthodes thérapeutiques, au lieu des caractéristiques distinctives, est à notre avis une avenue plus porteuse pour le développement de la TCC. Dans cette optique, le clinicien peut recourir aux méthodes des trois vagues de la TCC à l'intérieur d'une même psychothérapie, à condition qu'elles servent son client selon les contextes de l'intervention. Dans ce cadre, il n'est pas requis que le praticien en TCC plus conventionnelle se forme à une toute nouvelle approche. Avoir recours aux principes et méthodes des « trois vagues

**Correspondance :** Frédéric Dionne, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, C.P. 500, Québec, Canada G9A 5H7. Courriel : [frederick.dionne@uqtr.ca](mailto:frederick.dionne@uqtr.ca)

**Remerciements :** Les auteurs aimeraient remercier la Prof. Julie Leclerc, Ph. D., de l'Université de Montréal pour l'organisation de la première journée thématique de l'ASMC, le président de l'ASMC, le Prof. Réal Labelle, Ph.D., ainsi que la Prof. Pascale Brillon, Ph. D., rédactrice en chef de la revue *Science et Comportement*. Nos remerciements vont également à la Dre Sylvie Rousseau, D. Ps., psychologue, pour sa relecture attentive du manuscrit.

© 2022. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.  
Tous droits réservés. [www.science-comportement.org](http://www.science-comportement.org)

**Optimiser le traitement des troubles anxieux grâce à l'acceptation et la pleine conscience**

» suggère plutôt de retourner à ses bases en TCC afin d'y ajouter de nouvelles méthodes (p. ex., acceptation et pleine conscience) et ainsi répondre, avec plus de souplesse, aux besoins variés des clients. À la manière des émissions de rénovation sur nos écrans, on ne cherche pas à refaire toute la fondation, mais plutôt à bonifier quelques pièces de la maison, et ce, à moindres coûts et à la lumière des plus récentes données. À l'aide d'une illustration clinique d'une personne souffrant d'un trouble anxieux, cet article présente un cadre théorique à partir duquel les méthodes basées sur l'acceptation et la pleine conscience permettent d'optimiser l'efficacité des interventions en TCC.

### Le cas de Philippe

Âgé de 30 ans, Philippe est un client connu pour souffrir d'un trouble panique et d'agoraphobie. Alors qu'il s'est porté mieux pendant quelques années, il reprend rendez-

---

<sup>1</sup> Cet article a été adapté à des fins pédagogiques et dans un souci de clarté et de concision. Il ne constitue donc pas une retranscription intégrale de la conférence du Colloque qui a eu lieu le 9 avril 2021 dans le cadre de la première journée thématique de l'ASMC.

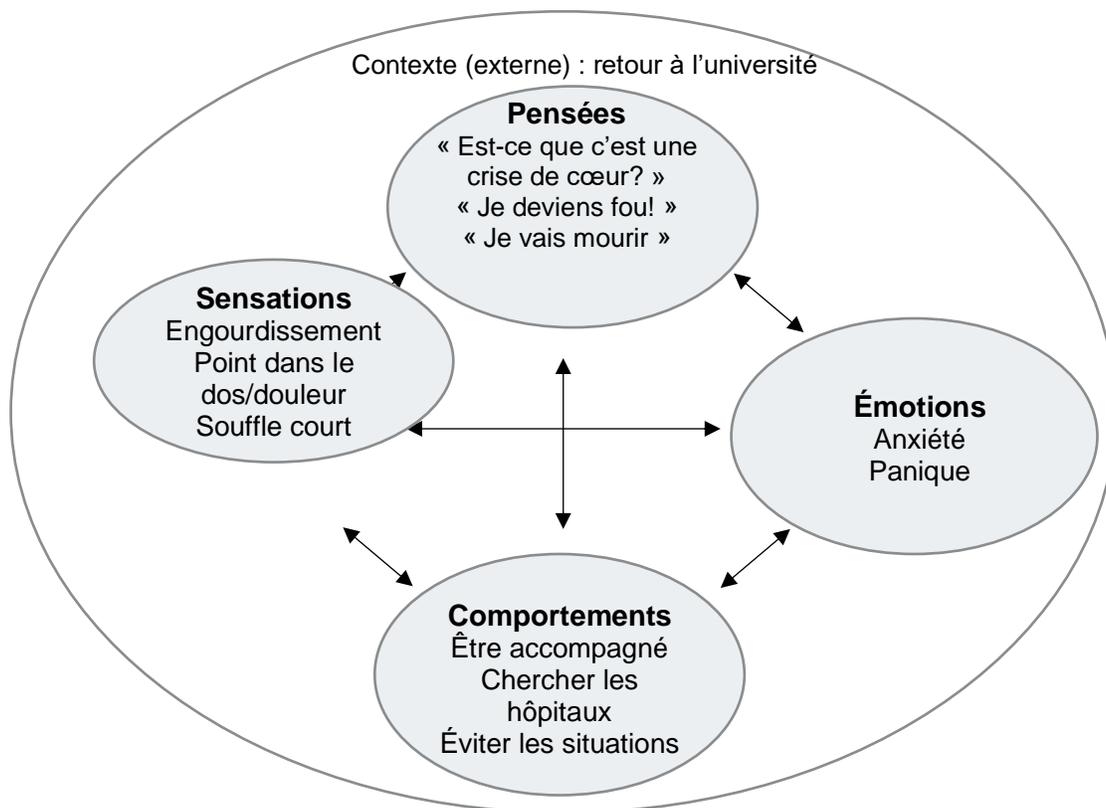
vous avec vous, car il craint de faire une « rechute », dit-il, lui qui s'isole et évite de plus en plus les situations de sa vie par peur de « perdre le contrôle ». L'analyse fonctionnelle, présentée à la Figure 1, illustre sa situation. Lorsqu'il est dans des situations publiques, il ressent des sensations telles que de l'engourdissement, une sensation de poing dans le dos, le souffle court et un rythme cardiaque accéléré. Il entretient également des pensées du type « C'est peut-être un cancer ou le COVID », « Je deviens fou » et « Je vais mourir ». Ces cognitions augmentent alors son niveau d'anxiété, qui fait de nouveau l'objet d'une perception négative. Conséquemment, Philippe adopte des comportements d'évitement pour diminuer son malaise. Par exemple, il tient à être accompagné lorsqu'il marche dans la rue, il recherche constamment les hôpitaux à proximité et il conserve son téléphone ainsi que ses médicaments à portée de main. Il vous raconte qu'une situation le préoccupe tout particulièrement récemment, un retour prochain à l'université.

### Une révolution ou évolution naturelle ?

Plusieurs auteurs regroupent l'histoire de la TCC en trois grandes vagues (Dionne et Neveu, 2010 ; Fishman, Rego et Muller, 2011 ; Hayes, 2004 ; O'Donohue, 2009). Une vague, ou un paradigme selon Kuhn (1962), est un vaste ensemble d'énoncés théoriques et de métaphores pour expliquer un sujet d'étude dans une discipline, qui propose des méthodes communes pour mener de la recherche scientifique. La première vague de TCC est *comportementale*, la deuxième, *cognitive* et la troisième, *émotionnelle*. Regrouper les vagues en TCC ne fait pas l'unanimité dans la communauté de cliniciens et de chercheurs (Fontaine, Ylieff et Fontaine, 2010 ; Hofmann, 2008 ; Mennin, Ellard, Fresco et Gross, 2013), car cela peut suggérer un rejet des principes et des méthodes des vagues précédentes. Pour certains, les innovations actuelles ou de troisième vague s'inscriraient plutôt dans une *évolution* naturelle de la TCC et ne représenteraient pas une *révolution* scientifique au sens strict du terme (p.ex., Kuhn, 1962 ; Martell et Kanter, 2011). Le fait de distinguer les approches de deuxième et de troisième vague peut donner l'impression que les modèles théoriques précédents sont révolus, ce qui peut

**Figure 1**

*L'analyse fonctionnelle de la situation de Philippe*



avoir comme conséquence de subdiviser et d'éloigner les approches, nuisant ainsi à l'avancement des connaissances. Aaron T. Beck (2012), un des pères de la thérapie cognitive, mentionne d'ailleurs que : « Les approches de *troisième vague* devraient être intégrées dans le système théorique et thérapeutique de la thérapie cognitive et peuvent être utilisées en ajout ou à la place de l'approche conventionnelle. » [Traduction libre]

### Les facteurs communs à la TCC : une vision porteuse

Le débat entourant les vagues tend à mettre l'accent sur les différences entre les approches. Or, il peut s'avérer avantageux de s'intéresser aux facteurs communs entre les thérapies des trois générations de la TCC. C'est la démarche qu'ont entreprise Mennin et ses collègues (2013) dans leur modèle intégratif présenté à la Figure 2 où sont décrits les processus de changements thérapeutiques communs à l'ensemble des approches en TCC. En bref, la TCC viserait l'*adaptation globale* des comportements de l'individu. Cette adaptation met de l'avant trois principaux processus de changement à la TCC.

Premièrement, le processus de changement d'*engagement* serait ciblé dans l'ensemble de la TCC afin de contrecarrer les patrons de comportements inefficaces (p. ex., l'évitement comportemental) et d'agir sur les apprentissages inadaptés. Chez Philippe, l'engagement se traduit par l'entremise de l'exposition aux situations anxiogènes. Deuxièmement, les *changements attentionnels* pourraient être ciblés avec les méthodes d'acceptation des sensations désagréables (engourdissement, douleur; Hayes, Strosahl, et Wilson 2012) et de tolérance à la détresse (Linehan, 1993). Étant donné son hypervigilance aux symptômes physiques,

Philippe gagnerait très certainement à améliorer son attention afin de mieux la maintenir, la déplacer et l'élargir selon les situations. Finalement, les *changements cognitifs* viseraient à modifier la perception de Philippe vis-à-vis des situations de la vie quotidienne et changer son rapport aux pensées, pour y soustraire la charge émotionnelle et/ou favoriser la mise en action en direction de ses valeurs personnelles. La restructuration et la défusion cognitives, qui seront décrites plus tard, sont deux processus thérapeutiques possibles qui s'offrent au thérapeute.

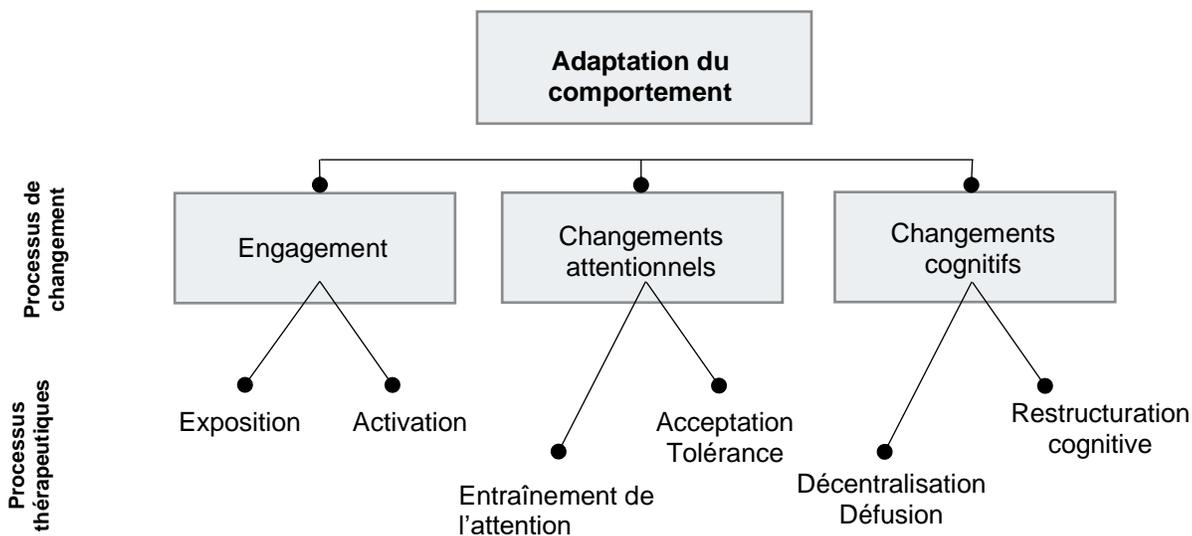
### Réconcilier deux visions du monde

La différence la plus notable entre la deuxième et la troisième vague se situe sur le plan philosophique (épistémologique plus précisément) et elle porte sur leur vision respective du monde (*worldview*). En raison de son accent sur les changements cognitifs, la TCC conventionnelle adopte une vision dite « mécaniste » (Pepper, 1942). De façon caricaturale, la personne y est comparée au fonctionnement d'une machine (p.ex., une voiture) qui serait défectueuse en raison d'une anomalie interne (l'équivalent des schémas cognitifs en thérapie cognitive et des neurotransmetteurs dans un modèle biologique de la psychopathologie). Ces derniers devraient alors être modifiés ou éradiqués pour parvenir aux changements souhaités.

Quant à la troisième vague, elle se caractérise par une vision basée sur le contextualisme fonctionnel (Pepper, 1942). L'approche contextuelle considère que le problème du client se situe dans son rapport avec son monde interne et externe. Les frontières avec l'environnement sont plus

Figure 2

Les processus thérapeutiques communs en TCC



Note. Modèle inspiré de Mennin et al. (2013)

perméables (Martell, Addis et Jacobson, 2001), le comportement est en perpétuel mouvement dans son contexte (qui est lui-même en changement constant), ce qui rend impossible l'identification d'une cause singulière à un comportement ou à un problème. Le contextualisme vise à déterminer ce qui fonctionne pour un individu dans une situation donnée et relève donc de la philosophie pragmatique. Comparativement à la TCC conventionnelle, débattre de la véracité d'une pensée telle que « Je vais avoir une crise cardiaque » ou « Le monde est injuste » est moins dans l'intérêt du client. Il ne s'agit pas de s'intéresser à la *forme* des comportements (contenu des pensées), mais à leur *fonction*, soit leur efficacité pour atteindre les objectifs du client, du thérapeute ou du chercheur.

### **L'intégration des vagues passe par le contextualisme fonctionnel**

En raison des points de vue énoncés précédemment, à notre avis, c'est par l'entremise du contextualisme fonctionnel qu'une intégration est possible entre les trois vagues de la TCC. La question du pragmatisme soulève la pertinence de recourir à des stratégies efficaces pour parvenir aux buts du client et du clinicien, selon les contextes, en donnant la possibilité de recourir aux méthodes provenant des trois vagues de la TCC. Par exemple, dans le cas de Philippe, un clinicien « de troisième vague » pourrait faire usage de la restructuration cognitive ou des techniques de relaxation si ces méthodes sont jugées pertinentes en tenant compte du contexte. Par conséquent, la perspective contextuelle englobe l'approche mécaniste et permet d'unifier les générations de la TCC entre elles. L'importance réside dans l'emploi d'outils qui permettent au client de vivre une vie significative, qui vaut la peine d'être vécue, et en harmonie avec ses valeurs profondes.

#### *L'intégration en TCC*

En psychothérapie contemporaine, l'importation d'une technique dans un autre cadre théorique est une forme d'intégration assimilative. Dans ce type d'intégration, lorsque des techniques de différentes approches théoriques sont incorporées à une orientation théorique principale (p.ex., TCC, ACT), leurs significations interagissent avec la théorie « d'accueil » (Lampropoulos, 2001). Ainsi, le sens des techniques et des interventions change selon le cadre théorique dans lequel il est emprunté. L'intégration assimilative est possible au sein d'une vision du monde contextuelle (Pepper, 1942), car elle repose sur le principe que les problèmes et les symptômes ne sont ni objectifs ni stables. Cette notion invite le thérapeute à identifier une approche théorique prédominante à l'intérieur de laquelle la méthode thérapeutique est incorporée.

Si nous revenons à l'analyse fonctionnelle de Philippe, présentée à la Figure 1, avoir recours à des outils thérapeutiques de toutes les générations de la TCC offre de nouvelles cordes à l'arc du thérapeute afin de cibler

quatre facettes du fonctionnement de la personne : les pensées, les émotions, les sensations et les comportements. Cela offre au clinicien davantage d'outils thérapeutiques dans ses interventions.

### **Connaître sa visée thérapeutique : réduction des symptômes ou amélioration de la qualité de vie**

Deux visions s'« opposent » dans l'objectif thérapeutique des thérapies entre la troisième vague et les autres paradigmes en TCC. D'une part, la vision du monde « mécanique » de la TCC cible traditionnellement la *réduction des symptômes* chez le client. À la suite de la prise en charge de Philippe, il est attendu que la fréquence et l'intensité de ses attaques de panique diminuent significativement. D'autre part, la vision contextuelle vise davantage une amélioration de la qualité de vie et le développement de la flexibilité psychologique. Pour Philippe, cela pourrait vouloir dire qu'au terme de l'intervention, ses attaques de panique et son niveau d'anxiété demeurent sensiblement les mêmes. Le critère d'efficacité de la thérapie se situe plutôt sur une amélioration de sa qualité de vie, une vie en cohérence avec ses valeurs personnelles et ses objectifs, dans ce cas-ci, favoriser son retour aux études universitaires.

#### *Ajuster la visée thérapeutique selon les contextes*

Il n'est pas avantageux pour le clinicien de concevoir la diminution des symptômes (2<sup>e</sup> vague) et l'amélioration de la qualité de vie (3<sup>e</sup> vague) comme étant des objectifs contradictoires. Il est plutôt préférable d'admettre que les deux visées sont compatibles et peuvent être ciblées dans une même thérapie, voire dans une même séance. Dans les premières rencontres, par exemple, il était opportun de calmer le sentiment de détresse à plus court terme par des stratégies de tolérance à la détresse. À mesure que la thérapie a évolué, il fut possible de favoriser des actions orientées vers ses valeurs personnelles, notamment entourant son projet d'étude, même si cela impliquait une augmentation de son anxiété à plus court terme. Les deux visées ont des répercussions sur l'une et l'autre : ressentir moins d'anxiété aide le client à agir plus facilement envers ses valeurs et par le fait même, ses actions engagées lui procurent une habitude à ses symptômes incommodes.

#### *Êtes conscient de sa visée thérapeutique*

Tout comme Ciarrochi et Baily (2008), nous croyons que l'intégration de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) à la TCC implique, pour le thérapeute, d'être d'abord conscient de l'intention (ou de la fonction) de ses interventions. Il doit être à même de se situer dans l'un ou l'autre cadre théorique quand il intervient, moment après moment.

« Quelle est la fonction de mon intervention à ce moment précis ? » :

- réduire les symptômes chez mon client ;

- favoriser l'amélioration de la qualité de vie et la flexibilité psychologique.

Comme l'illustre la Figure 3, dans la perspective où ces deux visées ne sont pas incompatibles et sont vues comme un continuum, l'ensemble des outils en TCC peut être utilisé, de la résolution de problèmes à la défusion cognitive, en passant par la restructuration cognitive. L'unique condition est de bien connaître la fonction de son intervention. Par conséquent, la *forme* de l'intervention devient alors secondaire. Par exemple, un thérapeute qui emploie la pleine conscience dans sa pratique TCC doit se poser la question : est-ce que je cherche à induire un état de relaxation ou une meilleure acceptation des émotions chez mon client ?

En définitive, ni le modèle de réduction des symptômes ni le modèle de flexibilité n'a préséance sur l'autre. Intégrer les vagues en TCC désigne plutôt le ralliement des deux perspectives pour adopter un double objectif, qui dépend des contextes d'intervention. Ce n'est pas tant la forme de la méthode qu'il importe de prendre en considération, mais sa fonction (ce que la méthode vise à opérer comme changement). En conséquence, un thérapeute flexible est celui qui connaît son intention thérapeutique et qui est capable d'alterner les deux visées précédemment décrites

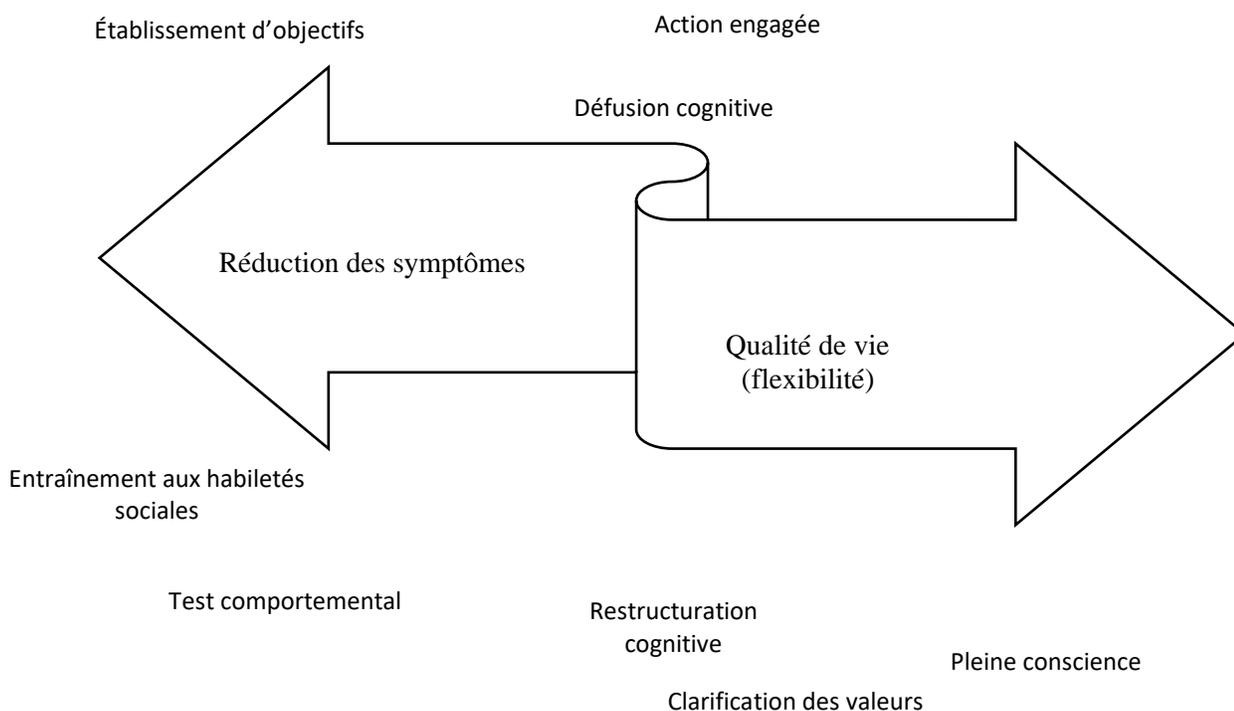
selon les circonstances du moment. Cela étant dit, il est maintenant bien reconnu que plusieurs comportements à la source des difficultés de nos clients ont comme fonction l'évitement des émotions pénibles ou l'évitement expérientiel.

#### *S'intéresser à la fonction des comportements du client*

Le contextualisme fonctionnel suggère un retour à la première vague en s'intéressant à la fonction des comportements, autant chez le thérapeute que chez le client, ce qui est fort utile dans la pratique clinique. Un comportement peut avoir plusieurs fonctions. Par exemple, un comportement d'automutilation chez un adolescent peut servir à le distraire de douleurs internes, à ressentir une douleur plus intense, à attirer l'attention ou à fuir son anxiété. Alors que plusieurs explications s'avèrent plausibles pour un même comportement, l'inverse l'est tout autant. Plusieurs comportements, différents en apparence, peuvent appartenir à la même « classe fonctionnelle ». Pour Philippe, être constamment accompagné, rechercher les hôpitaux à proximité, s'inquiéter, se distraire et fuir les situations servent une seule et même chose : éviter ses ressentis difficiles.

**Figure 3**

*La compatibilité des visées en TCC*



### *L'évitement expérientiel : au cœur des psychopathologies*

Un apport du mouvement de la troisième vague est d'avoir mis en évidence le rôle de l'évitement expérientiel dans le développement et le maintien des troubles psychologiques. Il s'agit de la tendance à éviter d'entrer en contact avec ses pensées, images mentales, souvenirs, émotions ou sensations physiques difficiles (Hayes, Pistorello et Levin, 2012). L'évitement expérientiel conduit à la rigidité comportementale : à force de limiter le contact avec les émotions et les pensées désagréables, Philippe tend à restreindre son répertoire comportemental. Il agit dans le but d'éviter les expériences internes plutôt que d'avancer en direction de ses valeurs et de progresser vers la concrétisation de ses objectifs, ce qui finit par nuire considérablement à sa vie. La majorité des troubles psychologiques serait donc le produit de cette perte de variabilité comportementale et psychologique.

#### *Le contrôle excessif peut faire partie du problème*

Bien que cela ne constitue pas toujours un piège, clients et psychothérapeutes empruntent aisément la voie de la réduction des symptômes (voir Figure 3). Offrir de la réassurance à outrance et tomber dans un mode « résolution de problèmes » peuvent être le reflet chez le thérapeute d'une difficulté à tolérer le malaise chez son client et, par le fait même, ses propres ressentis difficiles. Au même titre, un client peut utiliser les méthodes de pleine conscience comme une (autre) stratégie de distraction de ses pensées, une façon de « faire le vide ». Viser la réduction des symptômes chez Philippe n'est pas néfaste en soi, à condition que cela n'affecte pas outre mesure sa qualité de vie et la poursuite de ses buts.

#### **Une vision diagnostique ou basée sur les processus ?**

Les thérapies de deuxième génération (TCC conventionnelle), notamment, présentent une vision de l'évaluation centrée sur le diagnostic. Cette vision plus médicale de la psychopathologie a donné lieu à l'essor des psychothérapies empiriquement validées, un regroupement d'interventions psychologiques qui ont la particularité d'être appuyées par des recherches scientifiques quantitatives et des essais aléatoires avec groupe contrôle (Chambless et Ollendick, 2001). Cette perspective tend à multiplier les protocoles pour le traitement de chaque trouble psychologique. Par exemple, un protocole existe pour le trouble d'anxiété généralisée, un autre pour l'anxiété sociale ou le trouble panique. Cependant, comme c'est le cas avec Philippe, l'expérience clinique et empirique tend à

révéler qu'un client présente une problématique concomitante à son trouble anxieux, comme un autre trouble anxieux ou un trouble dépressif, au moins une fois sur deux.

Les approches de troisième vague proposent de réorienter la perspective en identifiant les processus thérapeutiques et psychopathologiques communs entre les problématiques de santé mentale. À cet égard, une vision transdiagnostique des interventions en TCC s'avère de plus en plus répandue (Mansell, Harvey, Watkins et Shafran, 2009). Certains auteurs réfèrent aujourd'hui à la thérapie basée sur les processus pour désigner ce courant d'approches (process-based therapy ; Hayes et Hofmann, 2020 ; Monestès et Baeyens, 2016). Dans une perspective transdiagnostique, connaître le trouble psychologique (selon le DSM-5) demeure utile et son importance n'est pas remise en doute. En effet, l'établissement du diagnostic (DSM-5) peut renseigner le thérapeute sur les processus psychologiques centraux chez le client. Par exemple, un client avec un trouble d'anxiété généralisée est susceptible d'afficher un niveau élevé d'intolérance à l'incertitude alors qu'un client comme Philippe est sujet à rapporter une sensibilité à l'anxiété (voir Dionne, Blais, et Khoury, 2014; Franck et Davidson, 2014, pour un résumé des mécanismes transdiagnostiques). En ciblant les processus psychologiques qui se trouvent à l'interface des troubles, en plus de simplifier l'intervention, plusieurs « troubles distincts » peuvent être atténués à la suite de l'intervention.

#### **L'analyse fonctionnelle : une clé de voûte à une intégration en TCC**

Établir un diagnostic est pratique, mais il ne suffit pas pour guider convenablement une psychothérapie (Persons, 2008). Une fine conceptualisation de cas et la formulation d'hypothèses à propos des mécanismes psychologiques liés aux problèmes du client (p.ex., intolérance à l'incertitude, évitement expérientiel) sont primordiales. L'établissement d'une analyse fonctionnelle et individualisée au client est une démarche essentielle et complémentaire au diagnostic. De plus, elle offre une compréhension normalisante des difficultés du client à ses yeux. Le problème ne se situe pas à l'intérieur de lui, mais il résulte de ses interactions entre ses comportements, émotions, sensations et pensées. Dans l'intervention, il est utile de faire l'inventaire des comportements d'évitement chez son client (« Quelles situations évitez-vous pour ne pas ressentir cette anxiété »?). Dans le cas de Philippe, on note notamment l'évitement de situations sociales et de divers endroits publics, de la réassurance et une nécessité d'être accompagné en tout temps. Lorsque son thérapeute lui a fait part de son analyse

fonctionnelle, il a réalisé qu'il était « coincé » dans un cercle vicieux, mais que sa réaction était légitime considérant qu'il s'agit d'une réponse naturelle à la souffrance. Par le fait même, il a vu qu'il était possible de s'en sortir en changeant ses comportements, affronter plutôt qu'éviter, ce qui lui a donné de l'espoir et lui a permis de s'engager activement dans la démarche.

### **L'adoption des méthodes expérientielles**

La troisième vague prône un apprentissage plus expérientiel que didactique. Un apprentissage didactique utilise les instructions verbales pour parvenir aux changements. De nos jours, on ne se passerait plus de notre GPS en voiture, car il nous dicte comment se rendre du point A au point B. Mais il nous arrive également de suivre notre GPS en « mode automatique » (p.ex., tournez à droite à l'intersection ; faites demi-tour), ce qui amène à faire fausse route. D'ailleurs, on entend parfois parler de situations dans les médias de personnes qui se retrouvent au bon milieu de nulle part, car les indications du GPS les ont menées dans la mauvaise direction. Autant le fait de suivre des règles peut nous aider à nous adapter à notre environnement, autant elles peuvent nous amener à perdre contact avec notre environnement immédiat (les panneaux indicateurs). Cette analogie montre que le suivi des règles est un élément positif, mais qu'il est important de demeurer sensibles aux contingences de l'environnement.

Les tenants de la troisième vague craignent qu'un enseignement trop didactique puisse induire ou entraîner de nouvelles règles chez le client et contribuer à sa rigidité psychologique. L'enseignement expérientiel vise, à la base, à limiter les effets négatifs des règles verbales de façon à amener la personne à contacter directement son expérience du moment et les conséquences de ses actions. Comme le mentionne Einstein : « On ne peut pas résoudre un problème avec le même type de pensée que celle qui l'a créé. »

#### *Un équilibre en deux pédagogies complémentaires*

Comparons le thérapeute à un instructeur de tennis qui apprend à son élève à frapper un coup droit. Dans un premier temps, l'instructeur peut donner des instructions sur la façon de frapper un coup droit sur le plan technique (p. ex., « tu dois te positionner de côté et préparer la raquette vers l'arrière... »). Dans un second temps, il sera tout de même nécessaire pour le joueur de s'exercer à frapper ses coups droits sur un terrain réel afin de vraiment ressentir ses coups et ajuster ses mouvements et sa technique à cette base. Tant que le joueur n'aura pas expérimenté

concrètement le nouveau mouvement, il ne pourra pas intégrer optimalement les nouveaux apprentissages. Comme pour la pédagogie de l'enseignement du tennis, en psychothérapie les deux types d'enseignement sont primordiaux et se complètent (expérientiel, didactique).

#### *Faire vivre la théorie au client*

Afin de faire prendre conscience à Philippe de sa tendance à chasser ses pensées négatives et à éviter ses émotions, le thérapeute peut lui proposer un court exercice : « Pour les 30 prochaines secondes, je vous demande de NE PAS penser à un éléphant rose ». À la suite du retour sur l'expérience, le client a réalisé qu'à force d'éviter ses pensées, il dépensait une énergie considérable d'autant plus que la tâche s'avère impossible. L'enseignement expérientiel précède l'enseignement didactique. Il ne s'agit pas d'expliquer à son client que la recherche scientifique démontre que la suppression de la pensée a un effet paradoxal, mais de lui faire « vivre la théorie » afin qu'il se rende compte, par lui-même, de l'inefficacité de cette « lutte ». Le thérapeute plus conventionnel aurait donc avantage à ajouter une saveur expérientielle quand il fait de l'éducation psychologique (psychoéducation). L'utilisation des stratégies expérientielles apporterait d'ailleurs des bénéfices supplémentaires aux méthodes didactiques quant à leur efficacité (Levin, Hildebrandt, Lillis, et Hayes, 2012).

#### *Utiliser les métaphores*

L'utilisation des métaphores en TCC est un moyen d'amener le client dans son expérience et possiblement d'optimiser les interventions. Comme le dit l'adage, une image vaut mille mots, la *métaphore du sable mouvant* avec Philippe lui a permis de reconnaître que l'anxiété n'était pas le problème en soi, mais que sa réaction à celle-ci l'était.

*Votre réaction à l'anxiété s'apparente à celle d'une personne qui tombe malencontreusement dans un sable mouvant. Cela vous est-il déjà arrivé ? (rises) Quelle serait votre première réaction si ça vous arrivait ce soir en revenant à la maison ? On peut imaginer que votre premier réflexe serait de vous débattre aussitôt pour vous sortir de là, mais qu'est-ce que cela engendrerait alors ? Quand vous sentez votre cœur qui bat, vous vous mettez à prendre panique et à combattre l'anxiété (« c'est dangereux, je vais mourir ! »). Cela vous aide-t-il ? Y aurait-il une autre façon d'appréhender les choses si on conserve l'analogie du sable mouvant ?*

Les métaphores et les analogies pourraient être plus facilement acceptables chez le client et mieux retenues

que des méthodes plus verbales comme la restructuration cognitive. Elles amènent généralement le client à trouver ses propres solutions aux problèmes.

*Pour ne pas s'enliser dans le sable mouvant, il faut s'étendre de tout son long de façon à pouvoir couvrir la plus grande surface possible.*

*Qu'est-ce que cela signifierait pour vous si l'on appliquait cela à votre anxiété ?*

Dans la prochaine section, le travail sur les émotions, pensées et comportements en TCC sera décrit plus amplement dans une perspective intégrationniste.

### **Le travail des émotions : gérer ou accepter ?**

Les méthodes thérapeutiques en TCC qui visent à effectuer un travail sur les émotions se situent principalement sur deux pôles. D'un côté, les méthodes visant à gérer, maîtriser ou contrôler les émotions. La distraction cognitive et la respiration abdominale figurent traditionnellement parmi celles-ci. De l'autre, les méthodes d'acceptation des émotions ayant pour but de développer une posture d'ouverture vis-à-vis des pensées et des émotions, en les voyant comme elles se présentent, sans tenter de les modifier d'une quelconque manière. Le Tableau 1 présente un exercice que le clinicien peut utiliser pour permettre à son client de développer cette habileté.

#### **Tableau 1**

##### *Exercice d'acceptation*

Prenez un crayon que vous avez à proximité et déposez-le dans la paume de votre main. Imaginez que ce crayon représente votre anxiété. Dans un premier temps, fermez votre main sur le crayon et serrez celui-ci le plus fort possible, un peu comme si vous vouliez le briser en deux. Dans un deuxième temps, ouvrez la main et laissez tout simplement le crayon être là, dans votre paume, sans rien faire. Remarquez-vous une différence dans votre rapport au crayon selon que votre main est ouverte ou fermée?

Auparavant, en thérapie ACT, l'acceptation était considérée comme la panacée. Pourtant, être en tout temps dans cette posture d'acceptation s'avère impossible, voire nuisible. Prenons l'exemple d'une personne qui souffre d'un deuil à la suite de la perte d'un être cher. Il s'avérera aidant pour elle d'accepter les ressentis difficiles au lieu de s'en détourner par divers moyens (p. ex., la consommation excessive d'alcool) afin qu'elle puisse cheminer favorablement dans cette situation. Cependant, cultiver une attitude d'acceptation au quotidien peut être difficile à

supporter et, dans certains contextes, il sera préférable qu'elle se change les idées (en écoutant une télé-série par exemple). Aujourd'hui, on s'accorde généralement pour dire que la méthode à préconiser dépend du contexte.

Dans l'étude de Hofmann, Heering, Sawyer et Asnaani (2009), les méthodes de suppression (ou distraction) des pensées, de restructuration cognitive et d'acceptation ont été comparées chez 202 participants répartis aléatoirement et à qui on a demandé de prononcer un discours improvisé devant une caméra vidéo. Tel qu'attendu, le groupe suppression a montré une augmentation plus importante de la fréquence cardiaque par rapport au niveau de base que les groupes restructuration cognitive et acceptation. Cependant, la restructuration cognitive (une stratégie de contrôle) s'est avérée plus efficace pour réduire l'anxiété que les efforts pour la supprimer ou l'accepter. Cette étude démontre que les trois méthodes (suppression, restructuration cognitive et acceptation) peuvent avoir un effet positif et milite en faveur de leur intégration. Mais dans quel contexte plus précisément une méthode devient-elle préférable à une autre ? Nous en savons très peu sur cette question, mais nous pouvons formuler certaines hypothèses voulant que l'acceptation puisse être préconisée lorsque la personne :

- se retrouve dans une situation dans laquelle elle n'a pas le contrôle (p. ex., une pandémie mondiale, l'annonce d'un diagnostic) ;
- fait face à une maladie de santé chronique qui, par définition, perdure ;
- a un niveau élevé d'évitement expérientiel ;
- a tenté de multiples interventions physiques ou psychologiques sans succès.

### **Le travail des pensées : restructuration et défusion cognitives**

Alors que la restructuration cognitive vise à modifier le contenu ou la forme des pensées, la défusion cognitive consiste à créer une distance face aux pensées et à développer une conscience « métacognitive ». En raison de leurs divergences conceptuelles, la restructuration et la défusion cognitives sont souvent présentées comme des méthodes incompatibles entre elles. Pourtant, elles partagent au moins trois idées communes : 1) les pensées ne peuvent saisir le monde dans son entièreté ; 2) les pensées peuvent influencer les émotions et les comportements ; 3) en agissant sur les pensées, il est possible de changer certains comportements indésirables (Blackledge, 2015). De plus, la défusion cognitive est ciblée indirectement dans la TCC plus conventionnelle. Dans l'étude longitudinale de Arch,

Wolitzky-Taylor, Eifert et Craske (2012) qui analyse les variables médiatrices au changement à la suite de deux types d'intervention (ACT vs TCC traditionnelle) auprès de personnes souffrant de troubles anxieux mixtes, il a été démontré que la défusion cognitive est, tout comme pour l'ACT, une variable médiatrice à la réduction des inquiétudes et à l'amélioration de la qualité de vie à la suite d'une TCC traditionnelle.

### *Les méthodes cognitives traditionnelles à la sauce troisième vague*

Les méthodes cognitives plus traditionnelles en TCC, comme la reformulation des pensées irrationnelles en pensées adaptées, l'identification des distorsions cognitives, l'exercice de la flèche descendante ainsi que le travail sur les schémas de l'enfance (voir Chaloult, Ngô, Goulet, et Cousineau, 2008, pour une description détaillée), peuvent par ailleurs être vues sous la lentille de la troisième vague. En effet, lorsqu'un client prend conscience qu'il tire des conclusions à partir de sa « boule de cristal », une distorsion cognitive, il exerce une forme de détachement/défusion face à ses pensées. Lorsqu'il s'aperçoit que son schéma inadéquat de l'enfance est réactivé, il prend un certain recul vis-à-vis de ses comportements (défusion): « Voilà mon schéma abandon qui réagit ». De plus, utiliser la flèche descendante pour aller jusqu'au bout du « scénario catastrophe » amène nécessairement un changement de relation face aux pensées et constitue un mouvement envers les expériences difficiles. Nous en convenons, les termes « irrationnelles », « distorsions » et « inadéquates » ont moins leur place dans une TCC de troisième vague, mais les mécanismes qui sous-tendent l'efficacité de ces méthodes sont similaires.

La restructuration cognitive et la défusion cognitive ont toutes deux des appuis empiriques, mais peu d'études les ont comparées entre elles et encore moins se sont penchées sur la combinaison des deux techniques dans une même thérapie. Deacon, Fawzy, Lickel et Wolitzky-Taylor (2011) ont comparé les deux méthodes lors d'une brève intervention auprès d'étudiants universitaires ayant des pensées négatives à propos de leur corps. Les auteurs trouvent que la défusion cognitive produit une amélioration plus immédiate sur le degré de conviction à l'égard de la pensée, alors que la restructuration cognitive produit un effet plus durable. Par ailleurs, les participants ont eu tendance à évaluer la restructuration cognitive comme étant plus crédible et plus susceptible de les aider. Dans ce contexte, la restructuration cognitive est donc légèrement supérieure à la défusion cognitive, mais ces résultats suggèrent que les deux méthodes

agissent selon des processus distincts, ce qui ouvre la voie à une combinaison des méthodes entre elles.

### *Prudence dans le travail des pensées : ce que nous apprend la théorie des cadres relationnels*

Les innovations provenant de la troisième vague invitent le thérapeute à la prudence dans l'utilisation de la restructuration cognitive avec le client. La restructuration pourrait contribuer à l'évitement expérientiel en lui envoyant un message nuisible : « Les pensées doivent être changées à tout prix afin de se sentir mieux ». Les travaux provenant de la thérapie ACT, qui s'appuient sur la Théorie des cadres relationnels (Hayes, 2004), montrent que le cerveau fonctionne « par addition » et non « par soustraction ». Le propre du langage est de créer des associations à l'infini entre des stimulus, sur la base d'indices purement arbitraires. Ce type d'apprentissage relationnel, qui va au-delà des principes d'apprentissage opérant et répondant, fait la preuve qu'il est vain de tenter de modifier le discours intérieur de la personne, car l'évitement des stimulus internes est voué à l'échec en raison des processus inhérents au langage même (rappelons-nous l'exercice qui consistait à tenter de supprimer un éléphant rose de notre esprit). La restructuration cognitive pourrait créer de nouvelles associations avec une pensée problématique (p. ex., « cette pensée est néfaste et je dois m'en débarrasser »), d'où l'intérêt de favoriser l'observation des pensées à distance et sans jugement avec la défusion.

### *Quand privilégier la défusion sur la restructuration ?*

Devant ces constats, il est permis d'affirmer que la restructuration et la défusion cognitives peuvent être utilisées en parallèle et dans une même thérapie. Il peut être utile pour Philippe de rationaliser certaines croyances erronées (p. ex., « c'est une maladie grave ») et de savoir que celles-ci n'ont pas nécessairement à être modifiées pour mener à un changement. Une façon lucide de présenter les choses en thérapie est de jouer cartes sur table avec le client, en explicitant les deux façons possibles de travailler les pensées. Un client en particulier pourrait avoir une préférence pour une méthode par rapport à l'autre. Un autre client pourrait vouloir adopter l'une ou l'autre des méthodes, selon les situations auxquelles il fait face. Dans quel contexte est-il préférable de privilégier la défusion cognitive sur la restructuration cognitive ? Voici quelques suggestions, plus cliniques qu'empiriques, où les méthodes de défusion pourraient être privilégiées aux méthodes de changement cognitif :

- lorsque la restructuration cognitive ne fonctionne pas ;
- lorsque le client entretient des pensées sur des pensées : « je ne devrais pas avoir cette pensée », « je suis faible d'avoir cette pensée » ;
- lorsque les pensées sont jugées légitimes et normales à la suite d'une situation pénible (p. ex., dans la douleur chronique ou à la suite d'un événement traumatique) ;
- lorsque les pensées sont réplétives et difficilement contrôlables, comme c'est le cas avec le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble d'anxiété généralisée.

### **Le travail comportemental : des activités plaisantes aux valeurs**

Traditionnellement, avec les thérapies de Beck (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979) et de la théorie de la dépression de Lewinsohn (1974), les interventions favorisaient principalement l'augmentation des activités plaisantes chez la personne, la dépression étant perpétuée par un manque de renforçateurs positifs dans l'environnement. Les thérapies de troisième vague nous enseignent, quant à elles, que les actions orientées vers les valeurs ajoutent une plus-value à l'activation comportementale. Une action orientée vers les valeurs n'est pas nécessairement agréable en soi, mais elle a le pouvoir d'améliorer les interventions, car elle favorise la construction d'un répertoire comportemental plus vaste en harmonie avec les objectifs à plus long terme de l'individu. Les actions orientées vers les valeurs sont des directions de vie. Elles sont choisies librement et procurent un renforcement positif aux comportements en étant une source inépuisable de renforcement verbal, intrinsèque, naturel et durable (Hayes et al., 2012). Les valeurs constituent souvent un moteur à la thérapie.

#### *Clarifier les valeurs chez son client*

L'intégration des stratégies de la troisième vague propose des méthodes comportementales orientées vers des activités plaisantes d'une part et des activités reliées aux valeurs de l'autre. Selon Robinson, Gould et Strosahl (2010), les valeurs d'un individu s'inscrivent à l'intérieur de quatre grands domaines qui deviendront des leviers dans l'intervention. Il est relativement facile de les évaluer sommairement en psychothérapie à l'aide de quelques questions clés présentées au Tableau 2.

**Tableau 2**

*Évaluer les valeurs en quelques minutes*

Travail/études :	Quelles compétences voulez-vous développer dans votre travail ou vos études ?
Amour/amitiés :	Quel genre de partenaire souhaitez-vous être pour votre conjoint/conjointe ? Quel genre d'ami souhaitez-vous être ?
Loisirs :	Que faites-vous pour vous divertir ? De quelle manière vous amusez-vous ou vous procurez-vous du plaisir ?
Santé :	Que faites-vous ou que souhaiteriez-vous faire pour veiller sur votre santé et prendre soin de vous ? Que faites-vous ou aimeriez-vous faire pour vous développer sur le plan personnel ?

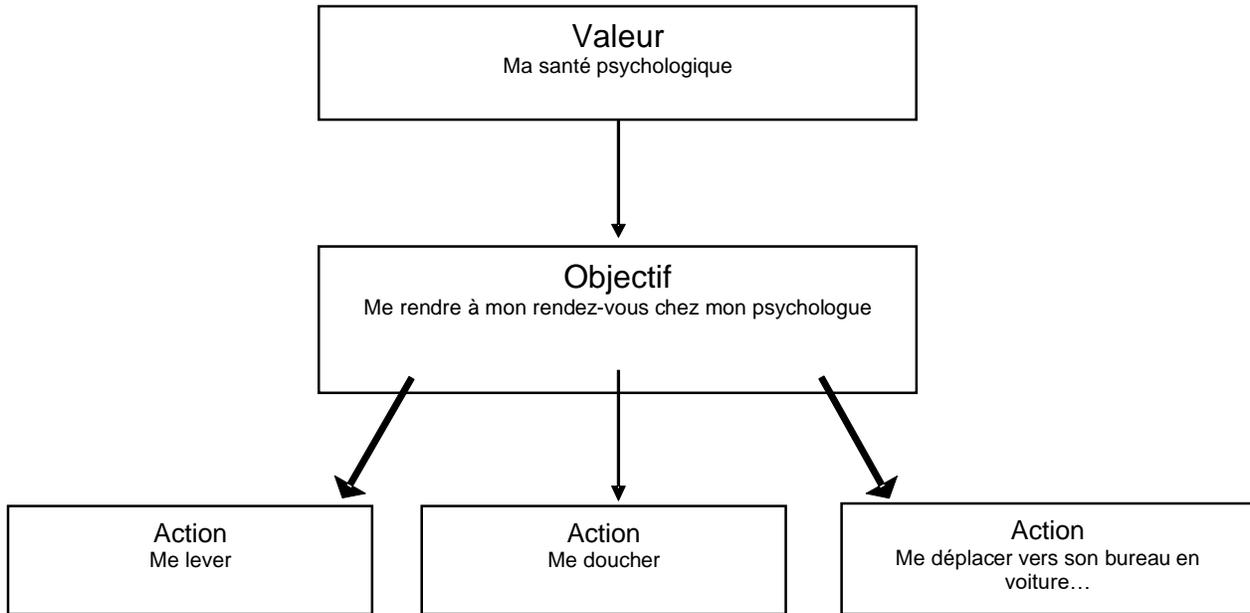
#### *Donner du sens aux expositions et aux objectifs*

Étant donné leur caractère aversif, les méthodes d'exposition en TCC représentent souvent un défi pour le client (et les thérapeutes). Le niveau d'absentéisme est souvent plus élevé lors des rencontres prévues pour l'exposition. Donner du sens aux expositions, qu'elles soient in vivo, en imagination ou intéroceptives, est une bonne façon de favoriser la motivation et l'engagement du client dans la démarche. Le thérapeute peut poser la question : « À quoi cela va-t-il vous servir d'affronter cette peur dans votre vie ? » Le thérapeute explore avec Philippe ce que le retour aux études signifie pour lui et en quoi il est important pour lui. Dans ce cadre, l'exposition ne vise plus l'habituation aux symptômes, mais l'accroissement du répertoire comportemental et de la qualité de vie. Pendant que le client affronte des situations, le psychologue utilise ces opportunités pour pratiquer des habiletés enseignées en thérapie comme l'acceptation et la défusion cognitive : « Où se situe votre anxiété et pouvez-vous me la décrire en ce moment ? Est-ce que vous pouvez rester en contact avec celle-ci en ce moment ? Qu'est-ce qui se passe dans votre tête ? »

Dans un même ordre d'idées, tel que l'illustre la Figure 4, alors que le thérapeute plus conventionnel a l'habitude d'établir des objectifs (SMART ou SPORT) pour favoriser la mise en action, le thérapeute de troisième vague, quant à lui, vise à

**Figure 4**

*Valeur, objectif et actions*



offrir une raison d'être aux objectifs en les connectant aux valeurs profondes du client. Pareillement, à partir des valeurs, il est possible d'établir des objectifs et des comportements qui servent à progresser dans la direction souhaitée.

### Conclusion

En somme, cet article visait à prévenir les guerres de clocher à l'intérieur même de la TCC en mettant l'accent sur les facteurs communs entre approches. Il offre quelques points de repère pour apprendre à surfer sur les trois vagues de TCC. Essentiellement, le thérapeute TCC peut se situer sur un continuum entre ces trois générations de TCC et le choix des interventions repose sur l'efficacité des interventions selon les contextes. C'est donc le contextualisme fonctionnel qui est la clé de voûte de cette intégration. Pour le thérapeute, cela signifie qu'il est utile de bien connaître ses bases en TCC et de pouvoir naviguer à l'intérieur de divers modèles d'intervention.

### Abstract

This article aims to present an integration of the third wave strategies into his clinical practice without abandoning his basic knowledge of cognitive-behavioral therapy (CBT). Instead of emphasizing the differences between the different forms of CBT, the article describes CBT in terms of the common factors. Using a clinical vignette of a client

suffering from an anxiety disorder, the article suggests some principles by which an integration between the three waves of CBT is possible such as: adopting a vision based on functional contextualism, knowing his therapeutic aim, providing experiential teaching, establish a functional analysis, targeting empirically supported transdiagnostic processes. The article also presents some examples of interventions to act on emotions, behaviors and thoughts.

*Keywords:* Cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy (ACT), process-based therapy, psychotherapy.

### Références

- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H. et Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 469–478. doi:10.1016/j.brat.2012.04.007
- Beck, A. T. (2012). Comparing CBT with third wave therapies. *Cognitive Therapy Today*, 17(3), 1-6.
- Beck A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

- Blackledge, J. T. (2015). *Cognitive Defusion in Practice: A Clinician's Guide to Assessing, Observing, and Supporting Change in Your Client*. Oakland, CA: Context Press.
- Chaloult, L., Ngô, T. L., Goulet, J. et Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Chambless, D. L. et Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Ciarrochi, J. et 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.
- Deacon, B., Fawzy, T., Lickel, J. et Wolitzky-Taylor, K. (2011). Cognitive Defusion Versus Cognitive Restructuring in the Treatment of Negative Self-Referential Thoughts: An Investigation of Process and Outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25, 218-232. doi:10.1891/0889-8391.25.3.218
- Dionne, F., Blais, M-C. et Khoury, B. (2014). Les TCC transdiagnostiques : un complément (ou une alternative) à l'approche par diagnostic du DSM-5. *Revue québécoise de psychologie*, 35(3), 233-251.
- Dionne, F. et Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive [Introduction to the third generation of behavioral and cognitive therapy]. *Revue Québécoise de Psychologie*, 31(3), 15–36.
- Fishman, D. B., Rego, S. A. et Muller, K. L. (2011). Behavioral theories of psychotherapy. Dans J. C. Norcross, G. R. VandenBos et D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (pp. 101–140). Washington, DC : American Psychological Association. doi:10.1037/12353-004
- Fontaine, O., Ylief, M. et 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*, 4(14), 22-33.
- Franck, R. I. et Davidson, J. (2014). *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C. et Hofmann, S. G. (2020). *Beyond the DSM Toward a Process-Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment*. Oakland, CA: Context Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J. et Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. doi:10.1177/0011000012460836
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2e éd.). The Guilford Press.
- Hayes, S., Villatte, M., Levin, M. E. et Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7, 141-68. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 280-285. doi:10.1111/j.1468-2850.2008.00138.x
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. et Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 389-394. doi:10.1016/j.brat.2009.02.010
- Kuhn, T. S. (1962). Historical Structure of Scientific Discovery. *Science*, 36, 760-764.
- Lampropoulos, G. K. (2001). Bridging technical eclecticism and theoretical integration: Assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 5–19. doi:10.1023/A:1026672807119
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J. et Hayes, S. C. (2012). The Impact of Treatment Components Suggested by the Psychological Flexibility Model: A Meta-Analysis of Laboratory-Based Component Studies. *Behavior Therapy*, 43, 741-756. doi:10.1016/j.beth.2012.05.00
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. Dans R. J. Friedman et Katz, M. (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). Oxford, England: Wiley.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, London : Guilford Press.

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. et Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. doi:10.1891/0889-8391.23.1.6
- Martell, C. R., Addis, M. E. et Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton.
- Martell, C. R. et Kanter, J. W. (2011). Behavioral activation in the context of "third wave" therapies. Dans J. D. Herbert et E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 193–209). New Jersey: John Wiley et Sons Inc.
- Mennin, D. S., Ellard, K. K., Fresco, D. M. et Gross, J. J. (2013). United We Stand: Emphasising Commonalities Across Cognitive-Behaviour Therapies. *Behaviour Therapy*, 44, 234-248. doi:10.1016/j.beth.2013.02.004
- Monestès, J. et Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie*. Paris : Dunod.
- O'Donohue, W. (2009). A brief history of cognitive behavior therapy: Are there troubles ahead? Dans W. O'Donohue et J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 1–14). New York: Wiley.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: The Guilford Press.
- Robinson, P., Gould, D. et Strosahl, K. (2010). *Real behavior change in primary care: Improving patient outcomes et increasing job satisfaction*. Oakland, CA: New Harbinger.