

SCIENCE ET COMPORTEMENT

Revue de l'Association scientifique pour la modification du comportement



Volume 32 (1)

Juin 2022

Équipe éditoriale

Pascale Brillon, Ph.D.

Rédactrice-en-chef
Université du Québec à Montréal

Réal Labelle, Ph.D.

Rédacteur adjoint
Université du Québec à Montréal

Comité éditorial de révision

Canada

Arsenault, Marie, Psy.D.
Institut Douglas
Bélanger, Claude, Ph.D.
UQAM
Belleville, Geneviève, Ph.D.
Université Laval
Bigras, Marc, Ph.D.
UQAM
Bond, Suzie, Ph.D.
Université TÉLUQ
Bouchard, Sébastien, Ph.D.
Université de Sherbrooke
Bouchard, Stéphane, Ph.D.
Université du Québec en Outaouais
Boudreau, Maxine, Ph.D.
Institut Alpha
Brassard, Audrey, Ph.D.
Université de Sherbrooke
Brunet, Alain, Ph.D.
Université McGill
Brunet, Julie, Ph.D.
Clinique Cognitions Plus
D'Antono, Bianca, Ph.D.
Université de Montréal
Dionne, Frédérick, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Donais, Sylvie, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Dugas, Michel, Ph.D.
Université du Québec en Outaouais
Dupuis, Gilles, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Gamache, Dominick, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Godbout, Roger, Ph.D.
IUSMM, Université de Montréal
Goyer, Lysanne, Ph.D.
Centre Hospitalier Universitaire de Montréal

Groleau, Patricia, Ph.D.
Institut Alpha
Guay, Marie-Claude, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Hébert, Martine, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Laberge, Luc, Ph.D.
ÉCOBES-Cegep de Jonquières
Laberge, Melanie, Ph.D.
Clinique de Psychologie Change
Labra, Oscar Ramon, Ph.D.
Univ. Québec Abitibi-Témiscamingue
Langlois, Frédéric, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Lanovaz, Marc, Ph.D.
Université de Montréal
Leroux-Boudreault, Ariane, Ph.D.
Centre services scolaires Pointe-de-l'île
Marcoux, Lyson, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Marin, Marie-France, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Meilleur, Dominique, Ph.D.
Université de Montréal
Parent, Véronique, Ph.D.
Université de Sherbrooke
Paquet, Annie, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Pélissier, Marie-Claude, Ph.D.
Pratique privée, Montréal
Rivard, Mélina, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Roberge, Pasquale, Ph.D.
Université de Sherbrooke
Ross-Plourde, Mylène, Ph.D.
Université de Moncton
Savard, Josée, Ph.D.
Université Laval
Touchette, Évelyne, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières

Turgeon, Marie-Ève, Ph.D.
Clinique de Psychologie des Tr. Alimentaires
Vaillancourt, Marie-Pierre, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Vininsky, Harley, Ph.D.
Clinique Spectrum, Montréal

France

Aït Aoudia, Malik, Ph.D.
Institut de Victimologie de Paris
Belabre Sarra-Gallet, Jean-Luc, M.D.
Cabinet Libéral, Aix-en-Provence
Bouvard, Martine, Ph.D.
Université Savoie, Chambéry
Chapelle, Frédéric, Ph.D., M.D.
Cabinet Libéral, Toulouse
Czernecki, Virginie, Ph.D.
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
Granier, Emmanuel, M.D.
Clinique Belle-Rive, Villeneuve-lez-Avignon

Belgique

Fontaine, Philippe, M.D.
CHU VanGogh, Charleroi

Suisse

Brodard, Fabrice, Ph.D.
Université de Lausanne
Ceschi, Grazia, Ph.D.
Université de Genève
Page, Dominique, Ph.D.
Université de Fribourg

Antilles

Bernos, Marc, M.Ps.
Établissement public de Santé Mentale de
Guadeloupe

République démocratique du Congo

Birangui, Jean-Pierre, Ph.D.
Université de Lubumbashi

Révision linguistique, mise en page et mise en ligne

Carole Desrochers
Revisseuse

Omari Abdennour
Webmestre

Conseil d'administration de l'ASMC et Comité éditorial de révision

Réal Labelle, Ph.D. Président	Gilles Trudel, Ph.D. Vice-Président	Jacques Forget, D.Ps. Secrétaire	Kathleen Carvajal, Ph.D. (c) Trésorière
Julie Leclerc, Ph.D. Membre	Nathalie Poirier, Ph.D. Membre	Georgette Goupil, Ph.D. Membre	

Association scientifique pour la modification du comportement
100 Sherbrooke Ouest, Montréal (Qc), Canada H2X 3P2

ISSN numérique 2562-6558
Volume 32(1), Juin 2022
Publication annuelle

Science et Comportement
Volume 32(1) – Juin 2022
Actes du 21^e Colloque de l'ASMC
Table des matières

- Mot de la rédactrice-en-chef 5
- Bilan du 21^e Colloque Thématique de l'ASMC (Leclerc) 7
- L'association scientifique pour la modification du comportement :
 Un bref historique en trois vagues (Forget) 9
- L'utilité des thérapies comportementales pour traiter l'anxiété des tout-petits
 (Guay) 15
- Voir les choses autrement : Comment la TCC peut soulager l'anxiété
 (Lecomte et Lefebvre)..... 21
- Optimiser le traitement des troubles anxieux grâce à l'acceptation et
 la pleine conscience (Dionne et Guimond) 27
- Table ronde – Enjeux et défis en TCC (Labelle et Des Roches) 41



Éditorial de la rédactrice-en-chef

Chers collègues,
Chères collègues,

Par la présente, nous sommes ravis de vous présenter les Actes du 21^e colloque « Anxiété et stress selon les 3 vagues de TCC : Nuances et complémentarité ». Organisé par l'Association Scientifique pour la Modification du Comportement (ASMC), cet événement a permis à plus de 160 clinicien(e)s, doctorant(e)s, chercheur(e)s et intervenant(e)s d'entendre des conférencier(e)s incontournables du domaine des TCC et de discuter des stratégies cognitivo-comportementales les plus innovantes et efficaces. Cet événement a été très apprécié par les participant(e)s qui ont reconnu son caractère formateur et stimulant.

Décidés à ce que ce moment et ces prestations s'inscrivent sur papier et que d'autres collègues puissent profiter des enseignements et des discussions rendus lors de cette journée, nous avons tenu à concevoir ce numéro spécial sur les Actes de Colloque 2021 de la Revue *Science et Comportement*. Ainsi, vous trouverez dans les articles qui suivent, un résumé de l'essentiel des principales conférences. D'abord, la professeure Julie Leclerc, vous offre un bilan du colloque. Par la suite, le professeur Jacques Forget présente l'historique de l'Association Scientifique de la Modification du Comportement, de ses débuts jusqu'à nos jours. Ce texte est suivi de celui de la professeure Marie-Claude Guay qui présente comment les concepts propres à la première vague en TCC sont encore d'actualité pour aider concrètement les tout-petits, mais aussi les plus grands souffrant d'anxiété. Puis, la professeure Tania Lecomte et Chanelle Lefebvre détaillent les stratégies propres à la deuxième vague des TCC et comment celles-ci peuvent soulager l'anxiété. Le texte met en évidence les modèles cognitifs les plus influents en plus de cibler les applications concrètes possibles, les avenues potentielles futures et les taux d'efficacité. Le papier du professeur Frédérick Dionne et de Laurie-Anne Guimond met en lumière les stratégies optimales du traitement des troubles anxieux grâce à l'acceptation et la pleine conscience de la troisième vague des TCC. L'article porte attention aux facteurs communs aux trois approches et suggère des stratégies d'intégration entre ces vagues. Ce colloque s'est terminé par une table ronde qui a permis de discuter des enjeux et défis des TCC. Un résumé des échanges est proposé par le professeur Réal Labelle et Philippe Des Roches.

Nous tenons par la présente à remercier la professeure Julie Leclerc pour son implication dans l'organisation du Colloque. Elle a su, de main de maître, mener la conception, la publicité, la reconnaissance de cette expérience de formation continue, gérer les inscriptions, animer cette journée et enfin finaliser le Colloque en offrant les attestations et reçus nécessaires aux participants. Ce travail, souvent mené dans l'ombre, nous a été extrêmement précieux, et ce, alors que la pandémie de Covid-19 faisait rage. Merci encore à son travail et à celui de son équipe de doctorant(e)s qu'elle a su diriger si efficacement et qui ont permis la tenue et le succès de cette journée : Kathleen Carvajal, Marie-Élise Lapointe, Lois Rhode Nsana, Audrey Veilleux et Lysandre Bourguignon. Tous nos remerciements vont aussi à la Faculté des Sciences Humaines de l'UQAM qui nous a offert une subvention bien aidante et au département de psychologie qui a appuyé ce projet et offert un soutien technique précieux. Merci enfin au Conseil d'administration de l'ASMC qui a soutenu l'organisation et le financement de l'événement.

Nous vous invitons d'ores et déjà au 22^e Colloque Thématique de l'ASMC 2022 qui aura lieu le 9 juin prochain et qui aura pour thème *Bienveillance et résilience : les visages de l'adaptation*. Signe des temps, celui-ci se tiendra en mode hybride soit en ligne et en présentiel. Il présentera les conférences de Stéphane Bouchard (Stratégies de régulation de l'anxiété à l'aide de la réalité virtuelle : Du traitement par exposition au développement de la résilience), de Caroline Berthiaume (Gestion des inquiétudes et de l'anxiété en contexte d'incertitude : Comment intervenir auprès des enfants?), de Sébastien Grenier (La TCC adaptée aux aînés anxieux : Ce que vous devez savoir pour commencer du bon

pied), de Steve Geoffrion (Premiers soins psychologiques en période de crise : Vers un soutien de proximité) et de moi-même (Travailler dans le bien-être : Prévenir la fatigue de compassion et le trauma vicariant chez les soignants). Nous vous invitons à vous inscrire dès maintenant (voir site Grenadine ou réseaux sociaux de l'ASMC).

Nous espérons le plaisir de vous y rencontrer et bonne lecture,

Pascale Brillon, Ph.D.

Rédactrice-en-chef



BILAN DU 21^e COLLOQUE THÉMATIQUE DE L'ASMC

Julie Leclerc

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Le 9 avril 2021 s'est déroulé le 21^e colloque de l'ASMC selon le thème « Anxiété et stress selon les 3 vagues de TCC - nuances et complémentarité ». L'événement s'est tenu en ligne en période de pandémie. Nous sommes très fières et fiers d'avoir présenté les conférences de Jacques Forget, Marie-Claude Guay, Tania Lecomte et Frédérick Dionne. Grâce à leur expertise, les thèmes de l'anxiété et du stress ont été abordés de l'enfance à l'âge adulte et selon différentes approches de l'intervention cognitive et comportementale. La table ronde a permis de présenter une discussion théorique visant à mettre en lumière les nuances et la complémentarité du béhaviorisme, de la thérapie cognitive et de la pleine conscience au sein de l'approche globale. Bien que cette discussion ait représenté un défi en mode virtuel, il semble avoir été apprécié que les conférencières et conférenciers échantent sur ces enjeux de fond.

Nous avons rejoint près de 200 personnes à l'inscription et plu de 160 personnes ont participé au colloque en ligne. La majorité d'entre eux provenait des quatre coins du Québec, mais nous avons eu le plaisir d'accueillir des participant(e)s de la grande francophonie, de France et de Belgique. Chaque participant(e) a reçu une attestation de présence pour cumuler des heures de formation professionnelle continue. Notre programmation a attiré un public varié d'étudiant(e)s universitaires,

de professionnel(le)s cliniques et de chercheur(e)s en santé mentale. Selon les commentaires, ce qui semble avoir été particulièrement apprécié était de discuter de stratégies concrètes d'intervention, basées sur les études et les données probantes, permettant de rafraîchir et de bonifier l'offre clinique d'approche cognitive et comportementale pour intervenir auprès des gens stressés ou anxieux.

Fort d'une première expérience depuis plus de 20 ans et d'un sondage de satisfaction nous permettant de nous améliorer, nous avons la ferme intention de rendre ce colloque annuel un incontournable des milieux francophones cliniques, communautaires et de recherche s'intéressant à l'approche cognitive et comportementale.

Félicitations et grand merci aux membres du comité organisateur, aux membres du conseil d'administration de l'ASMC et aux partenaires qui ont soutenu l'organisation de ce colloque. C'est un rendez-vous pour 2022!

Correspondance : Julie Leclerc, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, 100 rue Sherbrooke Ouest, Montréal, H2X 3P2, Canada. Courriel : Labelle.real@uqam.ca Téléphone : (514) 987-4184.



L'ASSOCIATION SCIENTIFIQUE POUR LA MODIFICATION DU COMPORTEMENT : UN BREF HISTORIQUE EN TROIS VAGUES

Jacques Forget

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

*Les marins d'expérience savent qu'il ne faut pas
trop se fier aux mouvements des vagues.
Ce qui fait le socle d'une mer se retrouve
d'abord sous les vagues.*

L'ASMC a 50 ans d'existence. Fondée à Moncton au Nouveau-Brunswick, elle est la troisième plus ancienne association consacrée aux applications des principes de la psychologie comportementale à la résolution de problèmes rencontrés en milieu clinique, éducationnel, de réadaptation ou familial. L'article présente un bref historique du développement de cette association, des activités qu'elle a mises en place pour favoriser une meilleure connaissance de l'approche dans le monde francophone ainsi que des hauts et des bas qu'elle a connus.

Mots clés : ASMC, historique, congrès et colloques, publications, conseils d'administration

Correspondance : Jacques Forget, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, 100 rue Sherbrooke Ouest, Montréal, (Québec), H2X 3P2, Canada. Courriel : forget.jacques@uqam.ca
Téléphone : (514) 987-4184.

Remerciements. L'auteur tient à remercier Gilles Trudel pour un complément de renseignements entourant l'atelier de formation de 1970 qui donna lieu à la naissance de l'ASMC

L'association scientifique pour la modification du comportement (ASMC) est l'un des plus anciens regroupements de chercheurs et de praticiens dont les intérêts sont liés aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ou à l'analyse appliquée du comportement. Fondée en 1970, quatre ans seulement après l'Association for Advancement of Behavior Therapy (États-Unis) et deux ans avant la Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (Allemagne), elle a fêté son 50^e anniversaire de naissance le 9 avril 2021 en organisant un colloque portant sur l'anxiété et le stress vu à travers ce que certains appellent les trois vagues des TCC.

L'objectif du présent texte est de souligner quelques contributions de l'ASMC au développement des TCC et de l'analyse appliquée du comportement en milieu francophone, en identifiant, par analogie, trois grandes étapes de son histoire.

Une première vague : 1970-1979

En juin 1970, Léonce Boudreau de l'Université de Moncton décide d'inviter Joseph Cautela, l'un des pionniers américains de la thérapie comportementale afin de mieux faire connaître cette nouvelle approche clinique. Il invite alors plusieurs collègues acadiens dont Louis Malenfant, Léonard Goguen, Clément Loubert, Claude LeBouthillier, Étienne Thériault et quelques jeunes psychologues québécois dont Gilles Trudel, Jean-Marie Boisvert, Maurice Harvey, Jacques Côté et Wilfrid Pilon. En tout une vingtaine de participants vont assister à l'atelier de formation qui va durer deux semaines entrecoupées d'un court séjour au chalet de Léonce dans la ville de Shediac. C'est dans ce contexte festif que Trudel et Boisvert vont soulever l'idée d'organiser une suite à cette rencontre l'année suivante à Montréal. Avec l'encouragement de Cautela, le groupe va aussi décider de fonder une association scientifique et professionnelle

permettant de faire la promotion de cette nouvelle approche en psychologie.

Lors d'une réunion tenue le 4 juin, un comité provisoire composé de Malenfant, Thériault et Boudreau est formé. Dès le 8 juin suivant, le comité propose le nom d'Association pour l'avancement de la thérapie behaviorale, mais le terme retenu sera celui d'Association pour l'avancement de la thérapie behaviorale en milieu francophone (AATBF). Au cours de son histoire, le nom du regroupement va être modifié à trois autres reprises : en 1972, l'AATBF va devenir l'Association pour l'analyse et la modification du comportement (AAMC); en 1973, l'AAMC va devenir l'Association des spécialistes en modification du comportement (ASMC); en 1978, le nom actuel va être privilégié.

À l'époque, la mission de l'association se déclinait en trois objectifs : (1) favoriser le développement de compétences francophones dans le domaine; (2) favoriser la production d'une terminologie française; (3) favoriser le regroupement des intervenants qui travaillent selon les principes et les techniques comportementales.

Les congrès

Tel que promis, Trudel et Boisvert vont organiser l'année suivante un deuxième atelier de formation à l'Hôpital St-Jean de Dieu. Les invités furent trois importants pionniers de l'analyse et de la modification du comportement : Sidney Bijou, Robert Koegel et Theodore Ayllon. De fait, l'association va rapidement se faire connaître dans les milieux universitaires et de pratiques professionnelles par l'organisation de congrès annuels – en 1979, l'ASMC va inclure 266 membres. Ainsi, de 1970 à 1979, 10 congrès vont avoir lieu à Québec, Moncton, Montréal, Sherbrooke ou encore Rouyn-Noranda. Ces rencontres vont permettre aux participants de connaître plusieurs chercheurs de renom international : 1972 : Ernest Poser, Todd Risley; 1974 : Nathan Azrin, Richard Malott; 1975 : Michael Hersen, Virginia Johnson, William Master, Arthur Staats; 1976 : Robert Vance Hall, Michael Mahoney, Martin Seligman; 1978 : Edward Christophersen, Peter Lang. Il faut noter ici que si plusieurs noms étaient rattachés aux thérapies comportementales, d'autres (Ex. Bijou, Hall, Koegel, Malott, Risley) étaient d'abord rattachés à l'analyse du comportement et au béhaviorisme radical skinnérien.

Cela dit, il faut souligner l'organisation de deux congrès particuliers. En 1977, sous l'initiative de Harvey, l'ASMC organise le premier congrès francophone international sur la modification du comportement à l'Université de Sherbrooke. Les principaux invités furent Mélinée Agathon, une spécialiste du conditionnement pavlovien, Jean Cottraux, l'un des plus importants artisans des thérapies cognitivo-comportementales en France, Ovide Fontaine, l'un des fondateurs de l'Association pour l'étude, la modification et la thérapie

du comportement de Belgique. Le nombre de participants fut élevé, et ce, sans doute grâce à l'implication de Rodrigue Otis, alors professeur à la faculté d'éducation de l'université qui « encouragea impérativement » quelques cohortes d'étudiants à assister à cet événement.

Le second congrès, sans doute le plus remarquable de toute l'histoire de l'ASMC, fut celui de 1979, organisé par Raymond Beausoleil à Rouyn-Noranda. Ce dernier fut en mesure de convaincre B.F. Skinner à présenter une conférence dans une ville très loin des grands centres urbains – au cours de sa carrière, Skinner accepta rarement une invitation d'une association ou d'une société à l'extérieur des États-Unis. L'un des arguments de Beausoleil fut de promettre à Skinner un court séjour de pêche dans la région. Il faut aussi noter que les autres conférenciers de ce congrès furent surtout associés, à l'époque, à l'analyse du comportement plutôt qu'aux thérapies comportementales : Richard Foxx, James Holland et Daniel O'Leary. L'importance de cette rencontre s'est aussi manifestée par le nombre de participants : plus de 500, un record dans toute l'histoire de l'association.

La revue

La deuxième contribution de l'ASMC au développement de l'approche comportementale en milieu francophone fut la publication d'un périodique scientifique et professionnel. Ainsi, sous l'initiative de Trudel et Boisvert, le tout premier numéro du *Bulletin de nouvelles de l'A.A.T.B.M.F.* est publié dès octobre 1970, avec l'aide financière de l'Hôpital St-Jean de Dieu. Si le premier texte rappelle la fondation de l'association, le premier article empirique fut celui de Léonard Aucoin, Boisvert et Trudel. L'article présentait les résultats de l'implantation d'une économie de jetons auprès de 35 patients avec schizophrénie de l'Hôpital St-Jean de Dieu, un établissement psychiatrique situé à Montréal. L'intervention consistait à augmenter la fréquence de deux comportements liés à la propreté : le bain et le rasage.

En 1972, la publication devient le *Bulletin de l'association pour l'analyse et la modification du comportement* et les rédacteurs arrivent à publier trois ou quatre numéros par année. Mais le véritable envol de la publication en tant que revue scientifique a commencé en 1974 sous la direction de Harvey lorsque son nom fut modifié pour celui de *Revue de modification du comportement*. Devenu un véritable trimestriel, les articles étaient souvent comparables à ceux publiés par des revues internationales dans le domaine.

La présidence et les conseils d'administration

Chaque année, l'assemblée générale vote une série de résolutions incluant le nom des membres qui vont faire partie du conseil d'administration. Pendant cette première vague, la présidence est assumée par un

professeur d'une université ou par un professionnel rattaché à un établissement de santé : Jacques Côté de l'Hôpital St-archange de Québec, Michel Boulard de l'Université de Montréal, Gilles Trudel de l'Hôpital St-Jean de Dieu et de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), Léonce Boudreau et Léonard Goguen de l'Université de Moncton, Rodrigue Otis de l'Université de Sherbrooke ou encore Raymond Beausoleil de la Commission scolaire de Val-d'Or.

Il faut aussi souligner la présence de certains membres du conseil d'administration qui vont devenir particulièrement connus dans leur domaine respectif. Mentionnons Clément Patenaude, trésorier, devenu quelques années plus tard l'un des conseillers du premier ministre du Québec Robert Bourassa. Yves Lamontagne qui va assumer en 1973 le poste de secrétaire et qui va devenir en 1981 le président du Collège des médecins du Québec. En 1976 et 1977, Rose-Marie Charest va assumer la vice-présidence de l'association. En 1998, elle va devenir la présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, poste qu'elle occupera pendant près de 20 ans.

Une deuxième vague : 1980-2000

Il est possible d'identifier une deuxième vague dans l'histoire de l'ASMC. Elle correspond dans un premier temps à l'apparition de certaines initiatives qui vont augmenter sa présence dans certains milieux tout en notant dans un deuxième temps que d'autres activités vont graduellement décliner. De fait, il est possible de distinguer deux étapes : une marée haute et une marée basse qui va se rapprocher de certains bas-fonds.

La marée haute : 1980-1989

Devant l'intérêt suscité par l'association, le conseil d'administration décide en 1981 d'actualiser la mission de l'organisation : (1) contribuer par des études scientifiques au développement des connaissances et outils de travail concernant la psychologie; (2) fournir une expertise en matière de réadaptation concernant la psychologie; (3) publier des études concernant la psychologie; (4) organiser des stages, des séminaires et des conférences; (5) solliciter des sociétés ou des individus des dons, legs et autres contributions, et organiser des campagnes de souscription.

Sur le plan des congrès annuels, l'association va poursuivre ses initiatives en organisant sept rencontres. Les conférenciers internationaux sont toujours présents : David Barlow, Ralph Catalano, Albert Ellis, Peter Lewinsohn, Joseph LoPiccolo, Marc Richelle, Eric Schopler, Joseph Wolpe. Et les congrès se déroulent, non seulement à Montréal, Québec ou Moncton, mais aussi dans des régions plus éloignées : Rimouski, St-George de Beauce, St-Jovite.

Il faut souligner que de 1986 à 1989, l'ASMC décide de ne pas organiser de congrès annuels dans la mesure où les coûts de telles activités devenaient indus en regard du

nombre de membres qui commençaient à diminuer. Cependant, afin de célébrer son 20^e anniversaire, l'association organise un 17^e congrès à Montréal. Le thème fut *L'analyse du comportement : bilan, perspectives et prospective*. Les principaux invités internationaux provenaient de la Suisse (Jean-Pierre Dawalder), de la France (Noëlla Jarousse, François-Xavier Poudat) et des États-Unis (Cyril Franks, Luana Meyer). Il y eut environ 120 participants.

Les colloques thématiques

Le besoin de formation et de perfectionnement de certains professionnels intéressés à l'approche ne semblait pas être totalement comblé par les congrès annuels. Ainsi, de 1980 à 1988, l'ASMC organisera huit ateliers de formation appelés colloques thématiques : la valeur de renforcement de certains jeux pédagogiques en contexte scolaire, la déficience mentale, les défis et la réalité du comportementisme, la réinsertion sociale d'anciens criminels, l'approche cognitive, la médication et la thérapie comportementale, les problèmes les plus difficiles à traiter pour un thérapeute comportementaliste, les techniques aversives.

Les groupes d'intérêt

Parallèlement à ces colloques, les intérêts particuliers de certains membres vont expliquer l'émergence d'un certain nombre de groupes d'intérêt. Le premier appelé le Groupe de travail sur le retard mental (GTRM) va apparaître à la fin des années 70 et va inclure plusieurs spécialistes du domaine dont Paul Maurice, Gilbert Leroux, André Lapointe, Yvon L'Abbé, Gaëtan Tremblay, Lucien Nicol et André Soulières. Mais pour des raisons un peu nébuleuses, le GTRM va se dissocier de l'ASMC dès 1981 et va poursuivre ses activités de manière autonome pendant quelques années.

À cette même époque, Camil Bouchard, professeur en psychologie communautaire à l'UQAM, Manon Théorêt et Sylvie Gladu, alors étudiantes à l'UQAM, ainsi que Jean Archambault, psychologue à la Commission des écoles catholiques de Montréal, fonderont les Behavioristes pour la recherche et l'action sociale (BRAS). L'objectif du groupe était de favoriser une analyse critique de gauche envers différentes problématiques sociopolitiques en incluant certains travaux d'orientation behavioriste : l'exploitation des travailleurs par des sociétés internationales, la violence faite aux enfants, le sexisme, le travail des psychologues d'orientation behavioriste en milieu scolaire, hospitalier ou en cabinet de consultation dont les actions favoriseraient, disait-on avec conviction, le maintien des structures de pouvoir de ces organisations plutôt que de viser la véritable autonomie des personnes. Rapidement, le BRAS inclura près de 80 membres, va avoir une représentante au conseil d'administration de l'association et sera en mesure d'organiser des conférences à l'intérieur de certains congrès annuels. Cependant, en

1988, le groupe ne donne plus aucun signe de vie et le conseil d'administration de l'ASMC de l'époque prend acte de ce silence.

En 1981, Simon Papillon, professeur à l'Université du Québec à Rimouski invite les membres à une rencontre afin d'étudier la possibilité de former un groupe d'intérêt sur la médecine comportementale. Hélas, la suggestion resta lettre morte, sans doute parce qu'à l'époque, trop peu de chercheurs et de praticiens francophones s'intéressaient à ce domaine de recherche et d'application.

La revue

Les années 80 vont aussi être témoins de la progression de la *Revue de modification du comportement* dont le nom va être modifié en 1988 pour celui de *Science et comportement*. Les critères d'évaluation vont devenir plus formels étant donné l'augmentation du nombre de manuscrits soumis pour publication – le lecteur est invité à consulter le site de l'association pour avoir accès à l'ensemble des articles publiés depuis la naissance de la revue.

Vers la fin de cette décennie, Robert Ladouceur et le présent auteur, alors rédacteurs de la revue et Robert Vallerand, alors président de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP) élaborent une proposition qui sera présentée au conseil d'administration de l'époque : (1) la revue pourrait devenir la revue officielle de la SQRP; (2) la revue pourrait intégrer un autre périodique québécois dans le domaine, *Thérapie et technologie du comportement* qui était publié depuis 1977 par les Éditions Behaviora; (3) la revue pourrait aussi devenir la revue officielle de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC). Le projet échoua à la suite du refus du conseil d'administration. La principale crainte était que cette association avec la SQRP entraînerait la disparition graduelle de l'orientation comportementaliste de *Science et comportement*. Et la mort de ce projet fut aussi confirmée par le fait que l'AFTCC décida quelque temps après de commencer la publication de son propre périodique, le *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (JTCC). Dans le cas de la revue *Thérapie et technologie du comportement*, les rédacteurs de ce périodique décidèrent, devant l'impasse d'un tel projet, de modifier le nom pour celui de *Comportement humain* et de lier la ligne éditoriale au béhaviorisme paradigmatique proposé par Staats.

Le plus déplorable de cet échec est le fait que le JTCC, dont le lancement a eu lieu en 1991 lors du congrès des *Latini Dies* à Sitges en Espagne – Ladouceur fut surpris, le présent auteur fut un peu ahuri –, est devenu en 2020 une revue de langue anglaise et totalement indépendante de l'AFTCC, que la revue *Comportement humain* mis fin à ses activités en 1996 et que certains articles de *Science et comportement* publiés au cours de la décennie 90

étaient loin de la psychologie comportementale, de ses applications cliniques ou éducationnelles.

La présidence et les conseils d'administration

La présidence, dont le mandat est généralement d'un an, va être occupée par plusieurs nouvelles personnes : Henri-Martin Laval de la Commission des écoles catholiques de Montréal, Luc Granger de l'Université de Montréal, Ginette Maril Denault de l'Institut Domrèmi, Pierre Baron de l'Université d'Ottawa, Madeleine Beaudry de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, André Lapointe du Centre de Consultation Psychologique et Éducationnelle, Jocelyne Kéroack de l'école Le Sommet et Marc-André Richard du Centre de Psychologie Béhaviorale de Montréal.

Afin de favoriser la présence de l'association en région, le nombre de membres du conseil d'administration va augmenter en accueillant un représentant de différentes régions du Québec, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario. Sans doute l'initiative la plus originale sur ce plan fut l'ajout, de 1986 à 1988, d'une représentante de la France. En effet, Noëlla Jarousse, conseillère conjugale et thérapeute comportementaliste à l'Hôpital St-Jacques à Nantes accepta d'assumer ce poste. Cependant, si le nombre de membres fluctuait d'une année à l'autre (globalement entre 150 et 250), il n'y aura pas de hausse graduelle, ce qui va expliquer en grande partie la disparition, en 1990, des postes de représentants régionaux, fautes de capitaines, mais surtout de marins.

L'ABCT et l'ABAI

Lors de sa fondation, l'ASMC avait eu l'idée d'approcher l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies (à l'époque, il s'agissait de l'American Association for Behavior Therapy) dans le but de devenir une section. Mais l'idée est restée une idée. En 1984, Lapointe, alors président de l'association relance le projet. Si les discussions furent plus formelles, le projet n'ira pas plus loin.

Quatre ans plus tard, Kéroack, alors présidente, fait une demande auprès de l'Association for Behavior International (ABAI), une association essentiellement américaine en dépit du nom, pour qu'elle reconnaisse l'ASMC comme une section (*chapter*). La demande fut acceptée rapidement. L'intérêt d'une telle affiliation permettait aux membres de l'ASMC de bénéficier de tarifs réduits pour les inscriptions aux congrès de l'ABAI et pour les abonnements à ses périodiques. L'objectif était donc d'attirer certains chercheurs et intervenants plus près de l'analyse appliquée du comportement que des TCC à devenir membre de l'ASMC. Cependant, cette affiliation n'a aucunement permis de mettre un frein à la diminution du nombre de membres qui devenait de plus en plus évident. Devant ces résultats, l'affiliation n'a pas été renouvelée après le départ de Kéroack du conseil d'administration en 1990.

La marée basse : 1990-2000

Si la revue continue à recevoir un nombre important de manuscrits de qualité, si les colloques thématiques attirent toujours un nombre important de participants (certains vont accueillir plus de 150 personnes), d'autres événements illustrent un début de désintérêt face à l'ASMC. D'une part, le nombre de membres diminuera de manière drastique et d'autre part, il sera de plus en plus difficile de recruter des personnes qui acceptent de siéger au conseil d'administration.

La fin des congrès annuels

Nous avons indiqué que vers la fin des années 80, il devenait plus difficile d'organiser un congrès, faute de moyens financiers suffisants, le dernier congrès annuel de l'association fut celui du 20^e anniversaire tenu à l'hôtel Ramada Renaissance à Montréal. Par exemple, en 1989, la situation financière de l'association montrait un déficit de plus de 4 000 \$. Si le 20^e congrès permit de faire ses frais, cette situation ne pouvait aucunement s'améliorer étant donné la diminution importante du nombre de membres. En 1990, il y avait 97 personnes dûment enregistrées comme membres. Quatre ans plus tard, ce nombre se chiffrait à 90, et en 1999, il n'y avait plus que 20 membres actifs.

La présidence et les conseils d'administration

Cette diminution de membres explique aussi pourquoi il devenait difficile de recruter des personnes intéressées à la présidence ou plus simplement à siéger au conseil d'administration.

En 1990, Diane Bélanger du Centre d'accueil le Renfort accepte la présidence. L'année suivante, il revient à L'Abbé du Pavillon Ste-Marie de St-Jérôme d'occuper le poste. Mais pendant toutes les autres années de la décennie, l'association ne va connaître qu'une seule et même présidente, Linda Garceau de l'Institut Philippe Pinel. Son dernier mandat se terminera en 1998. Il faudra alors attendre 2013 pour que l'association puisse avoir un nouveau président.

Les colloques thématiques

Ce qui va permettre à l'association de survivre sur le plan financier est le maintien des colloques thématiques. Ainsi, de 1991 à 2000, l'ASMC va organiser 11 colloques, souvent en collaboration avec divers organismes (p. ex. l'Hôpital Rivière-des-Prairies, l'Institut Philippe-Pinel, le Centre hospitalier Robert Giffard de Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides). Quatre ateliers vont porter sur la notion de double diagnostic (p. ex., les troubles de santé mentale chez les personnes ayant une déficience intellectuelle). Les autres vont porter sur la notion de qualité de vie, sur la violence familiale, sur la violence chez les jeunes, sur les habiletés sociales, sur l'analyse du comportement en tant que modalité

évaluative multidimensionnelle ou encore sur l'intervention auprès des familles recomposées.

Il faut souligner que lors du colloque de 1993 sur le double diagnostic en déficience intellectuelle, certains membres décideront de former un nouveau groupe d'intérêt appelé le Groupe d'intérêt sur les problèmes de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles. Le groupe va alors organiser au cours des années suivantes une série de rencontres qui auront lieu au Module d'enseignement du Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine.

Mais il revient d'abord aux colloques thématiques de permettre à l'association d'avoir un bilan financier intéressant afin de financer la publication de la revue.

Globalement, il revient surtout à trois personnes de cette décennie d'avoir permis à l'ASMC de survivre, soit Garceau qui va être membre du conseil d'administration pendant huit ans, dont sept en tant que présidente, L'Abbé qui va être au cœur de l'organisation des colloques thématiques et Michel Roberge qui assumera le poste de rédacteur de la revue pendant ces mêmes années.

La mer presque morte : 2000-2013

Nul n'est tenu à l'impossible et l'engagement ne peut être éternel. En 2000, le départ de Roberge va faire en sorte que la revue cessera ses activités en dépit d'un certain nombre de manuscrits soumis. En 1999, il va être impossible de trouver une personne qui acceptera d'assumer la présidence de l'association. Pendant la première décennie du présent siècle, l'ASMC ne va avoir qu'un seul membre, soit Gaëtan Tremblay qui agira en tant que trésorier, le seul hauban qui assurera la survie de l'association. Sans sa ténacité et son engagement, il est clair que l'ASMC aurait complètement échoué sur un banc de sable.

Une troisième vague, la remise à flot

En 1913, Trudel, l'un des premiers artisans de l'ASMC va approcher des collègues du département de psychologie de l'UQAM ainsi que Tremblay, toujours trésorier et seul membre de l'association afin de voir s'il est possible de redémarrer la publication de *Science et Comportement*. Dès le début de l'année, Jean Bélanger, Jacques Forget, Réal Labelle (il sera président), Gaëtan Tremblay et Gilles Trudel décideront dans un premier temps de devenir membres de l'Association, de constituer un comité d'administration et de tenter de publier le plus rapidement possible la revue par l'intermédiaire d'un site web permettant à celle-ci d'être disponible gratuitement.

En 2016, le comité d'administration va être composé de Réal Labelle, président, Gilles Trudel, président désigné, Philippe Valois, trésorier, Jacques Forget, secrétaire ainsi que Jean Bélanger et Georgette Goupil, tous rattachés au

département de psychologie de l'UQAM. À cette occasion, Pascale Brillon, aussi du département de psychologie, acceptera le poste de rédactrice de la revue. Son travail acharné va permettre de publier en 2019 le premier numéro (vol. 29) de *Science et Comportement* en accès libre.

Depuis 2019, le comité d'administration s'est élargi et inclut sept rameurs : Réal Labelle, président, Kathleen Carvajal, trésorière, Jaques Forget, secrétaire ainsi que Gilles Trudel, Georgette Goupil, Nathalie Poirier et Julie Leclerc. Il revient d'ailleurs à cette dernière d'avoir été l'organisatrice en chef du 21^e colloque thématique de l'ASMC, dont les présentations font partie du présent numéro.

Maintenant, quel est l'avenir de l'ASMC. Difficile de prédire. Mais l'objectif des membres du conseil actuel est d'augmenter la visibilité de la revue, du site de l'association, d'organiser de futurs colloques thématiques, et qui sait d'avoir des membres permettant d'organiser des assemblées annuelles qui pourraient étudier d'autres moyens pour que l'approche puisse être mieux reconnue dans divers milieux de pratiques.

Abstract: The ASMC is 50 years old. Founded in Moncton, New Brunswick, it is the third oldest association dedicated to the application of the principles of behavioral psychology to problem solving encountered in clinical, educational, rehabilitation or family settings. The article presents a brief history of the development of this association, the activities it has put in place to promote a better knowledge of the approach in the French-speaking world as well as the ups and downs it has experienced.

Keywords: ASMC, history, congresses and symposia, publications, boards of directors

Références

- Aucoin, L., Boisvert, J.-M., et Trudel, G. (1970). Le renforcement des soins personnels : le bain et le rasage. *Bulletin de nouvelles de l'A.A.T.B.M.F.*, 1 (1), 4-10.
- Forget, J. (2009). *Les sciences du comportement. Un dictionnaire*. Brossard, QC : Auteur.
- Goguen, L.G. (1970). Rapport de l'assemblée de l'Association pour l'Avancement de la thérapie behaviorale en milieu francophone. *Bulletin de nouvelles de l'A.A.T.B.M.F.*, 1(1), 1-2.
- Trudel, G. (1973). Mot du président. *Bulletin de l'Association pour l'analyse et la modification du comportement*, 4, 75.

L'UTILITÉ DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES POUR TRAITER L'ANXIÉTÉ DES TOUT-PETITS

Marie-Claude Guay

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Auteure du livre : « *Ces enfants qui apprennent autrement* »

Introduction

Dès la petite enfance, il arrive que certains tout-petits présentent des difficultés d'adaptation qui nécessitent des consultations en psychothérapie. Le plus souvent à cet âge, ce sont des difficultés de comportements extériorisés que l'on rencontre. Néanmoins, il arrive que l'anxiété chez l'enfant soit suffisamment envahissante pour nécessiter une psychothérapie. Peu importe le motif de consultation, la psychothérapie en petite enfance doit tenir compte du fait que l'enfant n'a pas encore développé ses aptitudes d'introspection. Par conséquent, la thérapie comportementale, issue de la première vague des thérapies cognitives et comportementales, s'avère particulièrement efficace auprès de la jeune clientèle puisqu'elle sollicite peu les capacités d'introspection. Dans le cadre de cet article, nous allons d'abord présenter la vignette clinique d'un bambin de 6 ans, Pascal, qui présente un trouble anxieux. Ensuite, le modèle théorique du conditionnement répondant de Pavlov, appelé aussi le conditionnement classique, sera détaillé et nous permettra d'expliquer comment peuvent prendre naissance certains troubles anxieux. Un autre modèle théorique sera aussi détaillé, soit celui du conditionnement opérant de Skinner, appelé aussi le conditionnement instrumental, et il nous servira à expliquer, entre autres, les comportements d'évitement des situations anxieuses.

Mots-clés : Anxiété chez l'enfant, thérapie comportementale, conditionnement classique, conditionnement opérant, apprentissage social, analyse fonctionnelle du comportement.

Correspondance : Marie-Claude Guay Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, 100 rue Sherbrooke Ouest, Montréal, (Québec), H2X 3P2, Canada. Courriel : guay.marie-claude@uqam.ca Téléphone : (514) 987-4184.

Vignette clinique : Pascal

L'intégration dans un centre de la petite enfance (CPE) génère un certain stress chez l'enfant puisqu'il s'agit d'une situation nouvelle, qui implique de nouvelles personnes et qui par le fait même, éloigne l'enfant de sa douillette routine. Pour la majorité des enfants, ce stress d'intégration se manifeste par quelques larmes le matin au départ des parents. Néanmoins, après quelques semaines seulement, les enfants ont intégré la nouvelle routine et le stress initial s'estompe, voire disparaît complètement. En revanche, pour une petite minorité d'enfants, ce stress s'accroît au fil du temps et il se transforme en anxiété de séparation. C'est ce qui est arrivé à Pascal. Plutôt que de s'intégrer petit à petit à son nouvel environnement, il a développé des signes d'anxiété de séparation qui ont pris la forme de crises de larmes intenses à tous les matins. Vis-à-vis ces crises, ses parents se sentent impuissants, mais surtout, ils se sentent coupables de lui faire vivre une telle souffrance. Par conséquent, ils ont tenté de réduire le plus possible le nombre d'heures passées à la garderie.

Pascal est actuellement âgé de 6 ans et depuis quelques temps, il fait des crises de larmes pour éviter le métro et les transports en commun. Contraints d'envoyer leur enfant à l'école tous les jours de la semaine, les parents ne peuvent pas limiter les transports en métro la semaine. Toutefois, pour tenter de limiter la fréquence et la durée des crises de larmes, ils font souvent la promesse à Pascal qu'il n'aura pas à prendre d'autres transports en commun comme le métro ou l'autobus de la ville durant la fin de semaine. Les parents organisent ainsi tout leur horaire pour éviter les transports publics la fin de semaine.

Conditionnement répondant (ou conditionnement classique)

Pour monsieur et madame Tout-le-Monde, le nom de Pavlov est vaguement connu et il est malheureusement trop souvent perçu comme étant une mécanique où un chien salive au retentissement d'une clochette. Or, lorsqu'on étudie minutieusement le conditionnement

classique, l'on comprend mieux pourquoi Pavlov s'est mérité un prix Nobel de médecine, pourquoi, encore aujourd'hui, sa théorie est enseignée partout dans le monde et comment cette théorie est utile pour mieux comprendre des phénomènes complexes en psycho-neuro-immunologie par exemple ou en psychologie. Dans le cadre de cet exposé, nous traitons de l'anxiété chez l'enfant.

Mais d'abord, qu'est-ce que le conditionnement classique ou le conditionnement répondant ? Il s'agit d'un modèle théorique qui vise à expliquer la modification de comportements répondants (CR), soit de comportements de type réflexe comme la salivation du chien à la vue de la nourriture ou la réponse de peur à la rencontre d'un ours. Dans nos exemples, la nourriture et l'ours sont des stimuli inconditionnels (SI), puisque de façon inconditionnelle, ils déclenchent une réaction ou un comportement répondant (CR).

On dit du conditionnement classique qu'il est un apprentissage associatif car l'organisme, dans nos exemples le chien et l'humain, associe le stimulus inconditionnel (SI) (dans nos exemples la nourriture et l'ours) à un stimulus neutre. Reprenons l'exemple de la clochette pour le chien et d'une promenade dans un boisé pour l'humain. Ces stimuli sont qualifiés de neutre car ils ne déclenchent pas les mêmes réactions que les stimuli inconditionnels (nourriture et ours). Ainsi, sans conditionnement, aucun chien ne salive en entendant le son d'une clochette et les promenades dans le bois ne produisent pas chez l'humain des réactions de peur et de panique. Ce qui est fascinant dans la théorie de Pavlov, c'est qu'après un conditionnement où l'organisme associe le stimulus inconditionnel (SI) à un stimulus neutre, qui devient au fil du conditionnement un stimulus conditionnel (SC) (association entre SI et SC), le comportement répondant peut être déclenché par la seule présentation du stimulus conditionnel (SC). Ainsi, après avoir été associée à l'apparition de la nourriture (SI), seule la présentation de la clochette (SC) permet de déclencher un comportement répondant de salivation (CR). Également, après avoir été associée à une rencontre avec un ours, seule la présence du boisé est suffisante pour déclencher une réaction de peur et de panique. Quand on s'arrête quelques instants pour y penser, c'est quand même extraordinaire qu'un stimulus neutre puisse acquérir pendant le conditionnement « *le pouvoir* » de déclencher à son tour un comportement répondant (de type réflexe). La force de l'association entre deux stimuli varie d'un stimulus à un autre, mais le conditionnement peut parfois s'établir après une seule association, comme c'est souvent le cas dans l'émergence de phobies (comme dans l'exemple du boisé et de la rencontre avec l'ours). Pour d'autres types d'associations, plusieurs répétitions sont parfois nécessaires comme dans l'exemple de l'association entre la nourriture et le son d'une clochette.

Vignette clinique : Pascal et le métro

Au début de l'année scolaire, Pascal a attrapé un virus de la gastro. Il a commencé à se sentir fatigué et à avoir un peu mal à la tête à l'école, mais il n'avait pas encore été malade quand ses parents sont venus le chercher. En fait, il a commencé à vraiment mal se sentir dans le métro : il avait chaud, il se sentait étourdi et il avait la nausée. À un moment donné, il a même vomi dans la voiture de métro qui était pas mal bondée de monde. Quelle honte pour lui ! Et quel trouble pour ses parents ! À ce moment-là, Pascal a associé le stimulus inconditionnel (le virus de la gastro) à un stimulus neutre, en l'occurrence ici le métro, et à présent, le métro à lui seul peut déclencher un comportement répondant de malaise (avoir chaud, se sentir étourdi et avoir la nausée). Par le phénomène de généralisation du stimulus, Pascal, qui craint le métro, commence aussi à craindre l'autobus de la ville et tous les transports en commun. Bien entendu, il souhaite éviter ces désagréments et pour ce faire, il souhaite éviter à tout prix les transports publics.

La procédure d'extinction en conditionnement répondant

Après le conditionnement, il est possible que le stimulus conditionnel (SC), en l'occurrence ici la clochette ou le boisé, ne déclenche plus le comportement répondant (saliver ou avoir peur), mais pour y arriver, il faut procéder à l'extinction du comportement répondant. La procédure d'extinction consiste en quelque sorte à briser l'association entre le SI et le SC. Il s'agit bien sûr d'un nouvel apprentissage pour l'organisme qui apprend qu'à partir de maintenant, le SC (la clochette ou le boisé) n'annonce plus l'arrivée du SI (la nourriture ou l'ours). L'on se rend compte de l'efficacité de la procédure d'extinction lorsque le SC ne déclenche plus le comportement répondant, c'est-à-dire que la clochette ne fait plus saliver le chien et le boisé ne provoque plus de réaction de peur ou de panique. Évidemment, la force d'associabilité entre deux stimuli sera déterminante sur la durée de la procédure d'extinction; plus la force est grande comme dans l'exemple de l'ours et du boisé, plus longue sera l'extinction du comportement répondant (la peur et la panique ici).

La thérapie comportementale pour soulager l'anxiété de Pascal

Dans la thérapie comportementale, la procédure d'exposition repose sur le processus d'extinction du comportement répondant. Cette procédure vise à faire apprendre à l'organisme, en l'occurrence ici le petit Pascal, que le stimulus qui a été conditionné et qui lui provoque de la peur (le métro) n'est rien d'autre en fait qu'un stimulus neutre. Pour ce faire, la stratégie d'exposition consiste à amener plusieurs fois Pascal dans le métro afin qu'il apprenne que le métro n'est plus associé au stimulus inconditionnel de la gastro. Au tout début de la procédure d'extinction, le métro déclenche encore le comportement répondant de stress, de malaise et de nausées. Les réactions sont vives chez Pascal qui avait

l'habitude de faire des crises de larmes pour tenter d'éviter cette situation anxiogène. Or, au fur et à mesure qu'on répète les trajets de métro avec Pascal, l'extinction s'installe et le comportement répondant diminue, voir même disparaît complètement. Au fil du temps, le métro ne provoque plus de stress, ni de malaise, ni de nausée. Mais pour y parvenir, il ne faut surtout pas éviter de prendre le métro! Lorsque les personnes aux prises avec de l'anxiété, enfants ou adultes, évitent les situations anxiogènes, il n'y a plus d'exposition possible et donc, il n'y a pas d'extinction possible du comportement répondant de stress et d'anxiété.

Conditionnement opérant (ou conditionnement instrumental)

Pour monsieur et madame Tout-le-Monde, le nom de Skinner est bien connu et comme pour Pavlov, son modèle théorique est aussi malheureusement trop souvent perçu comme étant mécanique. Pourtant, le conditionnement opérant est un modèle théorique extraordinaire, qui permet de comprendre et prédire les comportements. Il est fortement utilisé dans les milieux de l'éducation, mais trop souvent, les principes théoriques sont bafoués ou incompris; rendant inefficaces les tentatives d'intervention. Dans le cadre du présent exposé, les principes de base du modèle sont décrits. Ultiment, ces notions théoriques nous permettront de mieux comprendre les comportements d'évitement d'une situation anxiogène.

Contrairement à Pavlov qui s'est intéressé à mieux comprendre la modification de comportements répondants (les réactions), Skinner, de son côté, s'est intéressé à mieux comprendre la modification de comportements opérants (les actions). Les comportements opérants sont des comportements volontaires, sélectionnés en fonction du contexte où ils se produisent (environnement), mais surtout, sélectionnés en fonction de leurs conséquences. Selon Skinner, les conséquences d'un comportement dans un contexte donné peuvent, soit augmenter la probabilité que ce comportement se produise de nouveau dans ce contexte (on parle alors de renforcement) ou soit diminuer la probabilité que ce comportement se produise de nouveau dans ce même contexte (on parle alors de punition). Dans le langage populaire, le terme « *renforcement* » est souvent remplacé par celui de « *récompense* » et le terme « *punition* » réfère souvent à une conséquence jugée négative par une personne en autorité qui inflige une conséquence dans le but de réprimander un comportement problématique. Or, dans le modèle théorique du conditionnement opérant, les conséquences de renforcement ou de punition ne sont pas définies selon la personne qui inflige ces conséquences, mais bel et bien par leurs effets réels sur la probabilité d'apparition du comportement visé. Ainsi, on parle de renforcement d'un comportement lorsque la conséquence a pour effet d'augmenter sa probabilité d'apparition ultérieure dans un contexte similaire, et on parle de punition lorsque la

conséquence a pour effet de diminuer sa probabilité d'apparition ultérieure dans un contexte similaire.

Les conséquences de renforcement ou de punition peuvent être positives ou négatives. Encore un fois, il faut se méfier de la signification courante des termes positif et négatif, car « *positif* » ne signifie pas quelque chose d'agréable et « *négatif* » quelque chose de désagréable. Dans le modèle de conditionnement opérant, le terme « *positif* » signifie que l'on ajoute une conséquence dans l'environnement, alors que le terme « *négatif* » signifie que l'on retranche quelque chose dans l'environnement.

Lorsqu'une conséquence d'un comportement a pour effet d'augmenter la probabilité d'apparition de ce comportement dans un contexte similaire, l'on parlera de renforcement positif si l'on ajoute un stimulus dans l'environnement et on parlera de renforcement négatif si l'on retranche un stimulus de l'environnement. De la même manière, l'on parlera de deux types de punition, soit la punition positive si l'on ajoute un stimulus dans l'environnement et une punition négative si l'on retranche un stimulus de l'environnement.

La fonction des comportements d'évitement des situations anxiogènes

Comme nous l'avons vu dans la vignette clinique, le jeune Pascal, qui développe progressivement une aversion des transports en commun (une phobie), tente par tous les moyens possibles, d'éviter le transport public qui lui crée un stress intense, des sensations physiologiques désagréables et une importante détresse psychologique. L'intensité de ces inconforts explique aisément le fait qu'il veuille se soustraire du métro et de l'autobus de ville. En faisant des crises de larmes à tous les jours pour éviter le transport public, les parents, soucieux de soulager sa détresse, ajustent leur horaire pour limiter le plus possible les transports en commun. Le fait de se soustraire à ce type de transport (retrait d'un stimulus dans l'environnement), du moins occasionnellement, augmente la probabilité d'apparition des comportements de crise de larmes. Ainsi, selon le modèle du conditionnement opérant, les comportements de faire des crises de larmes sont des comportements renforcés négativement (renforcés par le retrait de la situation anxiogène).

Comme nous l'avons brièvement abordé dans l'explication du conditionnement répondant de Pavlov, pour traiter l'anxiété du jeune Pascal, il faut faire une procédure d'extinction, c'est-à-dire qu'il faut qu'il apprenne qu'il n'y a plus de relation de contingence entre le stimulus inconditionnel (ici la gastro) et le stimulus conditionnel (ici le métro et les transports en commun). Pour ce faire, l'exposition in vivo permet petit à petit de faire ce nouvel apprentissage, soit celui qu'il n'y a plus d'association entre les stimuli. Or, cette exposition est impossible à faire si le jeune Pascal continue d'éviter les situations anxiogènes. En somme, le soulagement ressenti à chaque fois qu'il peut éviter le transport public augmente

la probabilité que dans des circonstances similaires, il manifeste ultérieurement les comportements d'évitement, en l'occurrence ici les crises de larmes. On se retrouve donc dans une situation où les comportements d'évitement, renforcés négativement dans son environnement, non seulement nuisent, mais empêchent carrément de mettre en place une procédure d'extinction (i.e. l'exposition in vivo) nécessaire au traitement de l'anxiété.

La modification des comportements problématiques en conditionnement opérant

La modification des comportements selon le modèle du conditionnement opérant ne se résume pas si simplement en quelques lignes et ce sujet aurait pu faire l'objet de toute une journée de colloque. Pour les besoins de cet exposé, je vais donc résumer les principes de base de la modification de comportements problématiques et aborder brièvement des stratégies d'intervention utiles avec les tout-petits.

Extinction des comportements problématiques

Selon Skinner, les comportements sont sélectionnés par leur fonction sur l'environnement (ou par leurs conséquences). Si les comportements n'ont plus de fonction, en d'autres mots si les comportements ne sont plus d'aucune utilité, ils cesseront progressivement de se produire. Ainsi, pour réduire l'occurrence de comportements problématiques, la meilleure stratégie d'intervention est de cesser de les renforcer. Cette opération, qui consiste à ne plus faire suivre un comportement de son stimulus de renforcement, se nomme, ici aussi, la procédure d'extinction. En conditionnement opérant, le bris de contingence qui mène à l'extinction du comportement se situe donc entre le comportement et son renforcement. Tout comme en conditionnement répondant, la durée de la procédure d'extinction dépend de la force de la relation entre le comportement et son stimulus de renforcement et il dépend aussi des programmes de renforcement en cours.

Procédure d'extinction des comportements d'évitement

Reprenons l'exemple des comportements d'évitement de la situation anxiogène par Pascal. Pour éviter de prendre le métro et tout autre transport public, il fait des crises de larmes et sensibles au bien-être de leur enfant, et surtout préoccupés par la détresse psychologique de leur fils, les parents renforcent, bien malgré eux, les comportements de crises de larmes en réorganisant leur horaire pour limiter le plus possible le transport public et même, l'éviter complètement les fins de semaine. Si on veut mettre un terme au comportement d'évitement, en l'occurrence ici les comportements de crises de larmes, il faut entamer une procédure d'extinction et briser la relation de contingence entre le comportement et sa conséquence de renforcement. Ce qui revient à dire qu'à partir de maintenant, les crises de larmes ne sont plus suivies du retrait du métro et du

transport en commun. Lorsque Pascal pleure pour les éviter, les parents ne doivent plus renforcer ses comportements en lui permettant effectivement de s'y soustraire.

La punition : moins efficace et encore mal utilisée

Par ailleurs, bien qu'encore amplement utilisée dans les milieux éducatifs, et surtout devrait-on dire, bien qu'encore mal utilisée et incomprise, la procédure de punition pour réduire l'occurrence des comportements problématiques est moins efficace que la procédure d'extinction résumée ci-dessus. Pour qu'une procédure de punition soit efficace, plusieurs paramètres doivent être réunis. Par exemple, la contingence entre le comportement problématique et sa conséquence de punition doit être le plus systématique possible, c'est-à-dire qu'à chaque fois que le comportement problématique survient, le stimulus de punition est présenté en contingence. Également, le stimulus de punition doit être en contiguïté temporelle avec le comportement problématique; il ne doit pas être trop éloigné dans le temps. Mais surtout, ce qu'il faut garder en tête, est le fait qu'un comportement qui est fréquent, est sans aucun doute un comportement qui est renforcé par l'environnement et ce, même s'il s'agit d'un comportement problématique. Par conséquent, il arrive qu'un comportement problématique se trouve en situation de double conséquence. Il peut être à la fois suivi d'une conséquence de renforcement et à la fois suivi d'une conséquence de punition. Si le comportement problématique est occasionnellement renforcé, la procédure de la punition ne sera pas efficace.

Intervenir avec les tout-petits : l'utilité de l'analyse fonctionnelle du comportement

Comme son nom l'indique, l'analyse fonctionnelle du comportement est une analyse des comportements et du contexte dans lequel ils se produisent et elle vise à comprendre les relations de contingence entre les comportements et leurs conséquences de renforcement ou de punition. Autrement dit, cette analyse permet de comprendre la fonction des comportements; ce qui s'avère essentiel lorsque l'intervention vise à faire acquérir des comportements « *adéquats* » dans le répertoire de comportement de l'enfant ou à faire diminuer les comportements « *problématiques* ». Pour mener à bien ce type d'intervention, plusieurs étapes sont essentielles. Premièrement, il est crucial de définir le but de l'intervention en termes opérationnels. Ensuite, vient une période d'observation du ou des comportements cibles. Cette étape est indispensable et elle doit durer aussi longtemps que nécessaire, car elle permet de comprendre les relations de contingence entre les comportements cibles et leurs conséquences. Une fois la fonction du ou des comportements cibles bien identifiée, l'on peut mettre en place l'intervention, en prenant bien soin de continuer à observer et à documenter les observations. Finalement, la dernière étape consiste à évaluer les effets de l'intervention et s'ils ne sont pas satisfaisants, il faut

revenir en arrière et reprendre l'observation des comportements.

Conclusion

La thérapie comportementale est très efficace avec les tout-petits, que ce soit pour intervenir sur des comportements extériorisés comme des comportements d'opposition ou d'agressivité ou que ce soit pour intervenir sur des comportements intériorisés comme les comportements anxieux. Toutefois, il faut rappeler que les interventions comportementales ne sont pas des techniques d'intervention qui peuvent être appliquées par n'importe qui, n'importe quand ou n'importe comment. S'il s'agissait en fait de techniques, les résultats seraient assurés et prévisibles pour tous et chacun; ce qui est loin d'être le cas. La thérapie comportementale ne s'avère donc pas une accumulation de techniques, mais bel et bien, des stratégies d'intervention qui prennent leurs assises sur des fondements théoriques largement appuyés par des données probantes. Une bonne compréhension des modèles théoriques de conditionnement répondant et de conditionnement opérant est absolument essentielle à l'efficacité de la thérapie comportementale. Enfin, à travers l'exemple clinique de Pascal, il vous a été possible d'apercevoir à quel point les parents sont importants dans le processus thérapeutique auprès de leur enfant. Les parents sont progressivement amenés à saisir, dans un langage vulgarisé bien sûr, les principaux fondements théoriques de la thérapie comportementale. C'est en équipe avec eux que le psychologue ou le psychothérapeute aura du succès dans l'intervention.

Références utiles pour le lecteur intéressé

- Malcuit, G., Pomerleau, A., et Maurice, P. (1995). *Psychologie de l'apprentissage, termes et concepts*. Saint-Hyacinthe: Edisem.
- Powell, R. A., Honey, P. L., et Symbaluk, D. G. (2016). *Psychologie de l'apprentissage*. Montréal: Chenelière éducation.
- Turgeon, L., et Parent, S. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents*, Tome 1 : Troubles intériorisés. Ste-Foy, QC: Presses de l'université du Québec.

VOIR LES CHOSES AUTREMENT : COMMENT LA TCC PEUT SOULAGER L'ANXIÉTÉ

Tania Lecomte¹ et Chanelle Lefebvre²

¹ Département de psychologie, Université de Montréal et CR-IUSMM

² Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est l'une des thérapies les plus utilisées dans le traitement de l'anxiété. Les auteurs divisent généralement la TCC en trois grandes vagues, la première plus comportementale, la seconde plus cognitive, et la troisième incluant des principes bouddhistes comme la pleine conscience. Cet article se concentrera sur la deuxième vague, apparue dans les années 60, qui se caractérise par l'émergence de thérapies cognitives visant la modification des pensées et des cognitions. L'article se divise en quatre sections : les modèles cognitifs les plus influents, les modèles cognitifs récents, l'efficacité de la TCC pour le traitement des troubles anxieux, les applications concrètes et les nouvelles percées de la recherche.

Modèles cognitifs influents

La TCC est généralement une thérapie brève, centrée sur la modification des pensées et sur l'acquisition de nouvelles habiletés, visant le changement des réponses émotionnelles inadéquates. Parmi les thérapies étudiées, la TCC est reconnue comme étant la plus efficace pour le traitement de l'anxiété, que ce soit les phobies simples, l'anxiété sociale, ou encore l'anxiété généralisée (Butler et al., 2006).

Mots-clés : TCC, anxiété, modèles, avancées.

Correspondance : Tania Lecomte, Département de psychologie Université de Montréal Pavillon Marie-Victorin, C. P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3J7. Courriel : tania.lecomte@umontreal.ca. Téléphone : (514) 343-6274.

© 2022. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Avant d'aborder plus en détails le traitement de l'anxiété par la TCC, il est toutefois important de distinguer le stress de l'anxiété. Une personne vit du stress lorsqu'elle est confrontée à une menace réelle (p.ex., réelle possibilité de perdre son emploi car la compagnie fait des mises à pied massives). L'anxiété réfère plutôt à une surévaluation de la menace (p.ex., tout va bien et le patron demande une rencontre dans son bureau pour discuter d'un projet mais la personne a peur de perdre son emploi). Cette anxiété, irrationnelle, peut entraîner chez la personne de la peur, de la panique, des inquiétudes et même de l'évitement de la situation jugée anxiogène. La menace se retrouve au sein de plusieurs troubles psychologiques, comme les troubles anxieux, la paranoïa ou le trouble obsessionnel-compulsif. La réponse à la menace, pouvant être qualifiée de transdiagnostique, se décline de la façon suivante : un déclencheur (par ex., un événement ou une interaction sociale) entraîne la perception d'une menace qui ensuite provoque une pensée anxiogène et une émotion douloureuse, amenant l'individu à adopter des comportements d'évitement. Un trouble anxieux se développe lorsque la personne accorde de plus en plus d'importance aux pensées (ou à certaines croyances spécifiques) et aux émotions anxiogènes, et adopte des comportements en lien avec ces pensées. Ainsi, selon le modèle cognitif de la TCC deuxième vague, les cognitions de l'individu sont au centre du développement et du maintien d'un trouble anxieux.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à identifier les cognitions liées à certains troubles, comme l'anxiété et la dépression. Ainsi, nous retrouvons différents modèles explicatifs, comme ceux d'Aaron Beck, de Jeffrey Young et d'Albert Ellis. Beck (1979) distingue

trois variables cognitives : les biais cognitifs, les pensées automatiques et les schémas cognitifs. La thérapie cognitive de Beck vise à remplacer les pensées automatiques par des pensées alternatives, plus souples, plus fonctionnelles? Les biais cognitifs, aussi appelés distorsions cognitives, sont des distorsions de la pensée qui amènent l'individu à percevoir la réalité en accord avec ces schémas de base. Un exemple de biais cognitif est la pensée 'tout ou rien' qui amène l'individu à voir les situations d'un extrême à l'autre, sans nuance. Les pensées automatiques sont les cognitions qui précèdent et provoquent les émotions de l'individu. Ces pensées découlent des biais et des schémas cognitifs. Les pensées automatiques peuvent devenir conscientes si l'individu s'attarde au discours intérieur qui précède l'émergence des émotions. Aaron Beck a élaboré la thérapie cognitive afin d'aider la personne à prendre conscience de ses pensées inadaptées et à les remplacer par des pensées plus adaptées. Idéalement, la thérapie vise aussi à augmenter la conscience des schémas cognitifs inadaptés sous-jacents aux pensées inadaptées.

Un schéma est quant à lui un ensemble de croyances constituant la compréhension de soi, des autres et du monde. Les schémas sont basés sur les expériences de vie de la personne et sur son analyse, souvent biaisée, des situations. Ces schémas sont inconscients, se bâtissent généralement durant l'enfance et évoluent au fil des expériences de vie. Par exemple, une personne peut croire que le monde est dangereux ou qu'elle peut se faire abandonner à tout moment. Beck propose une composante développementale dans son modèle cognitif (1979). Malgré une faible composante génétique de l'anxiété, 11% à 13% selon les études, il existe tout de même une contribution des vulnérabilités génétiques dans le développement des troubles anxieux. Ainsi, le développement d'un trouble chez l'individu est le produit de l'interaction entre des traits génétiques et les influences environnementales. Selon ce modèle, les périodes de stress peuvent activer chez l'individu ses schémas douloureux et dysfonctionnels qui vont entraîner des pensées automatiques et des biais cognitifs. Ainsi, un individu n'est pas constamment habité par des biais cognitifs, ceux-ci sont plutôt présents lors de situations de vulnérabilité.

Jeffrey Young (1999) s'est particulièrement intéressé aux schémas et a élaboré une théorie stipulant que les troubles de l'individu sont liés à ses schémas cognitifs inadaptés qui viennent teinter sa réalité. Selon Young, il existe 18 types de schémas et une personne peut avoir plusieurs de ces schémas à différents niveaux. En thérapie, le patient identifie les différents schémas

auxquels il adhère et travaille à la modification de ceux-ci.

Albert Ellis (1994) a quant à lui élaboré la thérapie rationnelle émotive qui se base sur son modèle ABC. Ce modèle propose que les événements déclencheurs (A) n'entraînent pas en eux-mêmes des conséquences émotionnelles, comportementales ou cognitives (C) chez l'individu. En fait, ce sont plutôt les perceptions et les interprétations (B) de l'événement qui provoquent les conséquences. Selon le modèle d'Ellis, les événements (A) entraînent des attitudes rationnelles ou irrationnelles (B) qui provoquent des conséquences ou des comportements (C). Par exemple, une personne est triste (C) parce qu'elle croit que son amie ne veut plus lui parler (B) puisque celle-ci ne répond pas au téléphone (A). Ainsi, il est impératif d'intervenir sur les attitudes de l'individu puisque ce sont celles-ci qui provoquent les conséquences. L'objectif de la thérapie est de remplacer les attitudes irrationnelles par des attitudes rationnelles, ce qui aura un effet sur les conséquences. Quoique la thérapie rationnelle émotive soit peu utilisée dans sa formule d'origine aujourd'hui, le modèle ABC est fortement intégré et utilisé dans la plupart des thérapies cognitive comportementales de deuxième vague.

Modèles cognitifs récents

Clark et Beck (2010) proposent depuis quelques années un modèle révisé du modèle cognitif d'origine de Beck. Ce nouveau modèle inclut les récentes découvertes sur les processus neurophysiologiques liés à l'anxiété. Selon ce modèle, lorsque des événements déclencheurs se produisent, ceux-ci agissent sur la vulnérabilité de l'individu (sa génétique et sa personnalité) ce qui peut entraîner l'activation d'un schéma cognitif inadapté. L'activation d'un schéma inadapté entraîne une hyperactivation de l'amygdale, de l'hippocampe et une altération du cortex préfrontal ventromédial. En réponse à l'activation d'un schéma inadapté, le cerveau active ou inhibe un système de contrôle cognitif basé sur des règles et des structures corticales d'ordre supérieur (soit les régions responsables pour les associations). L'inhibition du système de contrôle cognitif entraîne un processus de réflexion impliquant l'inhibition du cortex cingulaire antérieur, du cortex préfrontal médian et latéral, et du cortex orbitofrontal. Inversement, l'activation du système entraîne un processus de réflexion impliquant l'activation de ces structures. Lorsque le système de contrôle est inhibé, l'individu utilise des stratégies d'adaptation inefficaces et d'évitement, ce qui entraîne des symptômes dépressifs et anxieux. Inversement, lorsque le système est activé, l'individu utilise des

stratégies d'adaptation efficaces et vit un soulagement sans la présence de symptômes dépressifs ou anxieux.

Quoique non-spécifique à l'anxiété, le modèle cognitif de la menace et d'anticipation des délires paranoïdes de Freeman (2007) est aussi pertinent pour mieux comprendre les processus cognitifs impliqués dans la réponse à une menace (tel que retrouvé dans l'anxiété). Selon ce modèle, un précipitant entraîne trois composantes qui interagissent entre elles : une réponse physiologique (p.ex., accélération de la respiration), des biais cognitifs (p.ex., la pensée dichotomique), ainsi que des émotions et des croyances qui sont basées sur les expériences antérieures de l'individu (les schémas). Par la suite, l'individu cherche un sens à la situation et tente d'expliquer celle-ci en l'interprétant comme étant une menace. Ainsi, les croyances dysfonctionnelles générées par la perception d'une menace amènent la personne à vivre de la détresse psychologique. Freeman (2016), plus récemment, propose un autre modèle incluant la recherche de sécurité, expliquant ainsi le maintien de ces croyances. Selon lui, les croyances liées à une perception de danger sont maintenues par six facteurs pouvant être travaillés en thérapie : l'inquiétude, les croyances négatives envers soi, les expériences sensorielles d'hyperactivation ou de nervosité, les troubles du sommeil, les biais cognitifs, et les comportements de recherche de sécurité. L'inquiétude amène l'individu à s'imaginer des scénarios improbables, ce qui augmente la détresse et les expériences sensorielles perçues comme inquiétantes (p.ex., augmentation du rythme cardiaque). Les croyances négatives envers soi amènent l'individu à penser qu'il ne peut pas gérer son inquiétude et les biais cognitifs l'empêchent d'envisager des pensées alternatives. Les individus vivant de l'anxiété ou de la peur vont souvent souffrir d'un trouble du sommeil, ce qui peut exacerber les symptômes et détériorer leur humeur. Enfin, l'individu émet des comportements de recherche de sécurité, comme des comportements d'évitement, ce qui l'empêche d'être exposé à des preuves infirmant ses hypothèses. Ainsi, en thérapie, il est impératif de travailler sur ces six facteurs de maintien.

Efficacité de la TCC pour le traitement des troubles anxieux

La TCC intègre deux grandes composantes : l'exposition et la restructuration cognitive (Chaloult, 2008). L'exposition consiste à exposer graduellement l'individu au stimulus anxiogène afin de briser l'association entre l'objet de peur et l'anxiété. En effet, lorsque l'on expose un individu à un stimulus anxiogène, l'anxiété de celui-ci augmente et redescend naturellement après un certain temps par un processus d'habituation. L'habituation est un processus menant

un organisme (ici l'humain) à cesser de répondre à un stimulus qui lui est présenté de façon répétée (Malcuit, Pomerleau et Maurice, 1995). Au fil des séances d'exposition, l'individu apprend à tolérer de plus en plus les symptômes liés à l'anxiété jusqu'à ne plus les ressentir lorsqu'exposé à l'objet de peur. La restructuration cognitive consiste à identifier les pensées et cognitions inadaptées et à les remplacer par des pensées et des cognitions adaptées. Une recension des écrits (Kaczurkin et Foa, 2015) s'est intéressée à déterminer quelle composante est la plus efficace pour le traitement de différents troubles anxieux. Cette recension montre que la TCC combinant les deux composantes semble plus efficace pour le traitement de la plupart des troubles anxieux que l'utilisation de l'exposition ou de la restructuration cognitive seule. Seulement pour les cas de phobie simple, l'utilisation de l'exposition seule est aussi efficace que la TCC combinée. Une méta-analyse (Carpenter *et al.*, 2018) incluant 41 études s'est intéressée à comparer l'efficacité de la TCC et d'un traitement actif ou un placebo pour le traitement des troubles anxieux (p.ex., trouble d'anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, trouble de stress post-traumatique). Les résultats montrent que la TCC est plus efficace que le traitement actif ou un placebo, avec une taille d'effet moyenne (Hedges' $g = 0.56$).

Applications concrètes

Afin d'illustrer l'application de la TCC deuxième vague, voici un exemple clinique fictif :

Léonie, 17 ans, navigue sur Instagram. Lorsqu'elle voit une photo d'un chien, elle ressent des palpitations cardiaques, de la nausée et de la peur. Léonie n'a pas peur des chiens. Comment expliquer qu'elle ressent ces réactions d'anxiété? En explorant avec elle, Léonie explique que sa famille a acheté un chien pendant la pandémie de la COVID-19. Sa mère n'était pas très enchantée d'avoir un nouvel animal de compagnie puisqu'elle craignait d'en prendre soin majoritairement seule. Pendant la pandémie, son père a obtenu un nouvel emploi et travaille très tard le soir. Puisque ses frères et sœurs vont à l'école, sa mère s'occupe du chien seule et dit être très fatiguée. Léonie entend régulièrement sa mère dire à son père qu'elle est épuisée et qu'elle doit toujours prendre soin du chien. Ainsi, Léonie ressent de l'anxiété et de l'impuissance puisqu'elle croit que ses parents pourraient divorcer. En thérapie, il devient essentiel de vérifier les preuves et le risque réel concernant la réalisation de cet événement. Lorsque Léonie est questionnée, elle révèle que ses parents sont ensemble depuis 20 ans et qu'ils ont traversé des épreuves plus difficiles que celle-ci. D'ailleurs, ceux-ci n'ont jamais dit vouloir divorcer. Aussi, Léonie mentionne que sa

mère aime beaucoup le chien et qu'elle joue souvent avec lui. En explorant, on observe qu'il n'y a pas de preuves soutenant le risque d'une éventuelle séparation. Puisque Léonie n'a pas réellement peur des chiens, l'exposition n'est pas nécessaire. Pour diminuer son anxiété, elle doit prendre conscience des pensées irrationnelles qu'elle associe à l'image du chien (c'est-à-dire divorce de ses parents) et vérifier si des faits soutiennent sa pensée. Elle pourra aussi se rappeler du plaisir que sa mère a souvent avec le chien et ainsi elle pourra créer une nouvelle association lorsqu'elle voit une image de chien. Une autre cible thérapeutique pourrait être de diminuer son sentiment d'impuissance face aux conflits de ses parents en lien au chien. Comment peut-elle aider dans cette situation? Léonie propose de faire marcher le chien de temps à autre afin de diminuer la fatigue et le stress de sa mère.

Voici un autre exemple fictif, qui cible l'anxiété sociale :

Théo n'aime pas être en groupe, il craint qu'on se moque de lui, qu'on le trouve bizarre ou gros. Lorsque quelqu'un lui adresse la parole, il éprouve de la difficulté à parler puisqu'il se sent tout de suite jugé. En thérapie, sa thérapeute l'encourage à vérifier les faits et les preuves. A-t-il entendu des gens rire ou dire des commentaires négatifs à son égard? Est-il la seule personne ayant un surpoids à Montréal? Théo avoue qu'en effet, il n'est pas le seul en surpoids et qu'il n'a jamais entendu des gens rire de lui. Il est également important d'envisager des explications alternatives à ses pensées. Pourquoi quelqu'un voudrait-il engager une conversation avec lui, outre que pour se moquer de lui? Est-ce possible qu'il se juge lui-même et qu'il a l'impression que les autres aussi le font? Théo explique qu'un homme âgé lui a adressé la parole alors qu'il attendait une commande au restaurant. Il mentionne que cet homme avait peut-être besoin de parler par ennui et non parce qu'il voulait rire de lui. Ces questionnements et la réalisation de ses propres biais cognitifs l'amènent à rire de soulagement. Théo arrive également à faire de l'introspection, et, notamment il demande à travailler sur son estime de soi. Ainsi, il réalise que ce n'est pas le regard des autres mais plutôt son propre jugement de lui-même (et sa perception d'être trop gros) qui sont liés à son anxiété.

Selon l'approche transdiagnostique, les troubles psychotiques sont issus de processus semblables. Ainsi, les troubles anxieux et les troubles psychotiques peuvent être traités de façon similaire. À titre d'exemple, Sarah a peur de contaminer les autres avec son énergie négative (qu'elle dégagerait et qui serait perceptible à plusieurs mètres) et croit que les autres

peuvent aussi la contaminer. En thérapie, sa thérapeute l'encourage à vérifier les faits et les preuves soutenant cette croyance. Sarah avoue qu'elle n'a jamais ressenti d'effets négatifs du transfert d'énergie et que les autres n'ont jamais rapporté avoir vécu de tels effets non plus. Cette réalisation l'apaise et l'aide à se calmer lorsque sa crainte revient. Peu importe qu'il s'agisse d'un trouble anxieux ou psychotique, il est également important de s'informer du sommeil de la personne car cela peut accentuer ses préoccupations. Ainsi, dans cet exemple, Sarah apprend à se dire qu'il est normal pour elle d'être plus craintive face aux énergies des autres aujourd'hui car elle a eu une mauvaise nuit. Aussi, on demande à Sarah ce qui l'aiderait à se sentir en sécurité. Il ne s'agit pas ici de faire de l'évitement, mais bien de mettre en place des stratégies qui lui permettraient de se sentir plus en sécurité et de faire ce qui est important pour elle au quotidien. Dans le cas de Sarah, elle considère que de prendre le temps de se calmer, de prendre une tisane et de parler à sa mère au téléphone avant de sortir de son appartement, l'aident à se rappeler l'absence d'une menace réelle.

Comment cela fonctionne?

Il est important de mentionner que les techniques ou stratégies proposées dans le cadre d'une TCC ne fonctionnent qu'en contexte d'une bonne alliance thérapeutique (c'est-à-dire une relation de confiance avec un psychothérapeute), et que celles-ci doivent être utilisées de façon consciente et réfléchie. En séance individuelle, le thérapeute doit établir une bonne alliance avec son client, en créant la confiance, un sentiment de sécurité, un lien solide, et en s'entendant sur les buts visés par la thérapie. En contexte de TCC de groupe, il est important de créer une bonne cohésion entre les membres. La cohésion inclut l'alliance avec ou les psychothérapeutes, mais aussi un sentiment d'être un membre important du groupe et d'apprécier la contribution des autres membres. La relation de confiance, tant en individuel qu'en groupe, est essentielle au travail thérapeutique - en fait elle constitue le filet de sécurité nécessaire (*sine qua non*), car il est très difficile pour toute personne de changer ses comportements ou croyances, même si ceux-ci sont inadaptés.

Nouvelles percées

Plusieurs chercheurs (Moritz et al., 2007; Khazaal et al., 2011) proposent de nouvelles avenues issues de la TCC pour modifier les biais cognitifs. À titre d'exemple, Khazaal *et al.* (2011) ont élaboré un jeu de cartes en français nommé « Michael's game », notamment utilisé auprès de patients ayant des troubles psychotiques. Dans ce jeu, le personnage principal Michael vit plusieurs situations et se pose des

questions sur celles-ci. En groupe, les participants doivent tenter de répondre aux questions ou de valider les interprétations du personnage. Il existe trois types de situations : les situations non émotionnelles et non psychotiques, les situations émotionnelles et non psychotiques, et les situations psychotiques. Le but du jeu est de fournir des hypothèses alternatives aux pensées initiales et d'identifier les conséquences émotionnelles et comportementales des différentes hypothèses. Le but ultime est d'apprendre aux participants à douter et à se questionner pour ensuite pouvoir appliquer ces stratégies dans leur vie, au quotidien. Il s'agit d'un jeu ludique, sans jugement et favorisant une belle cohésion de groupe.

D'autres chercheurs (Moritz *et al.*, 2007) ont élaboré un programme en groupe d'entraînement à la modification des biais cognitifs nommé « metacognitive training ou MCT » s'adressant aux personnes souffrant de schizophrénie. Ce programme comporte huit modules de soixante minutes qui consistent à explorer différents biais cognitifs typiques. Il ne s'agit pas de travailler sur les biais spécifiques de chacun des participants, mais plutôt de travailler de manière plus générale sur la modification des biais que l'on retrouve souvent auprès des personnes anxieuses, déprimées ou psychotiques. Chaque module comporte des informations scientifiques, des exercices et des situations fictives. Le programme est disponible en français gratuitement sur leur site.

Notre équipe a aussi récemment créé un entraînement par ordinateur afin de modifier les biais attentionnels reliés à la reconnaissance des émotions dans l'anxiété sociale (voir : www.lespoir.ca). Les personnes souffrant d'anxiété sociale ont tendance à regarder la bouche et non les yeux pour reconnaître les émotions, interprétant ainsi souvent les visages neutres comme étant menaçants. Le programme consiste à regarder des avatars qui forcent le participant à poser son attention sur différentes parties du visage pour l'interprétation des émotions. Nous avons également créé une application mobile appelée « Chill Time » proposant différentes stratégies d'adaptations au stress (coping) et aux émotions difficiles, utilisant des stratégies de deuxième et de troisième vague de la TCC (ChillTime de Psyxnovation est disponible sur Google play et bientôt sur Apple Store). Malgré que ces technologies soient toujours sous étude, les résultats préliminaires à ce jour sont très prometteurs.

Bien que la technologie ait ses limites, celle-ci devient particulièrement intéressante à utiliser auprès des personnes souffrant d'anxiété sévère. Les personnes souffrant d'anxiété sociale par exemple, ont de la difficulté à quitter leur logement afin de faire une

psychothérapie en face à face. Ainsi, une téléthérapie pourrait permettre à la personne d'amorcer une première étape qui pourrait évoluer et éventuellement amener la personne à venir à la psychothérapie devenir en face à face, dans le même bureau. Même les thérapies de groupe s'offrent maintenant en téléthérapie et offrent des résultats prometteurs.

Conclusion

Depuis quelques années, la TCC est de plus en plus holistique. On constate que les psychothérapeutes utilisent rarement des outils provenant d'une seule vague, privilégiant souvent l'utilisation d'outils de toutes les vagues de la TCC, intégrant ainsi la restructuration cognitive et l'exposition à l'acceptation et la pleine conscience. Enfin, les psychothérapeutes vont aussi soutenir leurs clients à s'activer au niveau comportemental, au quotidien, afin de favoriser le changement. Les psychothérapeutes vont également tenir compte de l'hygiène de vie qui est particulièrement importante pour maintenir un équilibre mental. En effet, l'activité physique, le sommeil et une alimentation saine sont essentiels pour favoriser une bonne santé mentale. Bref, la psychothérapie TCC de deuxième vague, malgré qu'elle ait déjà 60 ans, continue d'évoluer et d'être pertinente pour le traitement de l'anxiété, ainsi que pour d'autres troubles seuls ou concomitants.

Références

- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A., et Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514.
- Chalout, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*. G. Morin.
- Clark, D. A., et Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418-424.

- Ellis, A. (1994) *Reason and Emotion in Psychotherapy: Comprehensive Method of Treating Human Disturbances: Revised and Updated*. New York, NY: Citadel Press
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425-457.
- Freeman, D., Waite, F., Emsley, R., Kingdon, D., Davies, L., Fitzpatrick, R., et Dunn, G. (2016). The efficacy of a new translational treatment for persecutory delusions: study protocol for a randomised controlled trial (The Feeling Safe Study). *Trials*, 17(1), 1-8.
- Kaczurkin, A. N., et Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337.
- Khazaal, Y., Favrod, J., Azoulay, S., Finot, S. C., Bernabotto, M., Raffard, S., et Pomini, V. (2011). "Michael's Game," a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient education and counseling*, 83(2), 210-216.
- Malcuit, G., Pomerleau, A., et Maurice, P. (1995). *Psychologie de l'apprentissage: Termes et concepts*. Edisem, Maloine, Québec, Canada.
- Moritz, S., Woodward, T. S., et Metacognition Study Group. (2007). *Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT)*. Manual. Hamburg: VanHam Campus Verlag.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

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

Frédéric Dionne et Laurie-Anne Guimond ¹

¹ 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

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

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-

¹ 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.

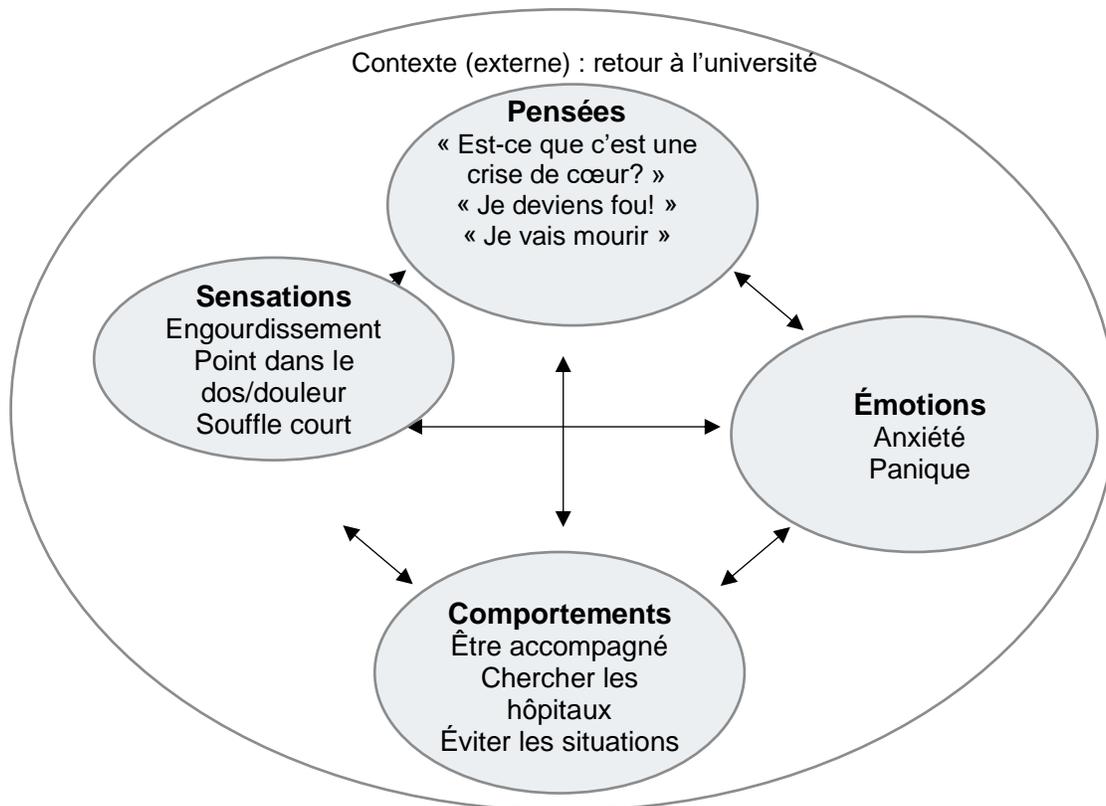
vous avec vous, car il craint de faire une « rechute », dit-il, lui qui s'isole et évite de plus en plus les situations de sa vie par peur de « perdre le contrôle ». L'analyse fonctionnelle, présentée à la Figure 1, illustre sa situation. Lorsqu'il est dans des situations publiques, il ressent des sensations 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.

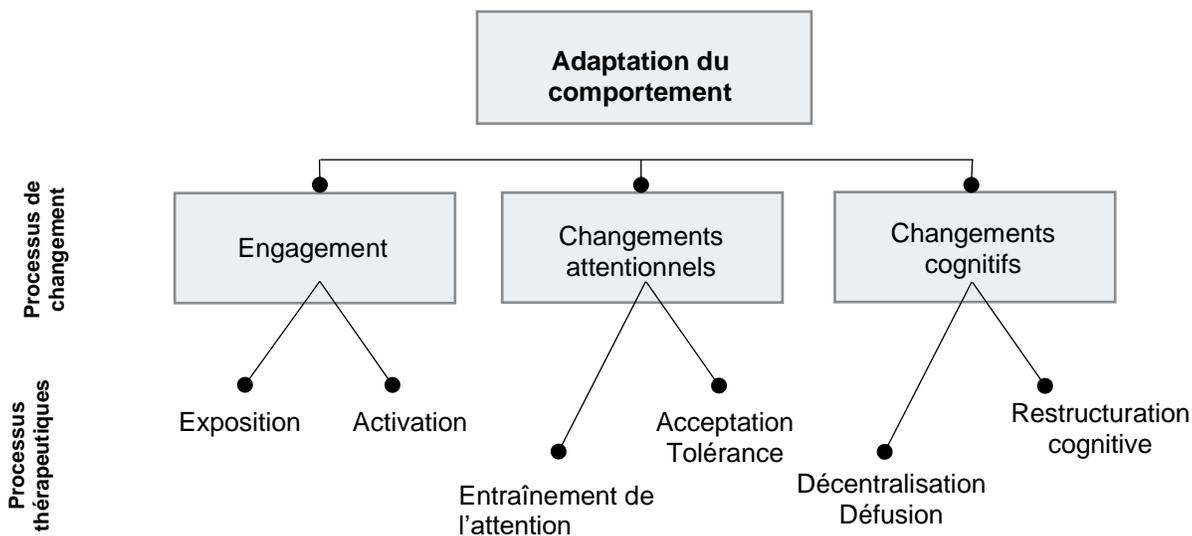
Réconcilier deux visions du monde

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^e vague) et l'amélioration de la qualité de vie (3^e 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

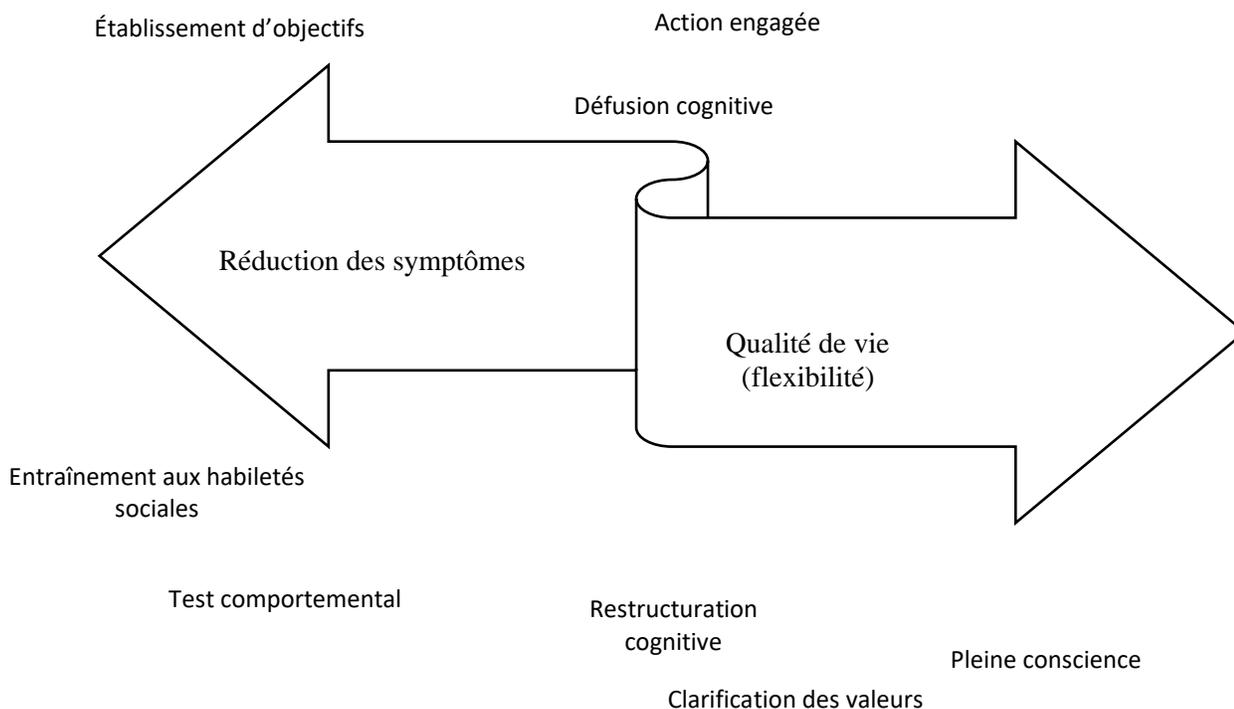
selon les circonstances du moment. Cela étant dit, il est maintenant bien reconnu que plusieurs comportements à la source des difficultés de nos clients ont comme fonction l'évitement des émotions pénibles ou l'évitement expérientiel.

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 ?

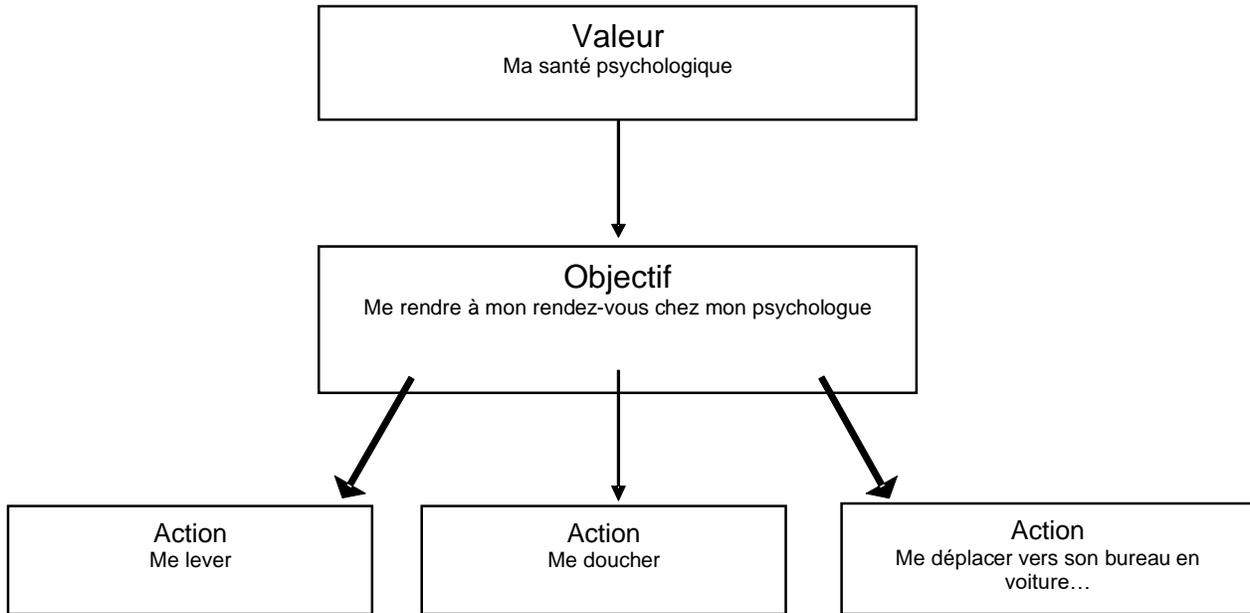
Donner du sens aux expositions et aux objectifs

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.

TABLE RONDE – ENJEUX ET DÉFIS EN TCC

Réal Labelle et Philippe Des Roches

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) représentent l'application des principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées à partir des théories de l'apprentissage et des théories cognitives du fonctionnement psychologique. Les TCC sont actuellement essaimées dans l'ensemble des pays développés comme en témoigne le caractère international des recherches et ouvrages qui y sont publiés (Inserm, 2004; Lecomte et Servant, 2020).

Quels sont les enjeux et défis de cette l'approche ? Voilà la question discutée lors de la table ronde tenue au 21^e colloque de l'Association Scientifique pour la Modification du Comportement (ASMC) en avril 2021. Cet événement regroupait six professeurs dans le domaine, dont Pascale Brillon, Frédérick Dionne, Jacques Forget, Marie-Claude Guay, Réal Labelle et Tania Lecomte et plus de 160 participants du Québec, de la France et de la Belgique.

D'abord, la discussion a porté sur l'aspect novateur de la démarche scientifique propre à l'approche comportementale et cognitive qui suppose une remise en question constante et une méthode rigoureuse permettant d'encadrer les observations et idées des cliniciens.

Ensuite, les échanges ont porté sur l'évolution des modèles théoriques des TCC. À ce jour, les TCC intègrent des schémas d'analyse comprenant à la fois des facteurs de risque et des facteurs de protection face au stress ou à l'adversité dans le but de modifier ou d'accepter ces comportements.

Mots-clés : table ronde, thérapies comportementales et cognitives, enjeux, défis

Correspondance : Réal Labelle, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, 100 rue Sherbrooke Ouest, Montréal, (Québec), H2X 3P2, Canada. Courriel : Labelle.real@uqam.ca Téléphone : (514) 987-4184.

Puis, il fut question de la pratique des TCC. Les panelistes démontraient comment cette approche se souciait des différences individuelles en s'adaptant aux besoins de la personne et en établissant une relation horizontale, authentique et structurante avec le patient.

En outre, tous s'entendaient pour dire que les TCC d'aujourd'hui s'arrimaient avec la psychopathologie développementale dans l'explication des conduites normales et troublées. En effet, les expériences interpersonnelles et plus particulièrement celles précoces peuvent rendre compte de plusieurs comportements observés plus tard. C'est dire que depuis quelques années, les théories liées aux TCC et la psychopathologie développementale s'enrichissent mutuellement.

Par ailleurs, les TCC supposent des défis. Parmi ceux-ci, les panélistes ont parlé du problème des modes, de l'attrait à la nouveauté en psychologie appliquée. Avec la venue de nouvelles pratiques, plusieurs professeurs observent une certaine perte d'intérêt des étudiants envers les fondements théoriques et les pratiques antérieures de l'approche. Or, le terme « nouveau » n'est pas nécessairement synonyme de « meilleur ». Certains ont rappelé avec justesse que les besoins du patient demeurent encore la priorité en intervention et que certaines stratégies thérapeutiques, souvent traditionnelles, sont mieux adaptées que d'autres pour certaines situations.

Un dernier thème abordé en groupe fut la formation universitaire en psychologie. Les panélistes étaient d'avis que les étudiants devraient d'abord suivre une formation pointue dans une approche particulière, afin de maîtriser les fondements théoriques, avant de se former à une autre approche. Certains ont souligné aussi l'importance d'être ouvert aux autres écoles théoriques sans pour autant négliger la spécialisation en TCC. Ainsi, une vision « équilibrée » entre une formation universitaire générale et spécialisée était favorisée.

Bref, cette table ronde a été une occasion inédite de partager en ligne nos différents points de vue sur les enjeux et défis des TCC, malgré le contexte restrictif de la pandémie. Espérons que le prochain colloque permettra des échanges plus approfondis avec l'apport d'activité où chacun sera physiquement présent. Après tout, la TCC demeure actuellement le traitement psychologique de référence comme psychothérapie scientifique (David et al. 2018; Hofmann, 2021).

Abstract

What are the issues and challenges of CBT? This is the question discussed during the panel discussion held at the 21st conference of the Scientific Association for Behavior Modification (ASMC) in April 2021. This event brought together six professors in the field and more than 160 participants. The topics covered were the scientific method, the evolution of explanatory models of behavior, the contribution of developmental psychopathology, the problem of modes in psychology and university training in CBT. This activity remains unique by its nature of online meeting.

Keywords: panel discussion, behavioral and cognitive therapies, issues, challenges

Références

David, D., Cristea I., Hofmann SG. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers Psychiatry* 9:4. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00004.

Hofmann SG. (2021). The future of cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 45: 383–384.

Inserm (2004). *Psychothérapie - Trois approches évaluées, Rapport d'expertise collective*. Paris : Édition Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Lecomte, C., Servant, D. (2020). *Les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles en 150 fiches*. Paris: Elsevier Masson.