UNIVERSITÉ PARIS 8 DES CRÉATIONS

Discipline Psychologie Clinique et psychopathologie
Université Paris 8 Vincennes – Saint-Denis
École doctorale Cognition, Langage, Interaction – ED 224
Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Changement – UR 2027

L'acceptation expérientielle comme stratégie de régulation émotionnelle : Modélisation des processus impliqués, influence de l'attachement et rôle prédictif dans la santé mentale

Thèse de doctorat en psychologie

Soutenue publiquement le 17 novembre 2025

par **Julie RIBEYRON**

sous la direction de **Nathalie DURIEZ** et **Rebecca SHANKLAND**

Composition du jury

Anne CONGARD PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université de Nantes	Rapportrice
Galina IAKIMOVA PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Nice Côte d'Azur	Rapportrice
Céline BAEYENS PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Grenoble Alpes	Examinatrice
Vincent BREJARD PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université Aix Marseille	Examinateur
Raphaële MILJKOVITCH PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Paris 8	Examinatrice
Nathalie DURIEZ PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Paris 8	Directrice de thèse
Rebecca SHANKLAND PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Lumière Lyon 2	Directrice de thèse

RÉSUMÉ

Titre : ***L'acceptation expérientielle comme stratégie de régulation émotionnelle : Modélisation des processus impliqués, influence de l'attachement et rôle prédictif dans la santé mentale.***

L'acceptation est une stratégie de régulation émotionnelle particulière qui ne tend pas à moduler l'émotion mais consiste en une ouverture aux expériences internes, sans tentative de contrôle ni de jugement. Loin d'être une posture passive, elle implique un engagement actif envers les émotions, qu'elles soient agréables ou désagréables. Bien que centrale dans les approches thérapeutiques dites de 3ème vague, le concept d'acceptation demeure flou et ses modalités d'opérationnalisation, ses déterminants et ses effets méritent d'être précisés.

Dans cette perspective la présente thèse s'est attachée à explorer l'acceptation à travers trois études complémentaires.

Une première étude quantitative, menée auprès de 321 adultes tout-venants, examine la capacité prédictive de plusieurs compétences émotionnelles sur la santé mentale. Les résultats montrent que l'acceptation constitue le prédicteur le plus robuste de l'anxiété, la dépression et le bien-être, comparativement à d'autres facteurs déjà associés à la santé mentale (i.e., compétences émotionnelles, régulation émotionnelle, tolérance à la détresse, évitement expérientiel, décentration et régulation de l'attention).

Une deuxième étude quantitative, menée auprès de 330 adultes, révèle que l'insécurité d'attachement (anxiété et évitement) est négativement associée à l'acceptation. De plus, la tolérance à la détresse, une autre capacité dispositionnelle, médie partiellement cette relation. Ces résultats suggèrent que l'acceptation est influencée par des schémas relationnels précoces, pouvant moduler l'accès à cette stratégie de régulation émotionnelle.

Enfin, une troisième étude, qualitative, menée à partir de 26 entretiens et selon une démarche inductive de *Grounded Theory* (Strauss & Corbin), explore la mise en œuvre concrète de l'acceptation de l'anxiété et ses processus sous-jacents. Le modèle théorique élaboré met en évidence la nature dynamique et complexe de l'opérationnalisation du processus d'acceptation. L'étude précise les conditions de son activation, les facteurs contextuels et individuels qui la modulent, ainsi que les obstacles rencontrés. Elle souligne également les effets subjectifs de cette stratégie, les ambiguïtés conceptuelles qui en freinent parfois le déploiement en contexte clinique et le rôle clé de l'autocompassion.

Ainsi, cette thèse offre une compréhension approfondie de l'acceptation en éclairant son efficacité dans le domaine de la santé mentale, les conditions de son activation, ainsi que les mécanismes qui sous-tendent sa mise en œuvre. En identifiant ses processus constitutifs et les facteurs individuels qui l'influencent, elle offre des pistes concrètes pour l'ajustement des interventions thérapeutiques fondées sur cette stratégie. Ces travaux permettent de cibler des processus spécifiques à développer, de cerner les obstacles à son déploiement, et d'adapter les approches en fonction des profils individuels. Dès lors, cette recherche contribue à renforcer la pertinence et l'efficacité des dispositifs cliniques et préventifs basés sur l'acceptation.

Mots-clés : Acceptation expérientielle, Régulation émotionnelle, santé mentale

ABSTRACT

Title : ***Experiential acceptance as an emotion regulation strategy : Modeling Underlying Processes, the Influence of Attachment, and Its Predictive Role in Mental Health***

Acceptance is a distinctive emotion regulation strategy that does not aim to modulate emotional experience but rather involves an open stance toward internal experiences, without attempts to control or judge them. Far from being a passive attitude, it requires active engagement with emotions, whether pleasant or unpleasant. Although central to third-wave therapeutic approaches, the concept of acceptance remains conceptually ambiguous, and its operationalization, determinants, and effects require further clarification.

This doctoral dissertation aims to explore the construct of acceptance through three complementary studies.

The first quantitative study, conducted with a sample of 321 non-clinical adults in general population, examined the predictive capacity of various emotional competencies for mental health outcomes. The results show that acceptance is the most robust predictor of anxiety, depression, and well-being, compared to other evaluated strategies (emotional competences, emotion regulation, distress tolerance, experiential avoidance, decentering, and attention monitoring).

The second quantitative study, involving 330 non-clinical adults from general population, reveals that attachment insecurity (both anxiety and avoidance dimensions) is negatively associated with acceptance. Furthermore, distress tolerance, another dispositional ability, partially mediates this relationship. These findings suggest that acceptance is influenced by early relational patterns that may affect access to this strategy in emotional regulation.

The third study, a qualitative investigation based on Grounded Theory methodology (Strauss & Corbin) using 26 interviews, explores the concrete implementation of acceptance

of anxiety and the underlying processes involved. The resulting theoretical model highlights the dynamic and complex nature of the process. The study identifies the conditions for its activation, the contextual and individual factors that influence it, and the obstacles encountered. It also sheds light on the subjective effects of this strategy, the conceptual ambiguities that sometimes hinder its appropriation in clinical settings, and the key role of self-compassion.

Overall, this dissertation offers an in-depth understanding of acceptance by clarifying its effectiveness for mental health, the conditions under which it is activated, and the mechanisms that underlie its implementation. By identifying its core processes and the individual factors that modulate it, this work provides concrete avenues for refining therapeutic interventions based on this strategy. These findings help identify specific processes to target, clarify the obstacles to its deployment, and tailor approaches to individual profiles. In doing so, this research contributes to enhancing the relevance and effectiveness of clinical and preventive interventions.

Keywords : Experiential acceptance, emotion regulation, mental health

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma plus profonde gratitude envers mes directrices de thèse, Pr. Nathalie Duriez et Pr. Rebecca Shankland pour leur accompagnement et leur soutien sans faille tout au long de mon parcours doctoral. Quelle chance j'ai eu d'être encadrée par des chercheures aussi brillantes que bienveillantes ! Comment trouver les mots justes pour exprimer toute ma reconnaissance face à tant de disponibilité, de partage et de générosité. Merci Nathalie d'avoir cru en moi dès le départ. Merci Rebecca de m'avoir accordé ta confiance alors même que nous ne nous connaissions pas encore. Je suis profondément honorée et fière d'avoir travaillé sous votre direction à la fois lumineuse et contenante, et je mesure chaque jour le privilège d'avoir bénéficié de vos compétences et de votre humanité. Vous êtes, à bien des égards, une source d'inspiration précieuse pour moi.

Je remercie très sincèrement les membres du jury, les professeures Anne Congard et Galina Iakimova d'avoir accepté d'être rapportrices de cette thèse ainsi que les professeur.e.s Céline Baeyens, Raphaële Miljkjovich et Vincent Bréjard pour avoir accepté d'en être examinateur.rice.s. C'est un honneur que des professeur.e.s éminent.e.s, dont j'admire le travail, aient accepté de consacrer une part de leur temps à la lecture et à l'évaluation de ce manuscrit.

Merci au Pr. Christophe Leys pour son aide précieuse concernant les analyses statistiques d'une des études de cette thèse. Je remercie également Sarah le Vigouroux qui m'a soutenue dans mes projets doctoraux qui ont évolués par la suite. Je remercie également celles et ceux qui ont contribué à nourrir et affiner ma compréhension et mon expérience de l'acceptation, en particulier les professeur·e·s Simon Grégoire, Jean-Louis Monestès et Christine Mirabel-Sarron.

Je remercie chaleureusement mes collègues doctorant·e·s ou déjà docteur.e.s, avec qui j'ai eu la chance de partager de nombreux échanges scientifiques stimulants et enrichissants ainsi que des liens plus personnels qui se sont tissés au fil de ces années. Un remerciement tout particulier à Marine Paucsik qui a toujours été d'une aide précieuse et dont le parcours a représenté un modèle pour moi.

Je souhaite aussi remercier sincèrement toutes celles et ceux qui ont participé aux études de ce projet, et plus spécialement les volontaires de l'étude qualitative, pour le temps qu'ils ont offert et la richesse de leurs partages.

Un heureux événement est venu ponctuer le cours de mon parcours, m'amenant à remanier ce projet de thèse afin de l'adapter aux réalités des premiers mois et des premières années de maternage auprès de ma fille. Et je tiens à remercier du fond du cœur mon fils qui a accompagné l'ensemble de mes années d'étude, depuis ma reconversion jusqu'à l'aboutissement de ce parcours doctoral, pour sa compréhension et sa patience face à mes innombrables week-ends studieux.

Enfin, merci celles et ceux qui ont contribué à rendre ce projet possible et m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce chemin exigeant.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ....3

ABSTRACT....5

REMERCIEMENTS....7

SOMMAIRE....9

Liste des tableaux....11

Liste des figures....12

Liste des principales abreviations....13

INTRODUCTION (PRÉAMBULE)....15

OBJECTIFS GÉNÉRAUX....17

PARTIE 1 – CADRE THÉORIQUE....19

1.1. Qu'est-ce que l'acceptation ?....21

1.2. Mesures et effets de l'acceptation....90

1.3. Facteurs potentiels favorisant l'acceptation....127

CONCLUSION ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX....139

PARTIE 2 – ÉTUDES EMPIRIQUES....143

CHAPITRE 1. L'ACCEPTATION, MEILLEUR PREDICTEUR DE SANTE MENTALE PARMI PLUSIEURS COMPETENCES EMOTIONNELLES : UNE ETUDE QUANTITATIVE 145

1.1. Resume....146

1.2. Introduction....147

1.3. Methodologie....153

1.4. Resultats....160

1.5. Discussion....167

1.6. Conclusion....175

CHAPITRE 2. INFLUENCE DE L'ATTACHEMENT SUR L'ACCEPTATION EXPERIENTIELLE ET ROLE MEDIATEUR DE LA TOLERANCE A LA DETRESSE : UNE ETUDE QUANTITATIVE 177

2.1. Resume....177

2.2. Introduction 178

2.3. Methodologie 185

2.4. Resultats 189

2.5. Discussion 197

2.6. Conclusion 205

CHAPITRE 3. MODELISATION, MODERATEURS ET BENEFICES PERÇUS DE L'ACCEPTATION EXPERIENTIELLE DANS UN CONTEXTE D'ANXIETE : UNE ETUDE QUALITATIVE BASEE SUR LA THEORISATION ANCREE 207

3.1. Resume 207

3.2. Introduction 208

3.3. Methodologie 220

3.4. Resultats 226

3.5. Synthese des principaux resultats de l'etude 285

3.6. Theorisation ancree de l'acceptation 291

3.7. Discussion 292

3.8. Conclusion 341

PARTIE 3 – DISCUSSION GÉNÉRALE 343

3.1. Resultats obtenus : synthese des donnees empiriques 344

3.2. Limitations 359

3.3. Perspectives de recherche 360

3.4. Implications pour la pratique clinique 362

CONCLUSION GÉNÉRALE 366

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE 368

ANNEXES 449

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Modele temporel de Gross (1998) selon le modele modal de l'emotion. 62

Tableau 2. Familles de strategies correspondant au deroulement temporel de la RE (d'apres McRae et Gross, 2020). 64

Tableau 3. Modele empirique (d'apres Naragon-Gainey, 2017) 68

Tableau 4. Mediateurs principaux de pleine conscience identifies dans les modeles theorico-empiriques (d'apres Gu et al., 2015). 120

Tableau 5. Correspondance entre les modeles de Naragon-Gainey (2017) et Girme (2021). 135

Tableau 6. Caracteristiques descriptives des variables etudiees. 155

Tableau 7. Correlations de Pearson entre les variables etudiees 162

Tableau 8. Contribution commune et unique du FMI-acc, FMI-pres, DTS, MEAQ, PECi-ER, PECi et MPOd-t comme predicteurs de l'anxiete, de la depression et du bien-etre. 165

Tableau 9. Modeles de mediation. 167

Tableau 10. Caracteristiques descriptives des variables etudiees. 187

Tableau 11. Regressions hierarchiques multiples des dimensions d'attachement. 191

Tableau 12. Regressions hierarchiques multiples avec effet d'interaction des dimensions d'attachement sur l'acceptation. 192

Tableau 13. Statistiques descriptives de l'acceptation selon le groupe d'attachement secure ou insecure. 193

Tableau 14. Statistiques descriptives, analyse de variance (ANOVA) et comparaisons post hoc pour l'acceptation (MPFI) selon les groupes d'attachement (evitant, secure et anxieux). 194

Tableau 15. Estimations des mediations de la tolerance a la detresse (DTS) entre l'attachement et l'acceptation (MPFI). 196

Tableau 16. Caracteristiques descriptives des participants. 225

Tableau 17. Correspondance entre les processus observes et les concepts existants. 304

Tableau 18. Correspondance des processus d'acceptation avec d'autres modeles theoriques. 317

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Conception de l'acceptation experientielle comme un continuum entre resignation et acceptation, en opposition a l'evitement experientiel (adapte de Hayes, 1994 et Butler et Ciarrochi, 2007) 23

Figure 2. Axe dimensionnel de l'acceptation experientielle, situee au centre d'un continuum entre suppression et identification (adapte de Lindsay, Chin et al., 2018). 25

Figure 3. Modeles de flexibilite et d'inflexibilite psychologique (hexaflexe) dans la conceptualisation de l'ACT. 39

Figure 4. Modele ACE Adaptative coping with emotion (d'apres Berking et Whitley, 2014). 60

Figure 5. Modele processuel etendu de la regulation emotionnelle (d'apres Gross, 2015 ; Rae & Gross, 2020). 63

Figure 6. Relation entre capacites et strategies de regulation emotionnelle (d'apres Tull et Aldao, 2015) .69

Figure 7. Diagramme en points avec intervalles de confiance (95 %) moyennes (cercles) et medianes (carres) de l'acceptation (MPFI) selon deux groupes d'attachement (secures et insecures) 193

Figure 8. Diagramme en points avec intervalles de confiance (95 %) Moyennes (cercles) et medianes (carres) de l'acceptation (MPFI) selon 3 groupes d'attachement (evitant, secure et anxieux).....195

Figure 9. Schema en arborescence de l'axe 1 – Faire le choix de l'acceptation et ses sous-categories.....226

Figure 10. Schema en arborescence de l'axe 2 – Les processus de l'acceptation et ses sous-categories...251

Figure 11. Schema en arborescence de l'axe 3 – Les transformations liees a l'acceptation et ses sous-categories. 272

Figure 12. Theorisation ancree de l'acceptation de l'anxiete. 291

Figure 13. Modelisation des etapes de l'acceptation de l'anxiete et correspondance avec les sous-processus. 318

Figure 14. Modelisation des etapes de l'acceptation de l'anxiete et correspondance avec les sous-processus. 350

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

ACT Acceptance and Commitment Therapy (Thérapie d'acceptation et d'engagement)

TCD Thérapie comportementale et dialectique (DBT, Dialectical and Behavioral Therapy)

EE Évitement expérientiel

MABI Mindfulness- and Acceptance-Based Interventions (intervention basée sur la pleine conscience et l'acceptation)

MBCT Mindfulness Based Cognitive Therapy (Thérapie cognitive basée sur la Pleine Conscience)

MBI Mindfulness-Based Intervention (intervention basée sur la pleine conscience)

MBSR Mindfulness Based Stress Reduction (Réduction du stress basé sur la Pleine Conscience)

MIO Modèles internes opérants

RE Régulation émotionnelle

TCC Thérapie comportementale et cognitive

TCCE Thérapie comportementale, cognitive et émotionelle

TCD Thérapie comportementale et dialectique

TCR Théorie des cadres relationnels

INTRODUCTION (PRÉAMBULE)

Accepter ses émotions, en voilà une drôle d'idée ! Alors que les injonctions sociétales valorisent le contrôle, la performance et nous incitent à renvoyer une image lisse et édulcorée, sans rien laisser paraître de ce qui nous agite intérieurement ; alors que la souffrance émotionnelle est souvent perçue et vécue comme une anomalie à corriger ou une faiblesse à dépasser ; alors que certaines émotions seraient à combattre ; et alors que la conception implicite de ce rapport aux émotions et aux expériences internes douloureuses alimentent en réalité la lutte intérieure : Tout cela tend à accroitre la détresse au lieu de l'apaiser. En effet, cette dynamique d'évitement expérientiel a été largement étudiée et identifiée comme un facteur de vulnérabilité psychologique majeur (Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 1996). Et si, au lieu de persister dans « *toujours plus de la même chose* », que le systémicien Watzlawick (1984) identifiait comme un mécanisme aggravant le problème, nous tentions autre chose ? C'est précisément ce que les approches basées sur l'acceptation ont proposé, à savoir, choisir une alternative à la lutte contre ses émotions et adopter une posture d'ouverture et d'accueil à leur égard. Cette perspective offre une nouvelle manière d'appréhender les émotions et les expériences internes douloureuses, en invitant à modifier le regard sur elles. Ainsi, en changeant de paradigme, les expériences internes même désagréables ne sont plus considérées comme des démons à combattre mais comme des manifestations de soi, en tant qu'être vivant et humain, des guides adaptatifs qui nous délivrent des informations (Greenberg, 2004) et nous indiquent un chemin. Les émotions deviennent des alliées. Même si elles ne sont pas sollicitées, elles ne peuvent être simplement ignorées. Et puisqu'elles ne peuvent être supprimées, autant les accueillir pour être à l'écoute de ce qu'elles ont à nous apprendre, sur un contexte ou sur nous-même. Ainsi, le processus d'acceptation, stratégie de régulation émotionnelle au cœur des approches basées sur l'acceptation, semble favoriser une meilleure

santé mentale en contribuant à réguler les états internes. Toutefois, sa mise en œuvre se révèle souvent complexe, et son caractère insaisissable explique qu'il soit principalement transmis à travers des métaphores dans les interventions thérapeutiques. En ce sens, nous souhaitons tenter de clarifier ce concept et d'en rendre la pratique plus accessible.

Ce travail de thèse est né d'un questionnement clinique et scientifique : Comment accepte t'on concrètement ses expériences internes désagréables ? Quels sont les mécanismes sous-jacents en jeu dans le processus d'acceptation ? Pourquoi certaines personnes semblent-elles plus à même d'accepter leurs expériences internes douloureuses, là où pour d'autres le même exercice s'avère difficile voire impossible ? Quels facteurs favorisent ou freinent sa mise en œuvre ? Et, comment mieux définir, mesurer et enseigner l'acceptation, dans une perspective thérapeutique rigoureuse et fondée empiriquement ?

L'acceptation, bien qu'au cœur de nombreuses approches théoriques et thérapeutiques, peut demeurer un concept flou, à l'opérationnalisation fluctuante dans la recherche et mal compris dans la pratique clinique. Son usage courant est souvent associé à une idée de résignation, ce qui le détourne de son essence et de son but. Face à ces constats, cette thèse propose d'explorer l'acceptation en tant que stratégie de régulation émotionnelle, en mobilisant des méthodologies quantitatives et qualitatives afin de saisir le concept dans toute sa complexité. Notre objectif a été de mieux comprendre les mécanismes de l'acceptation, ses déterminants, ainsi que son rôle dans la santé mentale.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

L'acceptation est aujourd'hui au cœur de nombreuses interventions thérapeutiques, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT - *Acceptance and Commitment Therapy*) et les interventions basées sur la pleine conscience (MBCT, MBSR), où elle est souvent considérée comme un médiateur central du changement. Pour autant, l'opérationnalisation de l'acceptation reste problématique que ce soit dans la recherche ou dans les interventions cliniques. En effet, il est demandé de "s'ouvrir à ses émotions" ou de leur « faire de la place » à travers des métaphores, des exercices expérientiels ou des pratiques méditatives, sans que les modalités de mise en œuvre ne soient clairement explicitées. Cette difficulté est accentuée par le flou conceptuel et méthodologique autour de la notion, ainsi que par l'hétérogénéité et l'inadéquation fréquente des outils utilisés pour la mesurer.

Ces limites posent une série de questions fondamentales que cette thèse se propose d'explorer :

L'acceptation est-elle réellement un facteur clé de santé mentale ? Contribue-t-elle à améliorer le bien-être et à réduire les symptômes anxiodépressifs ? *(étude 1)*.

Comment les individus acceptent-ils leurs émotions dans la pratique ? Quels sont les processus expérientiels mobilisés dans une situation concrète d'acceptation ? Comment l'acceptation se déploie-t-elle en tant que stratégie de régulation émotionnelle ? Qu'est-ce qui facilite ou entrave la capacité à accepter ? *(étude 3)*.

Quels sont les facteurs développementaux, notamment l'attachement, ou les caractéristiques individuelles telles que la tolérance à la détresse, susceptibles d'expliquer les différences inter-individuelles en matière d'acceptation ? *(études 2 et 3)*.

PARTIE 1 – CADRE THÉORIQUE

Préambule

L'acquisition de compétences psychosociales représente un enjeu majeur de santé mentale. Entendues comme « *les capacités d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne* » (Organisation Mondiale de la Santé, 1993), elles s'illustrent à plusieurs niveaux : cognitif, social et émotionnel et « *permettent à un individu de faire face aux situations de la vie en respectant les autres et en collaborant avec eux* » (Fortin, 2009), favorisant ainsi un état de bien-être psychique ainsi qu'une meilleure relation à soi et aux autres (Organisation Mondiale de la Santé, 1994).

Les compétences liées aux émotions, et plus spécifiquement leur régulation, sont devenues un axe central des recherches et des pratiques cliniques. Les travaux pionniers sur la régulation émotionnelle de James Gross dans les années 1990 ont ouvert la voie à une véritable révolution conceptuelle. Aujourd'hui, les approches dites de « troisième vague » des thérapies cognitivo-comportementales placent explicitement la régulation émotionnelle et l'acceptation des émotions au cœur de leur dispositif.

La régulation émotionnelle et l'acceptation des émotions s'inscrivent dans une trajectoire développementale façonnée, dès la naissance, dans l'intersubjectivité. En effet, l'apprentissage débute précocement, alors que le nouveau-né semble dépourvu de capacité autonome de régulation émotionnelle. Son équilibre dépend de la sensibilité de son entourage et, en particulier, de la capacité des figures parentales à décoder, accueillir et transformer ses éprouvés émotionnels. Ainsi, dès les premiers jours, les interactions jouent un rôle structurant. L'accordage affectif (Stern, 1985) constitue alors un déterminant majeur et, lorsque l'entourage répond de manière ajustée, empathique et synchronisée aux signaux de l'enfant, ce dernier développe une sécurité émotionnelle et une confiance accrue dans ses capacités

d'autorégulation. Gergely et Watson (1996) décrivent ainsi la manifestation affective en miroir, par laquelle le parent mime l'émotion exprimée par le bébé de manière amplifiée et marquée, lui permettant de distinguer ses propres éprouvés de ceux de l'adulte. Depuis, les recherches développementales ont confirmé le rôle central de l'entourage dans l'apprentissage de la régulation émotionnelle. Par imitation, à travers l'observation de la régulation émotionnelle parentale, mais aussi par les pratiques et réponses éducatives en lien avec les émotions et le climat émotionnel de la famille, qui inclue la qualité de l'attachement, le style parental et la relation conjugale (A. S. Morris et al., 2007). Ainsi, le climat émotionnel global de la famille exerce une influence déterminante sur le développement des compétences émotionnelles. Par conséquent, un environnement imprévisible ou conflictuel fragilise le sentiment de sécurité émotionnelle de l'enfant, tandis qu'un environnement cohérent, réceptif et soutenant favorise l'ouverture et l'expression constructive des émotions (Cummings & Davies, 1996). De même, les styles parentaux (Baumrind, 1966; Maccoby, 1983) influencent directement la manière dont l'enfant percevra ses émotions : comme des signaux utiles à écouter et transformer, ou comme des sources de danger, de honte ou d'incompréhension.

Dès lors, la régulation émotionnelle et la capacité à s'ouvrir à ses émotions trouvent leurs sources dans la trajectoire développementale et les relations interpersonnelles. Investir dans la qualité de ces relations, dès la petite enfance, revient donc à investir dans la santé mentale des générations futures. En ce sens, l'acceptation des émotions n'est pas seulement un objectif thérapeutique : elle constitue un levier de prévention, de résilience et de citoyenneté, à cultiver dès la petite enfance et à soutenir tout au long de la vie. Mais qu'est-ce que l'acceptation ?

1.1. Qu'est-ce que l'acceptation ?

Si l'acceptation est aujourd'hui largement mobilisée dans le champ de la psychologie clinique, notamment dans celui de la régulation émotionnelle et des approches thérapeutiques basées sur l'acceptation et la pleine conscience (MABI, *Mindfulness and Acceptance Based Interventions*), sa définition reste souvent floue ou sujette à confusion. Le terme recouvre en effet des significations multiples selon les courants théoriques ou les approches cliniques dans lesquels il s'inscrit.

1.1.1. Évolution conceptuelle : de l'acceptation du passé à l'acceptation expérientielle

Lorsqu'on parle d'acceptation en psychologie aujourd'hui, on se réfère essentiellement au concept d'acceptation expérientielle présent dans les approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience. Cependant, cela n'a pas toujours été le cas, comme le souligne la revue de Williams et Lynn (2010) faisant un point sur l'évolution historique du concept au XX^{ème} siècle. Selon les auteurs, au début du siècle, l'acceptation se référait à celle des expériences douloureuses du passé (Freud, 1910), ou à ne pas éviter les stimuli négatifs ou l'idée de mort (Hall, 1918). Ensuite, le concept a fait référence à l'ouverture à la réalité plutôt qu'au déni (Ferenczi, 1926). Plus tard, à partir de années 1940, au-delà des applications militaires visant à accepter la peur ou à faire face au sentiment de découragement en temps de guerre (Rogers, 1944a; Rogers & Wallen, 1946; H. Wilson, 1942), le concept évolue vers l'idée d'acceptation de soi, dans le processus thérapeutique notamment. Ainsi, Carl Rogers (Rogers, 1940, 1943, 1944b, 1947) met en avant l'importance d'une connaissance de soi authentique qui implique de s'accepter tel qu'on est. Cette démarche s'étend également à l'acceptation des autres. Par la suite, ces concepts d'acceptation de soi et des autres, dont les liens avec la santé mentale ont pu être établis (e.g., Guidano et al., 1971) feront l'objet de nombreux développements

théoriques et empiriques jusque dans les années 1990 (e.g., Berger, 1952; Ellis, 1996; Fey, 1954; Hurley, 1989, 1991; Ryff, 1995). Par ailleurs, les années 1990 ont marqué l'émergence de nouveaux modèles basés sur l'acceptation dite expérientielle et portés par les figures pionnières telles que Hayes (e.g., Hayes, 1994), Kabat-Zinn (e.g., 1990), Linehan (e.g., 1993a) ou d'autres (e.g., Cordova & Kohlenberg, 1994). Ces auteurs ont développé de nouveaux paradigmes de traitements intégrant l'acceptation comme processus central du changement thérapeutique.

1.1.2. Définitions de l'acceptation expérientielle

Dans la littérature psychologique contemporaine, le terme d'acceptation qui se réfère à l'acceptation expérientielle, est souvent employé de manière générique (Lindsay & Creswell, 2017), recouvrant des significations multiples selon les cadres théoriques. L'acceptation dite expérientielle est communément comprise comme une ouverture aux expériences internes (i.e., pensées, émotions, sensations), sans chercher à les modifier, les contrôler ou les éviter. Le concept d'acceptation expérientielle a été défini de manière variée selon les auteurs et les cadres théoriques dans lesquels il s'inscrit. Nous en présenterons ici les principales conceptualisations issues des grands courants théoriques qui ont contribué à son développement.

Kabat-Zinn (1990), théoricien de la méditation de pleine conscience laïcisée, définit l'acceptation comme « *la volonté de voir les choses telles qu'elles sont* ». Il ne s'agit pas simplement de tolérer mais d'avoir une position active d'acceptation et de non-jugement dans l'*ici et maintenant* tout en s'exposant aux sensations corporelles et expériences internes telles qu'elles sont vécues, sans chercher à s'en défendre, c'est-à-dire sans chercher à les éviter ou les supprimer. En effet, ces mécanismes sont à la fois coûteux (Alberts et al., 2012) et inefficaces à long terme (Hayes, Follette, et al., 2004). Dans la même lignée de travaux sur la

pleine conscience, Baer, Smith et Allen (2004), quant à eux, relient l'acceptation à une absence de jugement, en d'autres termes, s'abstenir d'appliquer des étiquettes évaluatives telles que bon/mauvais, bien/mal, ou valable/non valable (Marlatt et al., 1999) et permettre à la réalité d'être telle qu'elle est, sans tenter de l'éviter, d'y échapper ou de la changer(Dimidjian & Linehan, 2003; Linehan, 1993b; Linehan et al., 2003; Segal et al., 2002).

Selon Hayes (1994, p. 30) théoricien à l'origine de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), « *l'acceptation implique de vivre les événements pleinement et sans défense, tels qu'ils sont et non pas tels qu'ils prétendent être* ». Dans une autre définition, plus technique, Hayes (1994, p. 30-31) suggère que « *l'acceptation implique d'entrer en contact avec les fonctions de stimuli automatiques ou directs des événements, sans agir pour réduire ou manipuler ces fonctions, et sans agir sur la base uniquement de leurs fonctions verbales dérivées* ». L'acceptation est alors vue comme un processus qui permettrait de vivre des expériences internes sans tenter de les réguler. Cependant cette forme d'acceptation appartiendrait à la plus élevée d'un continuum (Block-Lerner et al., 2009). En effet, ce continuum d'actes d'acceptation (Hayes, 1994, p. 31) s'étend de la résignation/tolérance pour l'extrémité inférieure jusqu'à l'abandon délibéré d'un changement ou la « *volonté émotionnelle* » (willingness) à l'autre extrémité du spectre, voire même jusqu'à la délittéralisation, en rapport avec la théorie sous-jacente de l'ACT, celle des cadres relationnels



Figure 1. *Conception de l'acceptation expérientielle comme un continuum entre résignation et acceptation, en opposition à l'évitement expérientiel (adapté de Hayes, 1994 et Butler et Ciarrochi, 2007)*

basée sur le langage, que nous aurons l'occasion d'aborder plus loin (1.1.3.3.B). Cependant cette acceptation haute, à l'extrémité du continuum, n'est pas toujours nécessaire et dépend du contexte. En résumé pour Hayes (1994), l'acceptation peut être envisagée comme un continuum, oscillant entre des formes légères d'acceptation expérientielles jusqu'aux formes plus complètes (voir Figure 1). Sans se confondre néanmoins avec l'acceptation dite radicale de Linehan (1994) qui est plus large et globale, comme nous le verrons. D'autres chercheurs ont pu préciser cette définition comme Dougher (1994) qui souligne que l'acceptation est le plus souvent définie négativement, décrivant ce qu'elle n'est pas, comme l'abandon et le lâcher prise de la lutte pour le contrôle et le changement. Butler et Ciarrochi (2007, p. 608), pour qui l'acceptation est « *La volonté de faire l'expérience d'événements psychologiques (pensées, émotions, souvenirs) sans chercher à les éviter ou les laisser influencer outre mesure le comportement* », précisent que c'est l'inverse du concept d'évitement expérientiel (voir Figure 1), lui-même défini comme une tentative inadaptée d'altérer la forme et la fréquence d'expériences internes (Hayes, Strosahl, et al., 1999).

Linehan (1994, p. 80), à l'origine de la thérapie comportementale et dialectique, évoque le concept *d'acceptation radicale* qu'elle définit comme une « *expérience totalement ouverte de ce qui est, tel qu'il est* ». Il s'agit d'une acceptation large et totale, qui inclut aussi bien les expériences internes que les situations externes et soi-même.

Ainsi, globalement, une position d'acceptation conduit à mettre de côté le jugement, l'interprétation et/ou l'élaboration d'événements internes, sans tenter de les changer, de les éviter ou d'y échapper. Cela consiste à être pleinement présent face aux expériences internes plutôt que de s'en préoccuper ou de tenter de les éviter (Breslin et al., 2002).

Dans la lignées des approches basées sur la pleine conscience, Lindsay et ses collaborateurs (2018, p. 947) soulignent que l'acceptation renvoie à « *une attitude réceptive et non réactive à l'égard des expériences vécues dans l'instant présent : une disposition qui permet à toutes les expériences, internes comme externes — qu'elles soient agréables, désagréables ou neutres — d'émerger et de disparaître sans interférence* ». Cette posture implique *« la permission de faire pleinement l'expérience de ce qui se passe sans se laisser absorber ou s'attacher au contenu de ce qui se passe* (c'est-à-dire la non-interférence avec les expériences sensorielles agréables et désagréables ; Desbordes et al., 2015; S. Young, 2016) » (Lindsay, Chin, et al., 2018, p. 946). Sur cette base, les auteurs considèrent que l'acceptation se situe à mi-chemin entre la suppression, entendue comme la tentative d'éviter ou de nier les expériences désagréables, et l'identification, définie comme le fait de rester fixé ou accroché à une expérience particulière (voir Figure 2). Par ailleurs, ils proposent une description plus pratique de son opérationnalisation : « *Sa pratique consiste à accueillir toutes les sensations corporelles dans le champ de la conscience avec un intérêt détaché, à laisser chaque sensation émerger, se déployer et disparaître sans chercher à l'évaluer ni à la modifier, et à maintenir une attitude bienveillante et factuelle lorsque l'attention s'égare et revient au corps* » (Lindsay, Chin, et al., 2018, p. 246).



***Figure 2**. Axe dimensionnel de l'acceptation expérientielle, située au centre d'un continuum entre suppression et identification (adapté de Lindsay, Chin et al., 2018).*

L'acceptation est alors entendue comme une démarche active qui ne doit pas être confondue avec la passivité ou la résignation (e.g. Cardaciotto et al., 2008). Toutefois, et bien que conceptualisée comme un processus actif, l'acceptation demeure difficile à définir par le langage, tant elle semble avoir un caractère insaisissable par ce dernier (Haas, 1994). Selon Block-Lerner (2005, 2009), cette difficulté tient à la nature même de l'acceptation en tant qu'expérience vécue dans l'instant présent, alors que le langage a tendance à nous en détacher pour nous amener vers le passé ou le futur. Pour l'auteur, cela est comparable à la difficulté de décrire un ruisseau qui coule, qui d'un instant à l'autre est différent « *Pour effectuer toute opération rationnelle concernant le ruisseau, nous devons le considérer comme immuable, le traiter comme s'il était le même. Le langage et les processus rationnels maintiennent tout deux l'expérience constante* » (Langer, 1989, p.116, cité par Block-Lerner et al., 2009).

Comme nous allons le voir dans la prochaine section, chaque définition de l'acceptation s'ancre dans un cadre théorique spécifique, proposant une conceptualisation propre de ce processus, sur lequel s'appuient les interventions thérapeutiques basées sur l'acceptation, qui ont donné lieu à la 3ème vague des thérapies cognitives et comportementales.

1.1.3. Conceptualisation de l'acceptation dans les approches basées sur l'acceptation

1.1.3.1. Les approches basées sur l'acceptation : 3ème vague de TCC

Reconnues pour leur efficacité et recommandées par l'organisation mondiale de la santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2025) ou la haute autorité de santé en France (e.g., 2007) pour de nombreux troubles de santé mentale (eg., troubles anxieux, dépressifs, du comportement alimentaire, TSPT, TOC), les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont connu des vagues successives au cours de leur évolution. Les trois vagues correspondent à

l'histoire conceptuelle des thérapies comportementales et cognitives depuis leur origine au milieu du XX^{ème} siècle. La 1ère vague, apparue dans les années 1950, est celle du comportementalisme. Elle s'appuie sur le conditionnement classique (Pavlov, 1927) et le conditionnement opérant (Skinner, 1963) et a pour objectif de modifier les comportements observables problématiques. Pour cela, des techniques d'exposition, de désensibilisation ou de renforcement sont mises en œuvre. La 2ème vague, dite cognitive, amorcée dans les années 1970, intègre les cognitions dans le modèle comportemental et a pour objectif d'identifier et de restructurer les distorsions cognitives et schémas de pensées dysfonctionnels. Cette vague s'appuie sur des techniques de restructuration cognitive, de mise en question des croyances, d'auto-observation et de journaux de pensées. Enfin, la 3ème vague ou TCCE (Thérapie comportementale, cognitive et émotionnelle) a vu le jour dans les années 1990 et se fonde sur des modèles contextuels et fonctionnels. Elle a pour objectif de modifier la relation aux expériences internes plutôt qu'à leur contenu et s'appuie sur des techniques de pleine conscience et de décentration notamment.

Parmi les TCC de 3ème vague, les approches basées spécifiquement sur la pleine conscience sont regroupées sous l'acronyme anglais de MBI (Mindfulness-Based Interventions) dont nous allons voir les principaux représentants dans la prochaine section. A leurs côtés, figurent les autres approches telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ou la Thérapie comportementale et dialectique (TCD) intégrant des dimensions de pleine conscience et basées également sur l'acceptation. L'ensemble de ces approches est généralement regroupé sous l'acronyme anglais également de MABI (*Mindfulness- and Acceptance-Based Interventions*).

1.1.3.2. Les programmes basés sur la pleine conscience (MBCT, MBSR)

Plusieurs programmes basés sur la pleine conscience (MBI) ont vu le jour aux Etats-Unis depuis les années 1990. Parmi les principales interventions figurent la réduction du stress

basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR ; Kabat-Zinn, 1990) qui a offert une base de développement pour d'autres MBI telles que, notamment, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT ; Segal et al., 2002). Après une brève présentation de ces principaux programmes, nous en aborderons les fondements théoriques, puis nous analyserons la manière dont l'acceptation y est conceptualisée et mise en œuvre.

A. Présentation des programmes basés sur la pleine conscience

La réduction du stress basée sur la pleine conscience ou MBSR

Le programme de réduction du stress basée sur la pleine conscience ou *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) a été conçu en 1979 par l'américain Jon Kabat-Zinn, docteur en biologie moléculaire et professeur de médecine, s'inspirant des traditions méditatives orientales. Il s'agit d'un programme structuré en groupe comprenant 8 séances hebdomadaires de 2h30 chacune, et d'un jour entier de retraite en silence et de pratique, généralement organisé entre la 6ème et la 7ème séance. Il consiste en un entrainement intensif à la méditation de pleine conscience auquel s'ajoutent des étirements de yoga, des échanges et réflexions en groupes, des périodes de questions et des consignes de pratiques à domicile. En effet, entre les séances, des pratiques à domicile sont recommandées à raison d'environ 45mn, au moins 6 jours par semaine.

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ou MBCT

Le programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ou *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) a été conçu en 2001 par Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams, professeurs de psychologie à Toronto pour le premier et à Oxford pour les suivants, dans le but premier de prévenir les rechutes dépressives. Ils ont adapté la MBSR en y ajoutant des éléments de TCC. Délivré en groupe, le programme se compose de 8 séances

hebdomadaires de 2h chacune avec en option, au choix de l'instructeur, une journée de pratique intensive en silence. Il s'accompagne d'une recommandation de pratique personnelle quotidienne d'environ 45 mn tout au long du programme. Au même titre que la MBSR, il comprend un entrainement à la méditation de pleine conscience, des étirements de yoga, des échanges et réflexions en groupes, des périodes de questions, des consignes de pratiques à domicile auxquels s'ajoutent des exercices expérientiels cognitifs afin de prendre conscience de ses propres schémas de fonctionnement. Depuis l'élaboration de la MBCT, de nombreux programmes dérivés ont vu le jour (Crane et al., 2017). Ils ont pu être adaptés à des troubles (e.g., addictions) ou populations spécifiques (e.g., personnes atteintes de cancer, adolescents), ou dans leur forme (e.g., durée, online).

B. Fondements théoriques des programmes basés sur la pleine conscience

Le programme de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR) et ceux qui en sont dérivés, s'inspirent de la philosophie et des pratiques bouddhistes et notamment des courants Theravāda et Mahayana ainsi que des pratiques Vipassana (Chiesa & Malinowski, 2011). Dans le bouddhisme Theravāda, la mindfulness (traduite par « pleine conscience ») est désignée par le terme « *sati* » en pāli, langue liturgique de cette tradition, et désigne littéralement l'idée de se souvenir, non pas du passé mais plutôt de l'objet de son attention dans le moment présent (Davids, 1890). Ce qu'on nomme pleine conscience constitue une qualité mentale centrale mobilisée dans la pratique méditative. Elle se développe notamment à travers la méditation Vipassanā et vise à cultiver une attention claire, stable et non réactive aux phénomènes physiques et mentaux. Cette pratique soutient l'émergence de la sagesse (*paññā)*, qui permet de comprendre directement la nature impermanente, insatisfaisante et non substantielle de l'expérience. Cette compréhension mène à la libération du cycle des renaissances (*saṃsāra)* et à l'éveil (état d'arhat), idéal spirituel de cette tradition.

La pratique de la pleine conscience dans cette tradition se cultive à partir de quatre fondements (*satipaṭṭhāna*), ou cibles de pratique, que sont l'observation du corps (*kāyānupassanā*), des sensations (*vedanānupassanā*), de l'esprit (*cittānupassanā*) et des objets mentaux (*dhammānupassanā*), envisagés comme une progression graduée de subtilité des phénomènes observés.

C'est ainsi qu'extraite d'un contexte spirituel et culturel asiatique, la pleine conscience a pu être érigée en pratique psychologique et technique adaptée et accessible à une population occidentale. Elle consiste à « *porter son attention délibérément sur l'expérience qui se déroule au moment présent, sans jugement de valeur* » (Kabat-Zinn, 1994, p. 4). Elle est communément théorisée comme reposant sur deux composantes : la régulation de l'attention et l'acceptation (Bishop et al., 2004). La pleine conscience s'apprend et se cultive au moyen de pratiques méditatives formelles (e.g., scan corporel, méditation assise) ou informelles intégrées dans les activités de la vie quotidienne (e.g., repas ou marche en conscience).

Plus précisément, l'acceptation expérientielle, composante de la pleine conscience aux côtés de la régulation de l'attention comme nous l'avons précisé précédemment, trouve également ses racines dans les traditions spirituelles et philosophique orientales. Même si la conceptualisation contemporaine s'est éloignée des concepts traditionnels au profit d'une approche psychologique et scientifique de l'acceptation, il n'en demeure pas moins éclairant d'en connaître l'influence afin de mieux comprendre et reconnaitre le contexte culturel dans lequel le construit d'acceptation a émergé. Dans la tradition bouddhiste, cinq principaux concepts sont liés à l'acceptation, il s'agit du non-attachement, du non-évitement, du non-jugement, de la tolérance et de la volonté (J. C. Williams & Lynn, 2010).

- Le non-attachement invite à ne pas laisser son esprit s'attacher et retenir les objets dits sensoriels et éphémères (e.g., les personnes, les possessions, les pensées, etc) au profit d'un recentrage spirituel, dans le but d'atteindre l'illumination.

- Le non-évitement implique de ne pas fuir une expérience en l'absence de menace physique réelle. Complémentaire du non-attachement, ces deux attitudes relèvent du principe du non-agir, tel qu'il est compris dans les traditions contemplatives orientales.
- Le non-jugement est une abstention consciente de catégoriser l'expérience comme bonne ou mauvaise, vraie ou fausse. Il s'agit de décrire plutôt que d'évaluer.
- La tolérance désigne la capacité à rester présent et conscient, même quand l'expérience n'est pas souhaitable.
- Enfin, la volonté renvoie à l'idée que l'acceptation implique un choix intentionnel, celui de s'engager délibérément dans l'expérience.

Bien qu'éclairant, ces concepts précurseurs sont considérés comme plus radicaux que ceux établis par la psychologie contemporaine occidentale, décrivant un état d'acceptation comme continu dans un but d'illumination (ou éveil), état ultime de réalisation spirituelle. Ce n'est donc pas une pratique isolée, mais une composante essentielle s'inscrivant dans un chemin spirituel plus vaste visant une transformation globale et profonde. On s'éloigne donc de la compréhension contemporaine de l'acceptation en psychologie, qui l'envisage davantage comme un processus intra-individuel de régulation émotionnelle.

S'il est unanimement reconnu que l'acceptation est un composant au cœur de la pleine conscience, deux courants se sont opposés sur le caractère distinct ou non de l'acceptation et de la régulation de l'attention. En effet pour certains auteurs, l'acceptation est comprise dans la conscience du moment présent (K. W. Brown & Ryan, 2004) alors que pour d'autres la régulation (ou monitoring) de l'attention est distincte de l'acceptation (Bishop et al., 2004; Lindsay & Creswell, 2017). L'acceptation fait donc partie intégrante du modèle théorique à deux composantes de Bishop (2004). Celui-ci est composé de la régulation de l'attention, c'est-à-dire la direction volontaire de l'attention sur l'expérience vécue au moment présent, et

l'orientation vers l'expérience, c'est-à-dire l'ouverture et l'acceptation. Les résultats empiriques soutiennent plus largement la seconde théorie comme quoi acceptation et régulation de l'attention sur le moment présent sont deux composants distincts. En effet, lorsqu'ils sont mesurés séparément, il a été démontré que seule l'acceptation apportait de réels bénéfices sur les émotions (Lindsay, Chin, et al., 2018; Simione et al., 2021; Valdez et al., 2016; Wenzel et al., 2021) et sur la réactivité au stress (Chin, Slutsky, et al., 2019; Lindsay, Young, et al., 2018). De plus, il a été démontré que la régulation de l'attention seule ne provoque pas de résultats bénéfiques et qu'elle peut, au contraire, accentuer la réactivité émotionnelle, c'est-à-dire la réponse physiologique et subjective au stress alors même que l'acceptation permet au contraire de la réduire (Lindsay & Creswell, 2017). Aussi, la régulation de l'attention sur les pensées ou émotions peut être à la fois bénéfique ou délétère selon que les émotions sont simultanément acceptées ou pas (Wenzel et al., 2021).

Les programmes de pleine conscience se situent dans le cadre conceptuel des TCC 3ème vague (TCCE), dont l'un des fondements, n'est plus de changer les cognitions mais de permettre une relation différente à l'expérience. Des méthodes et outils des TCC ont même directement été inclus dans les protocoles de MBI, tels que l'usage de pratiques systématisées et évaluées empiriquement, des tâches à réaliser entre les séances, de la psychoéducation autour des théories du stress ou celles permettant d'identifier des schémas cognitifs (Segal, 1988), à travers des exercices expérientiels ou des auto-questionnaires.

C. L'acceptation dans les approches basées sur la pleine conscience

L'entrainement à l'acceptation est un facteur essentiel des interventions de pleine conscience pour réduire le vagabondage de l'esprit. En effet, il semblerait que le monitoring seul ne permette pas de réduction significative de celui-ci (Rahl et al., 2017). Ainsi, accepter l'expérience favorise une meilleure capacité à réduire la distraction mentale et améliore les résultats en matière d'attention. Elle permet une attention envers ses expériences négatives sans

y réagir (Bieling et al., 2012) et permet d'améliorer la régulation des émotions négatives (Teper et al., 2013) et de stimuler les émotions positives dans la vie quotidienne.

L'acceptation se développe et s'entraîne à travers des pratiques méditatives telles que le scan corporel ou la méditation assise. Tout d'abord, il convient de réguler l'attention en la ramenant continuellement vers les sensations corporelles. Lorsqu'on remarque que l'attention s'est à nouveau mise à vagabonder, des pensées d'auto-évaluation et des émotions désagréables peuvent surgir. C'est à ce moment que le participant va pouvoir pratiquer l'acceptation, en autorisant les distractions d'avoir lieu en arrière-plan tout en réorientant l'attention sur l'expérience corporelle présente (Lindsay, Chin, et al., 2018). En pratique, cela consiste à accueillir les sensations corporelles avec un intérêt détaché, en permettant à chacune d'elles d'émerger, de se déployer puis de disparaître sans les évaluer ou essayer de les changer. Il s'agit également de maintenir une attitude de neutralité lorsque l'attention s'éloigne puis est ramenée au corps (Lindsay, Chin, et al., 2018).

L'acceptation est liée au non-jugement (Baer et al., 2004), ainsi, face à une expérience indésirable, le participant est encouragé à l'observer attentivement, à l'étiqueter (i.e., nommer mentalement une expérience) et à lui permettre d'être présente (Segal et al., 2002) sans évaluation ni autocritique. D'ailleurs, ne pas juger n'est pas synonyme de passivité ou de résignation (Segal et al., 2002), au contraire, le non-jugement encourage une réponse plus adaptative aux situations problématiques en prévenant les comportements automatiques, impulsifs et inadaptés (Baer et al., 2004).

1.1.3.3. La thérapie d'acceptation et d'engagement

Après une brève présentation de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) nous aborderons ses fondements théoriques puis nous analyserons la manière dont l'acceptation y est conceptualisée et mise en œuvre.

A. Présentation de la thérapie d'acceptation et d'engagement

La thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) a été développée aux Etats-Unis dans les années 1990 par Steven Hayes (1999). Cette TCC de 3ème vague s'appuie sur la philosophie du contextualisme fonctionnel et la théorie des cadres relationnels, que nous développerons dans la prochaine section. Elle repose sur le principe que la souffrance (i.e., les symptômes) fait partie intégrante de l'expérience humaine et qu'on ne peut la faire disparaitre. En revanche, il est possible de changer le rapport qu'on entretient avec elle. La souffrance psychologique résulte de tentatives de contrôle et d'évitement des expériences, stratégies parfois efficaces à court terme pour faire baisser la manifestation des symptômes, mais qui, à plus ou moins long terme tendent à éloigner les individus de ce qui est vraiment important pour eux. L'ACT va permettre de prendre conscience de ces mécanismes infructueux et de favoriser des stratégies efficaces à plus long terme, afin de vivre une vie pleine de sens, malgré la souffrance. Il ne s'agit donc pas de chercher à éliminer les symptômes mais de vivre avec eux.

B. Fondements théoriques de la thérapie d'acceptation et d'engagement

Fondement conceptuel : le contextualisme fonctionnel et la théorie des cadres relationnels

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) s'appuie sur deux fondements conceptuels : une philosophie, le contextualisme fonctionnel et une théorie du langage et de la cognition, la théorie des cadres relationnels (*Relational Frame Theory*, RFT).

Le contextualisme fonctionnel est une philosophie relevant du pragmatisme, centrée sur l'utilité contextuelle des comportements entendus au sens large, comprenant les pensées et le langage. Cette perspective soutient que la vérité d'un comportement ne dépend pas de sa correspondance avec une réalité objective, mais de son utilité dans un contexte donné (Hayes, Strosahl, et al., 1999). Ainsi, un comportement n'est pas considéré comme pertinent en soi,

mais en fonction du contexte et des objectifs d'un individu. Ce n'est pas le contenu qui intéresse mais la fonction. En d'autres termes, le contextualisme fonctionnel rejette les explications mécanistes (i.e., comprendre l'humain comme une machine avec des parties) ou internalistes (i.e., les causes sont internes à la personne) de la souffrance psychologique où une pensée n'est pas erronée ou dysfonctionnelle intrinsèquement, au profit d'une analyse des relations avec le contexte.

La Théorie des Cadres Relationnels (TCR, Hayes et al., 2001) constitue le fondement conceptuel de l'ACT et d'outils tels que *l'Implicit Relational Assessment Procedure* (IRAP). La TCR est née des limites des travaux de Skinner (1957), qui concevait le langage comme un comportement appris par conditionnement opérant, mais qui ne pouvait expliquer comment un comportement pouvait être appris ou modifié sans interaction concrète avec l'environnement. C'est le cas notamment de certaines phobies qui peuvent se développer sans expérience directe avec l'objet phobogène (Monestès & Villatte, 2011). Ainsi, dans la TCR, l'apprentissage est envisagé de manière contingente, c'est-à-dire qu'un stimulus peut conduire à un apprentissage plus ou moins direct. La TCR intègre les apports de la recherche sur la dérivation de relations entre stimuli (Sidman, 1994), montrant que l'être humain peut établir des relations symboliques arbitraires sans contact direct avec les événements. Ce langage dérivé permet non seulement d'établir des équivalences (A = B), mais aussi des relations plus complexes telles que l'opposition (A≠B), la hiérarchie (A>B), la condition (SI A=B alors). Ainsi, en apprenant que A<B et que B<C, on déduit, par dérivation, que A<C (Dymond & Barnes, 1995).

Par exemple, apprendre par les médias qu'un avion s'est crashé peut suffire à générer une peur de l'avion sans expérience directe, par transformation de fonction symbolique. Cette capacité proprement humaine, qui rend possible une infinité de combinaisons relationnelles, constitue à la fois un avantage adaptatif et une source majeure de souffrance psychologique

(Bourgognon & Penet, 2021). En effet, le langage transforme les expériences internes (i.e., pensées, émotions, sensations) en événements à éviter, en leur conférant une fonction aversive dérivée. Ainsi, par le langage, une signification de danger est attribuée à une expérience qui n'en possède pas intrinsèquement. Cela contribue au développement de l'évitement expérientiel, qui, bien qu'inefficace à long terme, persiste car il est souvent renforcé à court terme ou maintenu par des règles verbales, indépendamment de leurs conséquences (Hayes, 1989; Monestès & Villatte, 2011). Le paradoxe de Daniel Wegner (1987) sur l'ours blanc illustre bien cette dynamique : plus on tente de ne pas penser à quelque chose, plus on y pense. Ainsi pour éviter de penser à une chose (e.g., ours blanc) on peut multiplier les cibles (e.g., ne pas penser à la banquise, à la couleur blanche, aux phoques, aux poissons, au froid, etc.) et créer ainsi de nouvelles relations formant des réseaux d'évitement.

Alors pourquoi maintenir des comportements qui se montrent inefficaces la plupart du temps ? Une première explication avancée est que le comportement montre une efficacité à court terme (e.g., boire de l'alcool quand on est stressé) et se voit ainsi renforcé alors même que les conséquences sont délétères sur le long terme (e.g., dépendance). La TCR a proposé une autre explication à savoir que les règles verbales, assimilées au langage, prennent le dessus et nous conduisent à ne pas tenir compte des conséquences néfastes (Hayes, 1989). En effet, lors d'une expérience en laboratoire, Hayes et ses collaborateurs (1989) ont constaté que les participants ayant reçu des instructions s'adaptent plus rapidement au début, mais deviennent ensuite moins flexibles que ceux qui n'ont reçu aucune consigne lorsqu'un changement de contexte intervient. Ainsi, l'insensibilité aux conséquences d'un comportement, et donc sa persistance, est dû au suivi rigide de règles que nous édicte le langage (Monestès & Villatte, 2011).

En bref, la TCR propose donc une compréhension fonctionnelle du langage comme comportement symbolique, structuré par des cadres relationnels (i.e., comparaison, hiérarchie,

analogie, perspective) qui façonnent notre manière de penser, d'agir et de souffrir. Les techniques expérientielles de l'ACT visent précisément à défusionner les contenus verbaux, à neutraliser les fonctions problématiques du langage et à reconnecter la personne à son expérience directe, notamment par l'usage de métaphores ou d'exercices expérientiels.

Modèle de flexibilité psychologique

La thérapie ACT se fonde sur le modèle de flexibilité psychologique décrite comme « *la capacité à être pleinement en contact avec le moment présent en tant qu'être humain conscient, et à modifier ou maintenir un comportement lorsqu'il permet d'atteindre des objectifs importants.* » (Hayes et al., 2006, p. 9). Elle est modélisée dans un diagramme dénommé « hexaflexe » (voir Figure 3) constitué de six processus décrits par Hayes (2006, p. 9) :

- L'acceptation implique l'accueil actif et conscient des expériences internes sans chercher à les modifier, même si elles sont désagréables. Elle n'est pas une fin en soi, mais une méthode pour s'engager dans des actions en accord avec les valeurs.
- La défusion cognitive consiste à ne pas modifier la forme et la fréquence des pensées mais leur fonction, c'est-à-dire à changer le rapport avec celles-ci. Diverses techniques, telles que l'observation neutre, la mise à distance (e.g., « j'ai la pensée que… ») la répétition, l'objectivation (e.g., donner aux pensées une forme, couleur, texture) favorisent la défusion en diminuant la référence au contenu ou au caractère littéral, en réduisant leur crédibilité et en atténuant l'attachement qui leur est porté. Tout comme l'acceptation, elle n'est pas une fin en soi mais une méthode pour aller vers des actions cohérentes avec les valeurs.
- Le soi observateur (ou soi comme contexte) consiste à ne pas s'identifier de manière excessive à une conceptualisation de soi, c'est-à-dire une image figée et réductrice. Il s'agit donc d'observer sa propre expérience sans s'attacher à son contenu. Le soi

observateur favorise l'acceptation et la défusion et se cultive notamment par des exercices de pleine conscience.

- Le contact avec le moment présent revient à rester au contact des expériences internes et/ou externes telles qu'elles se présentent, de manière continue afin de percevoir le monde de façon plus directe, et de favoriser l'observation et la description des événements plutôt que leur jugement ou leur anticipation.
- Les valeurs représentent ce qui est important pour l'individu. Elles ne peuvent jamais être atteintes mais constituent une orientation de chaque instant vers laquelle engager ses actions. Tous les autres processus de l'hexaflexe visent à servir les valeurs.
- Les actions engagées renvoient à l'engagement dans des actions significatives orientées par les valeurs. Elles sont concrètes et les objectifs qui leurs sont liés peuvent être atteints, contrairement aux valeurs.

Ces 6 processus peuvent aussi être répartis en trois axes (triflexe) :

- Ouverture : acceptation et défusion cognitive.
- Être présent : soi comme contexte et contact avec le moment présent.
- Engagement : valeurs et actions engagées.

Dans l'ACT, la pleine conscience comprend les processus d'acceptation, de défusion, de contact avec le moment présent et de soi comme contexte (K. C. Wilson et al., 2015) inclus dans les axes d'ouverture et de présence. On pourrait donc simplifier le modèle en 2 axes, celui de la pleine conscience d'une part et celui de l'engagement d'autre part.

Ainsi, la thérapie ACT intervient sur ces processus, qui se recoupent et forment un réseau dynamique d'interactions réciproques, chacun contribuant à soutenir les autres pour viser la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2006).

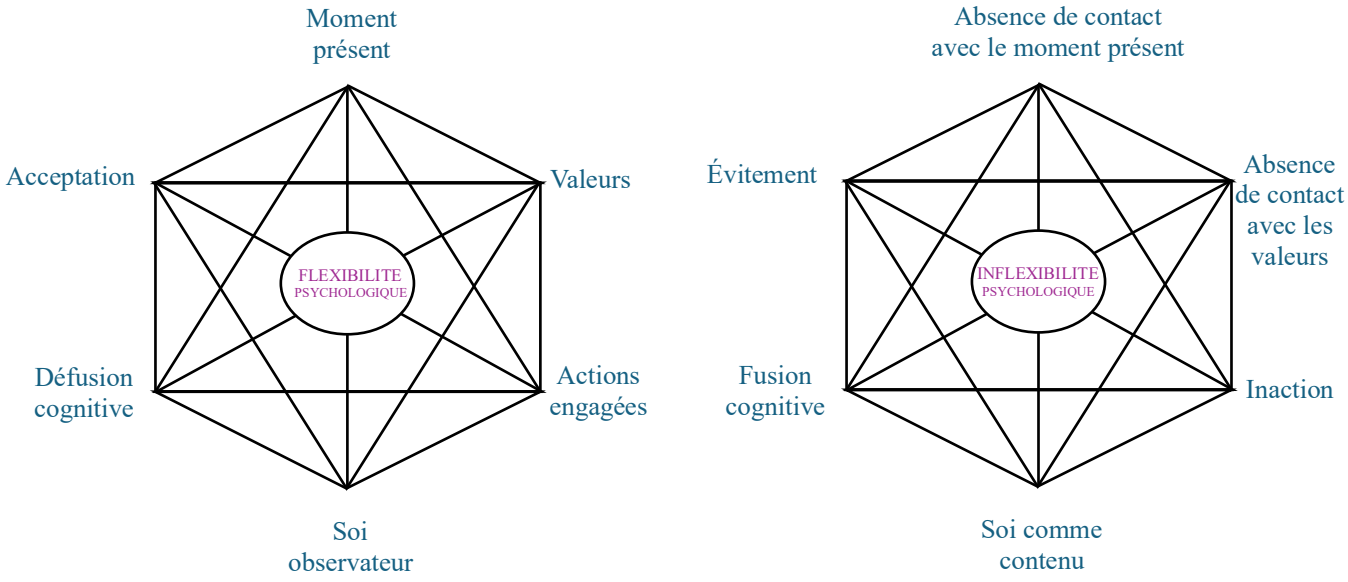


***Figure 3**. Modèles de flexibilité et d'inflexibilité psychologique (hexaflexe) dans la conceptualisation de l'ACT.*

C. L'acceptation dans l'ACT

Dans l'ACT, l'acceptation est conçue comme un moyen pour vivre une vie pleine de sens, au même titre que les autres processus de la flexibilité psychologique (i.e., défusion, soi comme contexte, action engagée, valeurs et conscience dans le moment présent). Ainsi, l'acceptation n'est pas une fin en soi (Hayes et al., 2006, p. 9) mais une méthode ou un outil fonctionnel qui doit servir un but important. Par exemple, l'acceptation est fonctionnelle si elle permet d'agir selon ses valeurs, malgré l'anxiété. En revanche, si l'acceptation est pratiquée sans pour autant permettre de s'engager dans des actions en accord avec ses valeurs, alors n'est pas fonctionnelle.

L'acceptation dans la thérapie ACT consiste à diriger ses efforts sur ce qui peut être changé (i.e., comportement, situations) plutôt que vers ce qui ne peut pas l'être (i.e., pensées, émotions, histoire) (Hayes, 1994). Pour le clinicien et formateur Russ Harris (2007, p. 4,6), dans la thérapie ACT on emploie de manière équivalente les termes d'acceptation, pleine conscience et choix délibéré (*willingness*). Il ajoute même que, selon lui, le choix délibéré équivaut à la défusion, l'acceptation et le contact avec le moment présent (2007, p. 8). Avec les patients, Harris (2007, p. 12) suggère de ne pas employer le terme d'acceptation, trop difficile à comprendre, mais de préférer des périphrases (e.g., permettre d'être là, donner la permission d'être là où c'est déjà, cesser de lutter contre, arrêter de se battre avec, faire la paix avec, faire de l'espace pour, laisser être, respirer dedans, arrêter de gaspiller de l'énergie à le repousser).

Dans l'ACT les méthodes visant à développer l'acceptation reposent sur 3 principes : l'évitement est cause de souffrance, l'acceptation doit être au service des valeurs et enfin elle ne doit pas viser le contrôle (Hayes, 2019, p. 201-202). Elle se pratique à travers les métaphores et les exercices expérientiels.

Les métaphores permettent de dépasser la lutte contre l'expérience en créant un décalage narratif, de mettre en exergue certains aspects passés inaperçus et de dépasser les limites du langage. Elles permettent de traduire des concepts abstraits, comme l'acceptation, en images concrètes et accessibles. Ainsi, « *Les métaphores rendent les concepts abstraits concrets en fournissant un contexte verbal riche qui évoque des pensées, des sentiments et des comportements similaires à ceux suscités par la situation réelle du client* » (Villatte et al., 2014, p. 16). En d'autres termes, l'utilisation d'images parlantes et d'histoires qui résonnent avec des situations vécues, créent l'illusion d'un contact direct. Elles rendent les messages plus mémorables et intelligibles que des explications abstraites. Autrement dit, les métaphores simulent sur le plan verbal des contingences (i.e., les relations entre un contexte, un

comportement et ses conséquences) en accord avec la théorie sous-jacentes des cadres relationnels. Ainsi, dans l'ACT, l'acceptation peut être enseignée à travers des métaphores telles que celles des sables mouvants (Hayes, 2005, p. 3-4), le tir à la corde avec un monstre (Hayes, 1999, p. 109), les invités dans la maison (Hayes, 1999, p. 239-240), les menottes chinoises (Hayes, 1999, p. 104-105) ou les passagers du bus (Hayes, 1999, p. 157-158) par exemple.

Concernant les exercices expérientiels utilisés dans l'ACT pour enseigner l'acceptation on peut citer « dire oui » (Hayes, 2019, p. 203) qui consiste à observer des objets avec l'attitude du « non », c'est-à-dire en voulant les changer, puis à faire la même chose avec l'attitude du « oui », c'est-à-dire en les voyant tels qu'ils sont sans essayer de les changer, ou encore l'exercice des contraires (Hayes, 2019, p. 206-207) qui consiste à utiliser les émotions déplaisantes comme guides pour faire le contraire de ce qu'elles dictent. D'autres exercices peuvent aussi être proposés pour enseigner l'acceptation, tels que l'objectivation ou l'observation de sensations comme un scientifique curieux, « respirer dedans », permettre la présence d'une sensation ou s'y ouvrir comme si un espace s'ouvrait pour elle à l'intérieur de soi (Harris & Hayes, 2017, p. 215).

1.1.3.4. Thérapie comportementale et dialectique (TCD)

Après une brève présentation de la thérapie comportementale et dialectique (TCD) nous aborderons ses fondements théoriques puis nous analyserons la manière dont l'acceptation y est conceptualisée et mise en œuvre.

A. Présentation de la TCD

La Thérapie comportementale et dialectique (TCD) ou *Dialectical Behavioural Therapy*, DBT est une psychothérapie développée aux Etats-Unis par Marsha Linehan,

professeur de psychologie à l'université de Washington, pour traiter les troubles de la personnalité borderline.

L'objectif initial de la TCD était de permettre aux personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline, promptes aux comportements suicidaires, d'entrainer des compétences permettant de construire une vie qui a du sens pour eux

La thérapie repose sur une structure multimodale combinant des interventions individuelles et groupales hebdomadaires ainsi que des échanges téléphoniques entre les sessions. La thérapie individuelle a pour objectif de travailler sur des comportements ciblés, les compétences acquises et maintenir la motivation. Les groupes d'entrainements aux compétences reposent sur un enseignement structuré en 4 modules : pleine conscience, tolérance à la détresse, régulation des émotions et efficacité interpersonnelle. Enfin, les échanges téléphoniques permettent d'aider et soutenir l'application des compétences dans la vie quotidienne.

La TCD s'appuie sur plusieurs outils thérapeutiques standardisés pour apprendre les compétences visées.

- L'analyse en chaine permet de décomposer étape par étape des séquences d'événements (e.g., pensées, émotions, comportements) qui mènent à des comportements dysfonctionnels, afin d'identifier les déclencheurs, les vulnérabilités et les points d'intervention possibles.
- Les tableaux de suivi comportemental (*diary cards*) servent à consigner quotidiennement les manifestations d'émotions (fréquence, intensité) et de comportements liés et l'usage des compétences acquises. Cela permet d'avoir un support de l'évolution du travail thérapeutique.
- La validation émotionnelle est une posture du thérapeute qui vise à reconnaître la légitimité des émotions du patient dans son contexte, en les reflétant avec précision et

en les accueillant, ce qui favorise à la fois la régulation émotionnelle et l'alliance thérapeutique. Cet outil est opérationnalisé de manière précise et suit 6 niveaux : (1) l'écoute active du patient, (2) le reflet de l'expérience du patient, (3) l'expression des émotions ou des pensées non verbalisés, (4) exprimer que cela est cohérent avec l'histoire ou les facteurs biologiques du patient ; (5) exprimer que cela est cohérent compte tenu du contexte actuel ; et (6) l'action authentique du thérapeute. La validation englobe celle de l'expérience interne, de l'autre et de soi.

- L'action opposée consiste à adopter le comportement opposé au comportement habituel automatique déclenché par une émotion (e.g., en cas d'anxiété ou de peur, s'exposer au lieu d'éviter des situations)
- La pleine conscience est un outil central dans la TCD et représente un levier pour apprendre l'acceptation radicale, que nous verrons plus en détail dans la prochaine section.

B. Fondements théoriques de la TCD

Une revue théorique (Lynch et al., 2006) a décrit les principales théories sous-jacentes à la TCD que sont la philosophie dialectique et la théorie biosociale.

La philosophie dialectique repose sur une compréhension systémique et conceptuelle du comportement, où le patient est traité dans sa globalité et non en partie ou pour un trouble précis. D'après les préceptes de Hegel, le processus sur lequel repose un changement est la dialectique qui inclut 3 étapes que sont la thèse, l'antithèse et la synthèse. La synthèse constitue alors la nouvelle thèse, et le processus se répète à l'infini. Ainsi, la dialectique invite à reconnaitre plusieurs points de vue et introduit une alternative.

La théorie biosociale, également dialectique entre facteurs internes et externes, postule que la dysrégulation émotionnelle, caractérisée par une difficulté à réguler les émotions, provient d'une vulnérabilité émotionnelle biologique (i.e., sensibilité et réactivité accrue aux

stimuli émotionnels ainsi qu'un retour plut tardif à un état émotionnel de base) associée à un environnement invalidant (i.e., punir, banaliser ou ignorer la communication de pensées et émotions). Ainsi, les comportements imputés au trouble de la personnalité borderline (i.e., impulsifs et/ou autodestructeurs ; e.g., tentatives de suicide, abus de substances) sont compris comme des conséquences de la dysrégulation et/ou des méthodes inadaptées pour réguler les émotions. Aussi, la théorie biosociale a conduit à des traitements qui ciblent l'amélioration de la régulation émotionnelle et des compétences comportementales.

En résumé, la TCD repose sur un équilibre dialectique entre acceptation et changement. Pour Linehan, le ciblage exclusif du changement (par les TCC traditionnelles de 1ère ou 2ème vague) n'est pas adapté aux personnes présentant un trouble de la personnalité borderline puisque cela risque de reproduire une dynamique invalidante, semblable à celle vécue dans l'environnement familial ou social du patient. Ainsi, la thèse du changement a donné lieu à l'antithèse de l'acceptation pour permettre une synthèse d'équilibre. Le changement est conceptualisé en TCD comme l'engagement dans des comportements fonctionnels et bénéfiques pour le patient, même en présence d'émotions intenses (Lynch et al., 2006).

C. L'acceptation dans la TCD

L'acceptation radicale, au cœur du fonctionnement de la TCD est plus proche de la vision traditionnelle de l'acceptation, issue des philosophies zen. En bref, la philosophie zen, issue du bouddhisme mahāyāna et influencée par le taoïsme chinois, repose sur l'expérience directe de la réalité, la non-dualité, l'attention sur le moment présent et la suspension du jugement. Elle valorise l'acceptation de ce qui est, et l'éveil (*satori*) atteint non par l'intellect, mais par une pratique méditative rigoureuse (*zazen*). Ainsi, l'acceptation radicale consiste en un accueil inconditionnel des expériences internes mais aussi externes. Elle invite à reconnaître pleinement la réalité telle qu'elle est. La pleine conscience devient une composante de

l'acceptation radicale (J. C. Williams & Lynn, 2010), alors que dans les modèles occidentaux (e.g., Bishop, 2004), l'acceptation est considérée comme une facette de la pleine-conscience. Ainsi, l'acceptation radicale est « *un état d'acceptation de type zen, consistant en une volonté totale de faire l'expérience de ce qui se présente* » (J. C. Williams & Lynn, 2010, p. 25-26) et représenterait le pôle extrême de l'acceptation. De ce fait, elle se manifeste à tout instant par une « *acceptation constante à chaque instant successif* » (Linehan, 1994, p. 80). Prenant appui sur la dialectique, l'acceptation radicale sollicite le changement et provoquerait des effets paradoxaux en permettant d'inverser la valence d'un stimulus, le faisant passer de négatif à positif (Fruzzetti & Iverson, 2004). Selon Linehan (1994, p. 38-40) « *l'acceptation consiste à se concentrer sur le moment présent, à voir la réalité telle qu'elle est « sans illusions » et à accepter la réalité sans jugement.* », conformément aux préceptes zen selon lesquels « *chaque moment est complet en soi, et le monde est parfait tel qu'il est* ». Elle ajoute que l'acceptation permet de se défaire des attachements qui empêchent d'atteindre l'illumination, ce qui indique de claires références au zen. Il s'agit de faire l'expérience d'un phénomène sans jugement en bien ou en mal « *sans le brouillard de ce que l'on veut ou ne veut pas qu'il soit* » et accepter de manière radicale et donc totale, la réalité dans l'instant. Par ailleurs, elle compare l'acceptation radicale au deuil dont le but serait d'accepter la réalité de la mort d'une personne, ce qui pourrait être vécu comme libérateur. En effet, la souffrance résulte d'un décalage entre ce que l'on veut et la réalité, comme les TCC l'ont toujours conceptualisé (e.g., Ellis, 1962), mais la solution apportée ici est d'accroitre l'acceptation du présent et de diminuer l'attachement au passé. Ainsi, d'après Linehan (1994, p. 38-40), l'acceptation radicale est une activité mais surtout un état, une forme de sagesse et donc le résultat de la compréhension contextuelle et dialectique du monde. En effet, le précepte zen selon lequel « tout est comme il devrait être » exprime une vision profondément dépendante d'un contexte, signifiant que

chaque phénomène résulte des conditions passées, présentes ou à venir qui l'ont façonné et, qu'en ce sens, il ne pourrait en être autrement.

La pratique de l'acceptation dans la TCD

L'acceptation s'expérimente dans le module Mindfulness de la TCD qui permet d'apprendre à observer et étiqueter ses états émotionnels dans une perspective de détachement, d'acceptation et sans jugement (Herbert et al., 2009).

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'acceptation dans la TCD se développe par la compétence de pleine conscience distincte d'autres approches de MBI car elle est issue des traditions zen et consiste dans le choix délibéré (*willingness*) de « *garder sa conscience éveillée à la réalité présente* » (Hanh, 1976, p. 9). Il s'agit davantage d'un état permanent que d'une stratégie plus ponctuelle, dans le but d'atteindre un esprit sage ou éclairé (*wise mind*) synthétisant l'esprit rationnel (i.e. dirigé par la raison et les faits) et émotionnel (i.e., dirigé par les émotions) (Linehan, 1993b) pour ne faire qu'un avec l'expérience, soi, les autres, l'univers (Chapman, 2006; Linehan, 1993a) et non simplement prendre de la distance comme dans les pratiques des autres MBI. On parle d'acceptation radicale dans la TCD qui englobe l'expérience interne mais aussi externe.

La validation peut être comprise comme une modalité d'acceptation externe offerte par le thérapeute au patient (Matweychuk et al., 2019). Elle ne se limite pas à une simple reconnaissance des affects ou du vécu, mais constitue un processus relationnel par lequel le patient fait l'expérience d'être accueilli et légitimé dans ce qu'il traverse. Cette reconnaissance externe joue un rôle de médiation, en ouvrant la possibilité d'une appropriation subjective : le patient peut alors progressivement internaliser ce regard validant et développer une capacité d'auto-validation. Ce mouvement intrapsychique conduit, à terme, vers une forme d'acceptation de soi, soutenant à la fois la régulation émotionnelle et le renforcement de l'alliance thérapeutique.

1.1.3.5. Convergences et divergences entre les modèles

A. Médiateurs de changement dans les MABI

Une méta-analyse (Johannsen et al., 2022) a examiné les médiateurs de changement dans les MABI, sans faire de distinction entre les MBI et l'ACT, et a mis en évidence 3 médiateurs principaux des effets sur l'anxiété et la dépression : l'attention en conscience (*mindful attention*), la décentration et l'acceptation.

B. Convergences conceptuelles de l'acceptation dans les MABI

Les approches basées sur la pleine-conscience et l'acceptation (MABI) ont une conceptualisation fonctionnelle des émotions (Gratz & Tull, 2010). C'est-à-dire qu'elles considèrent les émotions comme ayant une fonction et il ne s'agit pas de les réguler pour le faire disparaître ou diminuer, mais de prendre conscience de celles-ci, les comprendre et les accepter. Cela permet alors de contrôler le comportement associé plutôt que l'émotion elle-même (Linehan, 1993b). Par ailleurs, les processus communs et ciblés par les MABI sont le développement de la compétence d'observation et de description des expériences internes, le non-jugement, c'est-à-dire l'absence d'évaluation en bon ou mauvais de celles-ci, et la volonté d'ouverture à ces expériences (Gratz & Tull, 2010). De même, il existe une recherche de désolidarisation entre émotion et comportement, en veillant à ne pas activer les comportements automatiques suite à l'émergence d'une émotion, tout cela à travers une approche adaptative basée sur la fonction des émotions.

Les points communs entre l'ACT, la TCD la MBCT et les philosophies ancestrales asiatiques (bouddhisme et hindouisme) sont que l'acceptation représente un choix, un état intentionnel et actif focalisé sur le présent ainsi qu'un moyen de se libérer de la souffrance (Shah, 2021). Les approches thérapeutiques basées sur l'acceptation ont comme finalité le changement, c'est-à-dire la réduction des symptômes ou le changement de perspective et de

comportement vis-à-vis de ceux-ci, dans une quête de mieux-être. L'acceptation représente donc une condition préalable au changement et c'est là que la divergence avec les philosophies asiatiques intervient, puisque pour celles-ci, l'acceptation est un but en soi, une quête continue, et la visée est largement spirituelle et concerne l'illumination et le détachement. De plus, toujours pour l'autrice (Shah, 2021), de manière identique pour ces trois approches modernes étudiées, l'acceptation est concentrée sur les stimuli internes de l'expérience, c'est-à-dire les émotions, les pensées et la recherche d'un changement de relation avec ceux-ci. Nous pouvons toutefois nuancer cela en soulignant que l'acceptation radicale en TCD se rapproche davantage des conceptions traditionnelles asiatiques et qu'elle conduit à se tourner à la fois vers l'expérience interne et externe, comme nous allons le voir plus en détail dans la section suivante.

C. Divergences conceptuelles de l'acceptation dans les MABI

Malgré de nombreuses similitudes entre les approches basées sur l'acceptation, des divergences dans la conception de l'acceptation ont pu être observées entre elles. Si pour l'ACT et la MBCT, l'acceptation est uniquement concentrée sur l'expérience interne, ce n'est pas le cas pour la TCD qui inclut aussi les situations externes et une validation du patient par le thérapeute qui revient à une acceptation externe (Matweychuk et al., 2019).

Pour Shah (2021), dans l'ACT et la MBCT, le concept de soi (self) est séparé des expériences, dans le sens où la personne ne doit pas se confondre avec ses pensées et émotions. Cette conception est illustrée par le construit de *défusion* pour l'ACT et de *décentration* pour la MBCT. En revanche, la TCD recommande de ne faire qu'un avec l'expérience.

De plus, des différences dans la mise en œuvre peuvent être observées (Shah, 2021) puisque l'acceptation dans l'ACT n'est pas enseignée comme une compétence comportementale explicite mais elle est essentiellement démontrée par des exercices expérientiels et des métaphores, comme « *jeter l'ancre* » ou « *surfer sur les émotions* » (Harris,

2019). En revanche, elle est enseignée comme telle, et ce de manière très didactique, en TCD par le biais de modules d'enseignement, de sessions de groupe et individuelles (Chapman, 2006) et par les méditations formelles et informelles en groupe et lors des pratiques à domicile en MBCT (Burke, 2010).

Enfin, si dans la MBCT, l'ACT et la TCD le thérapeute doit aussi pratiquer l'acceptation, la TCD va encore plus loin puisqu'elle requiert expressément l'acceptation du patient par le thérapeute, à travers l'exercice de la validation.

1.1.3.6. Autres interventions thérapeutiques incluant une forme d'acceptation

Plusieurs interventions thérapeutiques semblent s'appuyer sur une forme d'acceptation. Notamment, Barlow et ses collaborateurs (1989) utilisent dans leurs interventions l'exposition intéroceptive, qui n'est pas l'acceptation à proprement parler mais reste conforme à un objectif d'acceptation, et correspond à l'exposition graduée aux sensations somatiques associées à l'attaque de panique (Herbert et al., 2009). Pour Marlatt et ses collaborateurs (Leigh et al., 2005; Marlatt et al., 2004; Witkiewitz et al., 2005)l'acceptation est appréhendée par « surfer sur l'envie » (*urge surfing*), qui consiste à voir le craving (i.e., envie irrépressible ou impulsion interne liée aux addictions) comme une vague (Larimer et al., 2004) qui aura un pic puis disparaitra. Cela permet au patient de ne pas se laisser submerger, en prenant conscience que cette vague n'est que transitoire.

1.1.4. L'acceptation, une forme de régulation émotionnelle

Bien que l'acceptation puisse de prime abord sembler en décalage avec l'idée même de régulation émotionnelle dans la mesure où elle n'implique pas la recherche d'une modification de l'expérience émotionnelle en tant que telle, elle est pourtant considérée comme une forme

de régulation émotionnelle (Aldao et al., 2010; McRae & Gross, 2020; Webb et al., 2012). En changeant le rapport à l'expérience et donc à l'émotion, elle semble opérer une régulation.

La régulation émotionnelle (RE) occupe aujourd'hui une place centrale en psychologie, notamment dans le champ clinique, en raison de son implication dans un large éventail de troubles psychopathologiques. En effet, une mauvaise régulation émotionnelle est considérée comme un facteur de risque transdiagnostique, intervenant dans l'émergence, le maintien ou l'aggravation de nombreux troubles (Aldao et al., 2016). Ainsi, la régulation émotionnelle constitue une cible prioritaire de beaucoup d'interventions thérapeutiques actuelles, notamment les modèles dits de troisième vague de thérapies cognitives et comportementales (TCCE).

Afin de situer et de comprendre le rôle de l'acceptation dans le champ de la régulation émotionnelle, il convient d'abord de clarifier ce qu'on entend par émotion, puis de présenter les principaux modèles théoriques de la RE.

1.1.4.1. De l'émotion à sa régulation

A. Qu'est-ce qu'une émotion ?

Avant d'aborder la question de la régulation émotionnelle, il est essentiel de préciser le phénomène qu'on cherche à réguler et de définir ce qu'est une émotion, car « *toute discussion sur la régulation émotionnelle présuppose une compréhension de ce qu'est l'émotion* » (Gross, 1998, p. 271).

Étymologiquement, le terme « émotion », provient du latin « *movere* » qui signifie « mettre en mouvement ». Bien que familière dans l'expérience quotidienne, l'émotion devient difficile à circonscrire quand on tente de la définir précisément (Fehr & Russell, 1984). En effet, il n'existe pas de consensus autour d'une définition unique du concept. L'émotion est généralement décrite comme une réponse brève et adaptive à un événement significatif au

regard des besoins, valeurs ou objectifs d'un individu. Elle déclenche un ensemble coordonné de tendances comportementales, expérientielles et physiologiques influençant la perception de la situation et la réponse de l'individu à son environnement (Gross, 2002). Autrement dit, les émotions surgissent lorsqu'un enjeu est perçu comme important, incluant une dimension subjective et évaluative.

La plupart des modèles contemporains considèrent l'émotion non pas comme un état unitaire mais comme un phénomène multidimensionnel résultant de l'activation coordonnée et dynamique de plusieurs composantes interdépendantes. Cette perspective repose sur l'idée que toute émotion implique une série de réponses synchronisées. Ainsi, dans le modèle de Scherer (Sander et al., 2005; Scherer, 2001), l'émotion est définie comme un épisode complexe impliquant :

- Une composante cognitive (*appraisal*) qui correspond aux processus d'évaluation ou d'interprétation de la situation. La cognition semble ainsi se trouver au cœur du processus émotionnel, dans la mesure où l'émotion résulte directement de l'évaluation (Habib et al., 2018). Frijda et ses collaborateurs (1989) définissent l'évaluation cognitive d'une situation comme le processus par lequel l'individu évalue la pertinence d'un événement en fonction de son bien-être, sur la base de repères internes tels que ses valeurs, besoins, croyances et objectifs.
- Une composante motrice ou expressive qui comprend les expressions faciales, posturales, prosodiques ou plus largement non-verbales qui permettent de signaler l'état émotionnel.
- Une composante physiologique, c'est-à-dire des sensations corporelles traduisant des changements au niveau de l'organisme (e.g., modification du rythme cardiaque, respiration, transpiration)

- Une composante motivationnelle qui correspond aux tendances à l'action orientant le comportement vers certaines réponses adaptatives face à une situation (e.g., fuite en cas de peur, approche en cas de joie). Ces dispositions à agir, schémas d'action ou scripts de réaction (Philippot, 2007, p. 37) préparés par l'émotion ont été répertoriés et décrits de manière structurée par Frijda (1986) qui distingue huit catégories : l'approche positive, l'agression, la panique, le jeu, l'inhibition, le rejet, la soumission et la dominance.
- Une composante de représentation du sentiment subjectif qui renvoie à l'expérience phénoménologique et consciente de ressentir un certain état émotionnel (e.g., ressentir de la colère ou éprouver de la honte).

Au-delà de ces tentatives de définitions, plusieurs classifications des émotions ont été proposées. Une première distinction oppose les émotions dites de base (e.g., la joie, la peur) considérées comme universelles et biologiquement ancrées à celles dites complexes (e.g., culpabilité, fierté, honte) qui impliquent des processus cognitifs plus élaborés tels que la représentation de soi ou l'évaluation sociale (Izard, 2007; Scherer, 2005). Une autre catégorisation repose sur la valence émotionnelle, positive ou négative selon la tonalité hédonique de l'expérience ressentie, c'est-à-dire selon qu'elle est perçue comme agréable ou désagréable, en lien respectivement avec le plaisir ou le déplaisir. La valence joue un rôle fonctionnel en orientant les comportements : les émotions dites positives ou agréables tendent à favoriser des réponses d'approche tandis que les émotions dites négatives ou désagréables sont plus souvent associées à des réponses d'évitement ou de retrait. Enfin une autre typologie se fonde sur le lien contextuel entre l'émotion et la situation et distingue les émotions intégrales de celles incidentes (Lerner et al., 2015). Les émotions intégrales sont directement liées à la situation ou tâche en cours sur lesquelles porte l'attention présente alors que les émotions

incidentes sont sans lien direct avec la situation actuelle, importées d'un contexte antérieur ou parallèle, mais influence néanmoins le comportement, le jugement ou les décisions.

Cependant ces classifications présentent plusieurs limites. Sur le plan fonctionnel, la catégorisation selon la valence tend à réduire la complexité des émotions à une simple opposition plaisir/déplaisir alors que les émotions dites « négatives » ont des fonctions adaptatives essentielles (e.g. la peur protège du danger, la colère signale une injustice). C'est pourquoi on préfère utiliser les qualificatifs d'agréables/désagréables, s'appuyant sur un ressenti subjectif, plutôt que positif/négatif. D'autre part, des travaux ont mis en évidence la possibilité de ressentir simultanément des émotions de valence opposées comme dans le cas de la nostalgie ou du soulagement (Larsen et al., 2001). De plus, l'interprétation de la valence d'une émotion peut varier selon les cultures (Mesquita & Walker, 2003). Enfin, les recherches en neurosciences affectives montrent que la valence ou la catégorie d'une émotion (e.g., peur, joie, etc) ne correspondent pas à des réseaux cérébraux spécifiques, stables ou univoques (Lindquist et al., 2012).

Par ailleurs, la psychologie des émotions demeure marquée par une opposition théorique et épistémologique concernant la nature même des émotions. D'un côté, les modèles à catégorie discrètes (Ekman, 1992; Izard, 2007) considèrent la plupart des émotions comme universelles et déterminées biologiquement chez tout être humain. De l'autre, les modèles dimensionnels (Russell, 1980) et plus encore les modèles constructivistes (Barrett, 2006, 2017) soutiennent que les émotions ne sont pas des entités naturelles ou biologiques préprogrammées mais des constructions à partir de dimensions affectives de base (valence, activation) et de processus d'inférence à partir du contexte ou du vécu. Dans cette perspective, une même activation physiologique peut être interprétée comme peur, colère ou excitation, selon le contexte et les expériences antérieures (Barrett, 2017).

Malgré ces divergences quant à la nature de l'émotion, un consensus relatif existe sur les fonctions adaptatives des émotions qui orientent l'attention, préparent à l'action, facilitent la communication sociale et signalent à l'individu un changement pertinent dans son environnement interne ou externe (Ekman, 1992; Frijda, 1986; Keltner & Gross, 1999). Les émotions remplissent ainsi plusieurs fonctions essentielles dans l'adaptation de l'individu à son environnement. Sur le plan motivationnel, elles mobilisent l'énergie nécessaire pour réagir de manière appropriée. Sur le plan informationnel, elles servent de signaux internes quant à la pertinence d'un changement par rapport aux objectifs personnels. En cela, elles favorisent la survie et la résolution de problèmes d'un point de vue intrapersonnel (Frijda, 1986; Lazarus, 1991; Levenson, 1999). Mais également sur le plan interpersonnel et social, les émotions jouent un rôle central dans la coordination des interactions car elles contribuent à résoudre les problèmes interactionnels en favorisant la compréhension mutuelle et la cohésion sociale (Fischer & Manstead, 2008; Keltner & Haidt, 1999, 2001; Keltner & Kring, 1998).

Substrats neuronaux des émotions

Le système limbique, ou cerveau dit émotionnel, établi par MacLean (1949, 1952) a longtemps regroupé un ensemble de structures impliquées dans l'expression et le traitement des émotions, telles que l'hippocampe, l'amygdale, l'hypothalamus ou encore le gyrus cingulaire. Aujourd'hui, on sait que le traitement implique un réseau plus vaste encore, car l'ensemble du cerveau s'active pour traiter les émotions (Vermeulen, 2013). Néanmoins, certaines régions sont particulièrement impliquées, c'est le cas au niveau sous-cortical de l'amygdale et au niveau cortical du cortex pré-frontal (CPF) avec notamment l'insula, les parties dorso-latérales (DL), ventrales (VL) et le cortex cingulaire antérieur (CCA).

L'amygdale est une entité hétérogène, composée de plusieurs noyaux cérébraux. Elle est située dans la partie médiale et antérieure des lobes temporaux (Desseilles et al., 2012). Elle agit comme un système d'alerte, intervenant de manière automatique (Ochsner & Feldman Barrett, 2001) pour détecter les menaces dans l'environnement (Vermeulen, 2013). Elle a un rôle déterminant dans l'expression et la reconnaissance de la peur, qui l'active (J. S. Morris et al., 1996, 1998). Plus globalement, elle permet de traiter et donner à l'expérience sensorielle sa signification émotionnelle,

en évaluant les stimuli et joue un rôle central dans l'expérience subjective de la peur (Purves & Piatt, 2015).

Le cortex préfrontal (CPF) semble impliqué dans le traitement des informations émotionnelles venues de l'amygdale, permettant de leur donner un sens d'expérience subjective, comme l'évoque la théorie de la conscience émotionnelle (LeDoux, 1996). Plus précisément, le cortex cingulaire antérieur (CCA) intervient dans la régulation corporelle et végétative de la réponse émotionnelle (Critchley et al., 2003) et permettrait la conscience émotionnelle, c'est-à-dire l'expérience directe d'une émotion et la représentation des états émotionnels ou la faculté de réfléchir à leur contenu (pour revue Bush et al., 2000).

Une méta-analyse (Clark-Polner et al., 2016) a démontré qu'il n'existait pas de différence au niveau cérébral entre la valence dite positive ou négative des émotions. De même, les émotions ne peuvent pas être distinguées anatomiquement dans le cerveau, néanmoins elles engagent des réseaux et des connexions régionales différentes. Et, plus étonnant encore, mais à confirmer car s'appuyant sur un nombre limité d'études, génération et régulation des émotions reposeraient sur des mécanismes neuronaux identiques ou du moins qui se confondent (Buhle et al., 2014; Clark-Polner et al., 2016).

Ces données récentes suggèrent que les substrats cérébraux des émotions sont plus complexes qu'on a pu le croire, d'autant plus que la plupart des théories sur les émotions sont contraintes par les données disponibles sur le cerveau de l'époque où elles ont été émises.

B. Qu'est-ce que la régulation émotionnelle ?

Mais alors, si les émotions sont fondamentales et fonctionnelles, pourquoi agir sur elles et, en d'autres termes, pourquoi les réguler ? Dans la section suivante nous définirons ce qu'est la régulation émotionnelle, en préciserons les fonctions, présenterons les principaux modèles théoriques et nous examinerons la place de l'acceptation au sein de ces différents cadres conceptuels.

Selon la définition la plus communément admise (pour revue voir Bloch et al., 2010), la régulation émotionnelle désigne un ensemble de processus physiologiques, cognitifs ou comportementaux par lesquels les individus tendent à moduler la nature et l'intensité de leurs émotions (Gross & Thompson, 2007). Gross (1998, p. 275) précise que la RE fait référence

aux « *processus par lesquels les individus influencent les émotions qu'ils ressentent, le moment où ils les ressentent, ainsi que la manière dont ils font l'expérience de ces émotions et les expriment* », ajoutant que ces *« processus peuvent être automatiques ou contrôlés, conscients ou non-conscients* ». Ainsi, selon une perspective largement partagée (e.g., Aldao et al., 2010; Gross, 1998, 2015b; Naragon-Gainey et al., 2017; Webb et al., 2012), la régulation émotionnelle semble moins définie par la forme qu'elle prend que par sa fonction. Ainsi, tout acte réalisé dans le but d'influencer les émotions, qu'elle qu'en soit la valence, peut être qualifié de régulation émotionnelle, y compris lorsqu'il s'exerce sans intentionnalité explicite (Naragon-Gainey et al., 2017). Selon Gross (Gross, 2015a), la RE se caractérise par l'activation d'un but visant à influencer la trajectoire émotionnelle, que celui-ci représente une finalité en soi (e.g., atténuer une tristesse pour se sentir mieux) ou un moyen au service d'un autre objectif (e.g., faire semblant d'être joyeux en recevant un cadeau d'un ami).

La régulation émotionnelle peut être envisagée dans une perspective fonctionnelle hédonique, où elle vise les émotions désagréables (e.g., anxiété, colère, tristesse) en cherchant à les diminuer ou bien les émotions agréables (e.g., joie) en cherchant à les amplifier (Quoidbach et al., 2010). Elle peut aussi s'inscrire dans une perspective contre-hédonique, qu'elle soit motivée par des but instrumentaux (Tamir, 2015) en cherchant à diminuer les émotions agréables comme rester calme après une victoire (Kalokerinos et al., 2014) ou amplifier les émotions désagréables (e.g., manifester de la colère pour récupérer une dette, Sutton, 1991), ou bien motivée par des normes culturelles.

Enfin, il convient de distinguer la RE d'autres processus proches et se recoupant comme le coping qui se concentre davantage sur la réduction du stress et s'inscrit dans une temporalité plus étendue (e.g., faire face à un deuil pendant plusieurs mois) ou encore la régulation de l'humeur qui vise à modifier l'état subjectif ressenti (Gross, 2015a).

C. Pourquoi réguler une émotion ?

Si les émotions remplissent des fonctions adaptatives essentielles, elles peuvent aussi devenir une source de détresse ou de dysfonctionnement lorsqu'elles sont inappropriées dans leur intensité, durée, fréquence ou nature au regard du contexte (Gross, 2015a). Il peut s'agir par exemple d'une anxiété paralysante qui entrave les interactions sociales, d'une colère excessive menant à des comportements violents envers soi ou les autres ou même d'une joie qui peut être perçue comme offensante dans certaines situations sociales. Perçues comme incontrôlables ou discordantes avec les objectifs des individus, les émotions peuvent devenir dysfonctionnelles (Mikolajczak & Desseilles, 2012) et générer une souffrance psychologique. Dans de telles situations, une régulation émotionnelle peut s'avérer nécessaire, qu'il s'agisse d'un épisode ponctuel ou d'une manifestation plus persistante relevant de troubles émotionnels. Ces derniers se caractérisent par l'expérience récurrente et intense d'émotions négatives, suscitant une réaction aversive incluant la perception de perte de contrôle, une évaluation négative de l'émotion et la mise en œuvre de stratégies visant à atténuer, fuir ou éviter l'expérience émotionnelle, que ce soit de manière anticipée ou en réponse à celle-ci (Bullis et al., 2019, p. 3). Ainsi, la régulation émotionnelle n'intervient pas de manière systématique, mais lorsque l'émotion ressentie entrave la réalisation d'un objectif. Elle vise ainsi à ajuster l'expérience émotionnelle au service d'intentions ou de finalités plus larges (Tamir, 2015).

1.1.4.2. Modèles de régulation émotionnelle : perspectives dispositionnelles, processuelles et stratégiques

Deux approches principales structurent actuellement la compréhension de la régulation émotionnelle dans les modèles théoriques. La première s'appuie sur les capacités dispositionnelles de régulation émotionnelle (Berking et al., 2008; Gratz & Roemer, 2004; Radkovsky et al., 2014), c'est-à-dire la manière typique (ou dispositionnelle) dont les individus

comprennent, considèrent et répondent à leur expérience émotionnelle (Tull & Aldao, 2015). En d'autres termes ces modèles mettent l'accent sur les capacités ou le potentiel de RE.

Une autre approche s'intéresse aux processus et stratégies mobilisés en situation pour influencer la réponse émotionnelle (Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012a; Garnefski et al., 2001; Gross, 1998, 2015b). Dans ce cadre, les stratégies sont entendues comme les moyens délibérés ou automatiques mis en œuvre pour modifier un aspect de l'expérience émotionnelle (Gross, 2015a).

A. Modèles dispositionnels de la régulation émotionnelle

Un groupe de modélisations met l'accent sur les capacités dispositionnelles (Berking et al., 2008; Berking & Whitley, 2014) ou les vulnérabilités (Gratz & Roemer, 2004) qui peuvent respectivement faciliter ou entraver la RE. Les modèles dispositionnels s'appuient sur les capacités ou le potentiel de régulation émotionnelle. Ils s'attachent à la manière dont les individus entrent en relation avec les émotions, à leur capacité à accéder à des stratégies perçues comme efficaces ou adaptées, ainsi qu'à leur aptitude à les mobiliser de façon flexible en fonction du contexte et de leurs objectifs personnels (Tull & Aldao, 2015). Ces modèles visent ainsi à conceptualiser l'ensemble des manières typiques, ou dispositionnelles, par lesquelles les individus comprennent, considèrent et répondent à leurs expériences émotionnelles (Tull & Aldao, 2015).

Un premier modèle, proposé par Gratz et Roehmer (2004), conceptualise la RE comme un construit multidimensionnel et met l'accent sur les difficultés de régulation rencontrées par les individus. Cette approche repose sur l'idée que la RE implique un ensemble de capacités dispositionnelles et vise à identifier les insuffisances et vulnérabilités dans divers aspects. Leur modèle à fait place à une échelle d'évaluation complète des difficultés de régulation émotionnelle, la DERS, à travers 6 dimensions : (1) la **non-acceptation** des émotions négatives, (2) la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en

présence d'émotions négatives, (3) la difficulté à contrôler des comportements impulsifs, (4) l'accès restreint à des stratégies de RE perçues comme efficaces, (5) Le manque de conscience émotionnelle et (6) le manque de clarté émotionnelle (difficulté de compréhension des émotions). Cette vision globale permet de déterminer dans quelles dimensions se situent les difficultés.

Un autre modèle basé sur les capacités dispositionnelles est le modèle ACE (*Adaptative Coping with Emotion*) opérationnalisé par le modèle ART (*Affect Regulation Training*) (Berking et al., 2008; Berking & Whitley, 2014) qui décrit la RE comme un ensemble de compétences interreliées. Le modèle ACE décrit la régulation adaptative des émotions comme le résultat de l'interaction entre 9 compétences, mobilisées de manière flexible en fonction de la situation (voir Figure 4). Ces compétences reviennent à (1) être conscient de ses émotions, (2) identifier et d'étiqueter correctement ses émotions, (3) interpréter correctement les sensations corporelles, (4), identifier ce qui cause et maintient ses émotions, (5) modifier activement ses émotions de manière adaptative, (6) accepter les émotions négatives et (7) les tolérer lorsque cela est nécessaire, (8) aborder et faire face à des situations susceptibles de déclencher des émotions indésirables et enfin (9) apporter un soutien efficace à soi-même dans les situations de détresse (e.g., autocompassion).

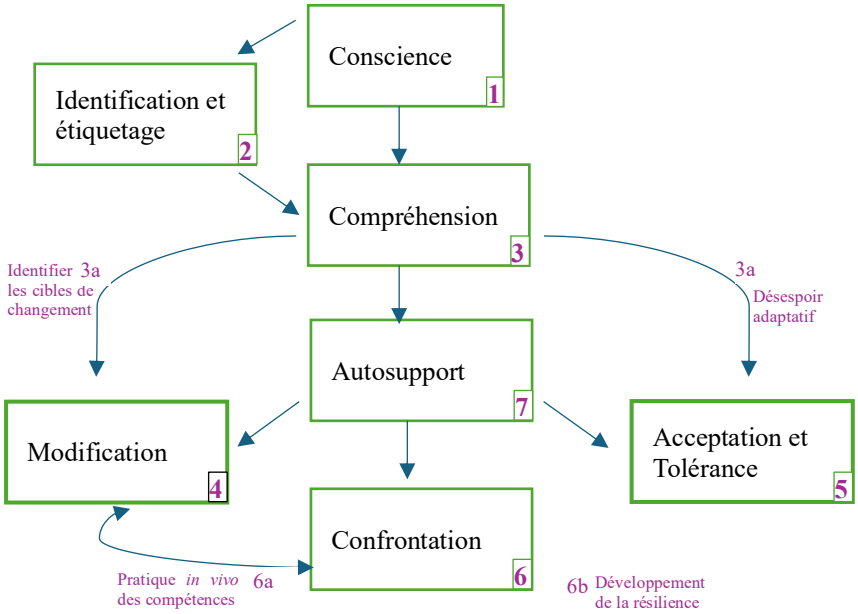


***Figure 4**. Modèle ACE Adaptative coping with emotion (d'après Berking et Whitley, 2014).*

Par ailleurs, des résultats empiriques ont montré que les compétences principales d'acceptation, de tolérance et de modification active des émotions (Berking et al., 2008, 2012), permettaient de soutenir les autres compétences. Ce modèle a donné lieu à une échelle d'évaluation *Emotion Regulations Skills Questionnaire*, ERSQ (Berking & Znoj, 2008), traduite en français (Nardelli et al., 2024) pour évaluer les compétences de RE à travers 9 sous-échelles, correspondant aux 9 compétences identifiées.

On relève des similitudes entre le modèle de la DERS (Gratz & Roemer, 2004) et celui ACE (Berking et al., 2008; Berking & Whitley, 2014). Ce dernier se distingue toutefois en intégrant des dimensions supplémentaires telles que la capacité à comprendre les causes et le maintien des émotions, ainsi qu'une compétence d'autocompassion dans un contexte émotionnel difficile.

Dans ces modèles dispositionnels, l'acceptation ou la non-acceptation sont envisagées comme des compétences/vulnérabilités plus ou moins stables susceptibles de faciliter ou d'entraver la mise en œuvre efficace de la régulation émotionnelle.

B. Modèles basés sur les stratégies de régulation émotionnelle

Les stratégies de régulation émotionnelle sont entendues comme les moyens mis en œuvre pour réguler les émotions et peuvent représenter des processus conscients et intentionnels aussi bien qu'automatiques et implicites (Gross, 2015a).

Parmi les stratégies principales les plus courantes, on trouve l'acceptation, l'évitement comportemental ou expérientiel, la distraction, la suppression expressive, la résolution de problèmes, la réévaluation cognitive, la rumination ou encore l'inquiétude (Naragon-Gainey et al., 2017). Néanmoins, il n'existe pas de consensus quant à une liste exhaustive de stratégies de régulation émotionnelle, puisque s'appuyant sur une définition assez large (i.e., tout ce qu'on fait en rapport à l'émotion). Dès lors, des stratégies comme la rumination ou l'inquiétude ne font pas consensus et certains estiment qu'elles ne devraient pas être classées comme des stratégies de RE mais comme des états concomitants à l'anxiété ou l'humeur (Berking & Wupperman, 2012). Toutefois, Naragon-Gainey et ses collaborateurs (2017) précisent que ce qui caractérise une stratégie est à la fois son utilité et son utilisation variable selon les contextes, ainsi que la possibilité concrète à être mises en œuvre. Ces éléments permettent de préciser les critères définissant une stratégie de régulation émotionnelle.

Le modèle processuel étendu de Gross

Le modèle processuel de Gross (1998, 2015b) s'intéresse aux processus de régulation émotionnelle qui interviennent à différentes étapes de l'expérience émotionnelle. Il s'appuie sur le modèle modal de l'émotion qui décrit le déroulement temporel de l'émotion en 4 étapes

successives et met en évidence que la régulation est susceptible d'intervenir à chacune de ces étapes, donnant lieu à des catégories distinctes de stratégies de RE (voir Tableau 1).

Tableau 1. *Modèle temporel de Gross (1998) selon le modèle modal de l'émotion.*

Déploiement temporel de l'émotion (modèle modal)	***Cibles temporelles de RE (Modèle de Gross)***
1) Une **situation** donne lieu à une émotion	1) Sélection de la **situation** 2) Modification de la **situation**
2) L'**attention** est orientée vers cette situation	3) Déploiement de **l'attention**
3) Une **évaluation** de la signification de l'émotion intervient au regard des objectifs de l'individu	4) Changement **cognitif**
4) Cette évaluation donne lieu à une **tendance** (comportementale, physiologique et expérientielle) **à la réponse émotionnelle**.	5) Modulation de la **réponse**

Ce modèle s'appuie sur la dynamique temporelle des émotions et la régulation peut avoir lieu sur les étapes relatives aux antécédents c'est-à-dire avant que la réponse émotionnelle se manifeste (i.e., sélection ou modification de la situation, déploiement de l'attention, changement cognitif), ou bien sur la réponse elle-même (i.e., modulation de la réponse).

Pour compléter ce premier modèle et afin de tenir compte de la complexité et de la flexibilité en jeu, Gross (2015b) a proposé une extension de celui-ci pour le rendre plus dynamique en y ajoutant 3 étapes itératives qui se superposent et peuvent rétroagir sur les précédentes :

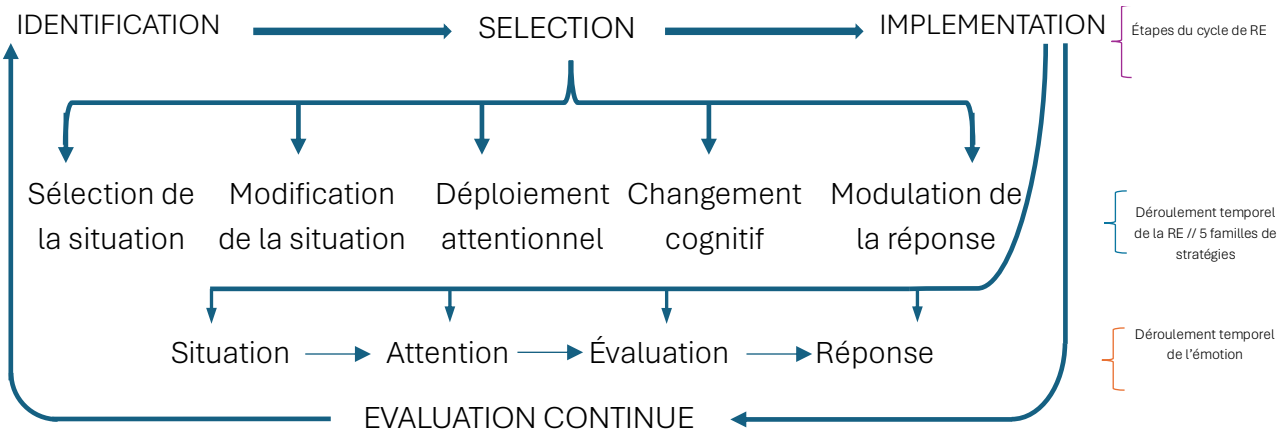
1) **L'identification** qui vise à reconnaitre l'émergence d'une émotion et évaluer si une régulation est nécessaire.
2) **La sélection** qui implique de choisir une stratégie adaptée au contexte.
3) **L'implémentation** qui consiste à mettre en œuvre concrètement ladite stratégie à l'aide d'une tactique adéquate.

Ces trois étapes intègrent une dynamique décisionnelle dans le processus de régulation et permettent de se demander comment choisir et appliquer une stratégie. Elles sont complémentaires aux cinq étapes précédentes qui se focalisaient sur le moment de

l'intervention dans le déroulement temporel de l'émotion. Une 4ème étape d'évaluation continue de l'efficacité de la stratégie choisie et mise en œuvre (monitoring) est ajoutée (McRae & Gross, 2020), permettant un ajustement si nécessaire afin de correspondre à l'objectif de RE visé (voir Figure 5).

Les stratégies de régulation émotionnelle sont au cœur du modèle processuel de Gross (1998, 2015b) qui les articule à la dimension temporelle en distinguant cinq familles de

Figure 5. *Modèle processuel étendu de la régulation émotionnelle (d'après Gross, 2015 ; Rae & Gross, 2020).*



stratégies, correspondant aux cinq phases temporelles de RE. Chaque famille compte un nombre non exhaustif de stratégies de RE (i.e., moyen mis en œuvre pour réguler les émotions) qui elles-mêmes peuvent être implémentées par des tactiques particulières. Par exemple, la stratégie d'évitement comportemental se situe au moment de (1) la sélection de la situation, et celle d'action directe (*direct request*) au moment de (2) la modification de la situation celles de distraction ou de rumination surviennent au moment du (3) déploiement attentionnel tandis que celles d'acceptation ou de réévaluation cognitive sont comprises comme des stratégies liées à la phase (4) de changement cognitif et enfin, la suppression expressive ou l'intervention physiologique interviennent au moment de (5) la modulation de la réponse (McRae & Gross, 2020). L'acceptation ne figurait pas dans le modèle initial de Gross (1998) mais elle est

désormais intégrée explicitement parmi les stratégies de changement cognitif où elle est définie comme l'accueil des émotions sans jugement (McRae & Gross, 2020).

Tableau 2. *Familles de stratégies correspondant au déroulement temporel de la RE (d'après McRae et Gross, 2020).*

Famille de stratégie	*Stratégie*
Sélection de la situation	Évitement
Modification de la situation	Action directe
Déploiement attentionnel	Distraction
	Rumination
Changement cognitif	Réévaluation cognitive
	Acceptation
Modulation de la réponse	Suppression expressive
	Intervention physiologique

Autres modèles théoriques basés sur les stratégies

Une première catégorisation distingue les stratégies cognitives ou internes (e.g., évitement expérientiel, acceptation, rumination) des stratégies comportementales ou manifestes (e.g., évitement comportemental, consommation de substances, soutien social) (Aldao & Dixon-Gordon, 2014).

Une autre catégorisation, plus courante, distingue les stratégies dites adaptatives de celles inadaptées (Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012a). Lorsqu'elles sont utilisées de manière habituelle, les stratégies adaptatives (e.g., acceptation, réévaluation cognitive, résolution de problème) tendent généralement à être associées négativement aux symptômes et à la psychopathologie alors que les stratégies non adaptées (e.g., suppression émotionnelle, évitement, rumination) le sont positivement (Aldao et al., 2010).

Cette dichotomie peut toutefois paraître réductrice car les stratégies ne sont pas nécessairement fonctionnelles ou dysfonctionnelles dans l'absolu mais elles peuvent l'être ou non selon le contexte (Gross, 2015b; Netzer et al., 2015; Tamir et al., 2008). Par exemple, la suppression émotionnelle, qui consiste à inhiber les manifestations externes d'une émotion peut

être considérée comme inadaptée et peu efficace car elle est coûteuse cognitivement, n'atténue pas l'émotion ressentie (Gross, 2002) et est associée à davantage de symptômes psychopathologiques et à un bien-être moindre (Gross & John, 2003). Cependant, dans certaines situations interpersonnelles ou professionnelles notamment, elle peut aussi s'avérer adaptative et fonctionnelle. Par exemple, cela est vrai dans le cas d'un professionnel de santé qui supprimerait son expression émotionnelle liée à la panique ou à la tristesse pour ne pas inquiéter un patient ou maintenir une posture professionnelle, ou encore dans le cas d'un éducateur spécialisé qui inhiberait son expression émotionnelle liée à la colère ou la frustration en faisant face à un comportement agressif d'une personne accompagnée afin de ne pas altérer la relation et éviter une escalade émotionnelle. Ainsi ce n'est pas la stratégie en elle-même qui est adaptative ou non, mais son utilisation dans un certain contexte, en évaluant ses conséquences à court et à plus long terme. Ainsi, comme le souligne Naragon-Gainey (2017, p. 386), il ne s'agit pas de comprendre l'adaptativité ou non « *comme la propriété intrinsèque et universelle de la stratégie elle-même qui se manifeste en dehors du contexte* » mais comme une « *tendance probabiliste dans l'utilisation habituelle* » de telle ou telle stratégie. A ce titre, la RE est donc adaptative à condition de disposer d'un large éventail de stratégies et d'être en mesure de faire preuve de flexibilité selon le contexte (Bonanno & Burton, 2013; Sheppes, 2014). De plus les émotions n'ont pas toujours besoin d'être régulées, mais seulement lorsqu'elles interfèrent avec les buts poursuivis (Aldao & Christensen, 2015; Christensen & Aldao, 2015).

En gardant à l'esprit ces limites et précautions d'usage, on peut citer parmi les modèles basés sur les stratégies, celui de Garnefski et ses collaborateurs (2001) qui dénombre neuf stratégies reflétant l'aspect cognitif et conscient de la régulation émotionnelle. Quatre, théoriquement non adaptées, sont centrées sur la négativité (i.e., blâme de soi, blâme des autres,

rumination et catastrophisation) et cinq, théoriquement adaptées, le sont sur la positivité (i.e., centration positive, centration sur l'action, réévaluation positive, mise en perspective et acceptation). Par ailleurs, il est à noter que l'acceptation est ici comprise comme une acceptation des événements, de la situation et non expérientielle et de ses propres émotions. Cependant, Garnefski et ses collaborateurs eux-mêmes restent prudents quant à la distinction entre stratégies adaptatives et non adaptatives car leur nature peut dépendre des circonstances. Ainsi, une stratégie appropriée dans une situation peut se révéler inappropriée dans une autre. Si une évaluation de la valeur doit être établie, il est préférable de le faire au cas par cas (Garnefski et al., 2005). Ce modèle a donné lieu à une échelle le *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ, Garnefski et al., 2001) qui a fait l'objet d'une traduction et validation en français (Jermann et al., 2006).

Enfin, un autre modèle catégorise les stratégies selon leur qualité d'engagement respectives (Sheppes et al., 2014) qui repose sur un choix stratégique en fonction de l'intensité émotionnelle. Ce modèle met en évidence deux stratégies : la distraction (i.e., désengagement attentionnel précoce de l'information émotionnelle) et la réévaluation cognitive (i.e., engagement avec le processus émotionnel qui implique une relecture plus élaborée de la situation). Les auteurs montrent que la distraction est préférée en cas de forte intensité émotionnelle car elle permet un soulagement rapide et un moindre effort cognitif. A l'inverse, la réévaluation demande une plus grande mobilisation cognitive mais permet de moduler la réponse émotionnelle plus profondément. Dès lors, elle est privilégiée dans les situations à faible intensité émotionnelle. Par ailleurs, il est souligné que c'est la flexibilité et la pertinence contextuelle qui est adaptative plus que la stratégie elle-même. Ainsi la distraction par exemple, peut être adaptative à court terme dans certaines situations (e.g., Gross, 2015b) mais devient inadaptée si elle est utilisée comme stratégie d'évitement à long terme. L'avantage de ce modèle par rapport aux approches qui distinguent les stratégies en fonction de leur caractère

adaptatif ou non, est qu'il ne repose pas sur une évaluation de la valeur intrinsèque. Il s'appuie plutôt sur ce qu'elles impliquent en termes de coût cognitif et émotionnel.

Modèle empirique fondé sur les structures sous-jacentes des stratégies

Naragon-Gainey et ses collaborateurs (2017) ont proposé un modèle issu de résultats empiriques d'une méta-analyse conduite à partir de 331 échantillons et 670 tailles d'effet. Cette étude a examiné les structures sous-jacentes des stratégies habituelles de régulation émotionnelle à l'aide d'analyses factorielles confirmatoires à partir des modèles de régulation émotionnelles préexistants et d'analyses factorielles exploratoires. Les analyses confirmatoires n'ont soutenu aucun regroupement de stratégies de RE décrits par les modèles théoriques préexistants (dispositionnels ou processuels et stratégiques). Ceci est cohérent avec des résultats précédents dont les analyses factorielles sur la structure des stratégies de RE n'ont démontré qu'une faible adéquation (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Lee et al., 2015; Seligowski & Orcutt, 2015). Les analyses exploratoires se sont rapprochées du modèle dit adaptatif / inadapté et de celui d'engagement/désengagement (Sheppes et al., 2014). Dès lors, en étudiant la structure et les covariances entre les principales stratégies de RE, ils proposent d'organiser les stratégies de RE par rapport à leur qualité d'engagement. Ils ont identifié un modèle à 3 facteurs intitulés : engagement, persévération cognitive aversive (engagement excessif) et désengagement. La **persévération cognitive aversive** est définie comme l'engagement excessif ou la difficulté à se désengager des cognitions négatives et le rejet et évitement de ces expériences internes négatives alors que le **désengagement** est défini comme les tentatives d'éviter ou de se détourner de situations émotionnellement chargées, tandis que **l'engagement adaptatif** désigne une orientation plus consciente et équilibrée vers l'expérience émotionnelle

Contrairement aux autres modèles stratégiques qui classent les stratégies de régulation selon leur caractère adaptatif ou non, celui-ci n'attribue pas de valeur adaptative a priori mais

se centre sur le niveau d'engagement avec l'émotion, comme pour celui de Sheppes (2014). En cela, il complète le modèle temporel de Gross en précisant la nature du lien entre la stratégie et l'émotion. Ce cadre permet de regrouper les stratégies selon qu'elles impliquent un engagement actif avec le contenu émotionnel (comme la réévaluation ou l'acceptation), un désengagement attentionnel ou cognitif (comme la distraction ou la suppression) ou un engagement excessif (comme la rumination ou l'inquiétude). Il apporte donc un éclairage pertinent pour comprendre la sélection d'une stratégie selon l'engagement avec une émotion.

Tableau 3. *Modèle empirique (d'après Naragon-Gainey, 2017)*

Niveau d'engagement	Désengagement	Engagement adaptatif	Persévération cognitive aversive (Engagement excessif)
Exemples de Stratégies	Distraction Évitement Expérientiel et comportemental Suppression	(Résolution de problème) Acceptation Réévaluation Plein-conscience	Ruminations Inquiétudes

Note : La résolution de problème doit être considéré à part parmi les stratégies de RE car se focalise sur la modification d'une situation externe plutôt que d'influencer directement les émotions (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010)

1.1.4.3. L'acceptation dans la régulation émotionnelle

L'acceptation apparait donc dans les deux approches, d'une part en tant que capacité pour celle centrée sur les compétences dispositionnelles et, d'autre part, en tant que stratégie pour l'approche centrée sur les processus. Bien que les modèles de régulation émotionnelle aient été développés selon deux courants théoriques distincts, il apparait pertinent de les concevoir comme complémentaires et d'envisager leurs effets bidirectionnels (Naragon-Gainey et al., 2017) impliquant des boucles de rétroaction positives ou négatives dans lesquelles les dispositions influencent l'accès, le choix flexible, contextuel et orienté vers un but ainsi que la mise en œuvre de stratégies tandis que le recours répété à certaines stratégies pourrait renforcer ou affaiblir ces compétences (Tull & Aldao, 2015) (voir Figure 6).

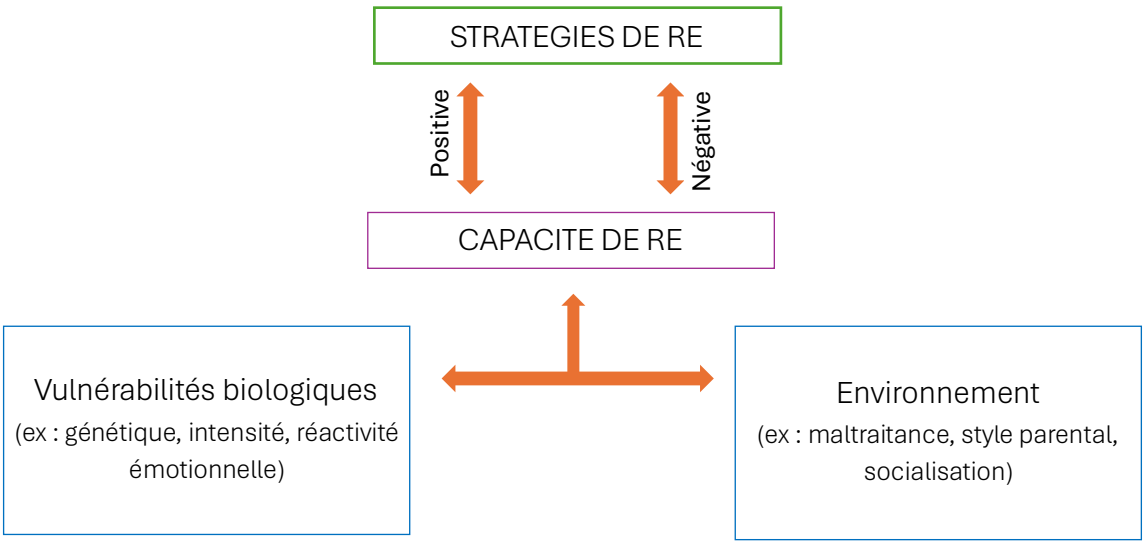


***Figure 6**. Relation entre capacités et stratégies de régulation émotionnelle (d'après Tull et Aldao, 2015)*

Ainsi, les capacités dispositionnelles pourraient être envisagées comme des processus supérieurs orientant le choix et l'efficacité des stratégies utilisées. Parmi les capacités, la tolérance à la détresse retient notre attention. En effet, une tolérance à la détresse élevée

pourrait favoriser la disposition à s'ouvrir à l'expérience émotionnelle dans les situations où cela s'avère bénéfique. Inversement, une faible tolérance à la détresse pourrait entraîner une utilisation rigide de stratégies d'évitement (Tull & Aldao, 2015) et donc nuire à l'utilisation de l'acceptation. De même, d'autres dispositions individuelles semblent pertinentes, telles le style d'attachement, comme nous le verrons dans une prochaine section (1.3.1.2.).

De même, l'interconnexion entre capacités et stratégies peut s'illustrer dans l'utilisation répétée de la stratégie d'évitement expérientiel qui pourrait altérer des capacités comme la conscience ou la clarté émotionnelle, tandis que le recours à de stratégies dites adaptées pourrait faciliter la disposition d'acceptation des expériences émotionnelles (Tull & Aldao, 2015). Autrement dit, une disposition élevée à l'acceptation (acceptation-trait) permettrait de mobiliser efficacement la stratégie d'acceptation en situation (acceptation-état), tandis que la pratique répétée de cette stratégie pourrait à son tour renforcer la disposition à accepter.

Ainsi, selon Tull et Aldao (2015), les modèles dispositionnels et processuels, loin d'être opposés, doivent s'envisager dans leur interaction et de manière intégrée. Ainsi les modèles processuels ne sollicitent pas nécessairement un changement dans le cours naturel de l'émotion et les modèles dispositionnels incitent à une attitude d'ouverture et d'acceptation émotionnelle. Dans cette perspective, l'acceptation expérientielle modifie le rapport à l'émotion, en réduisant la tendance à fuir, éviter ou contrôler celle-ci, tout en la laissant suivre son cours sans intervention visant à la modifier.

L'acceptation est donc conceptualisée à la fois comme un trait ou comme un état selon les modèles. D'un côté, envisager l'acceptation comme une stratégie de régulation émotionnelle peut paraitre étonnant puisqu'elle ne vise pas à modifier l'expérience émotionnelle mais, au contraire, à l'accueillir telle qu'elle se présente. Cette position peut entrer en tension avec la définition classique de la RE qui vise expressément à moduler la nature, l'intensité, la durée ou l'expression des émotions (Gross & Thompson, 2007). En ce

sens, l'acceptation, en ne poursuivant pas un but de transformation de l'émotion, parait ainsi s'écarter des critères qui sous-tendent aux stratégies habituelles. Bien qu'elle soit parfois envisagée comme une compétence dispositionnelle plus large qu'une seule stratégie (Berking et al., 2008; Gratz & Roemer, 2004), elle est pourtant bien reconnue comme une stratégie de RE (Aldao et al., 2010; McRae & Gross, 2020; Webb et al., 2012).

Toutefois selon Naragon-Gainey (2017), l'acceptation doit bien être considérée comme une stratégie distincte des dispositions générales ou caractéristiques individuelles (e.g., conscience émotionnelle, contrôle des impulsions, tolérance à la détresse). Ces dernières soutiennent la RE mais ne peuvent pas être mobilisées de manière directe. A l'inverse, les stratégies peuvent être opérationnalisées concrètement à travers différentes tactiques (McRae & Gross, 2020) comme c'est le cas pour l'acceptation. Par ailleurs, l'utilité et l'utilisation de l'acceptation varient selon les contextes (e.g., Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012a), ce qui constitue une caractéristique fondamentale des stratégies de RE.

Ce qui confère à l'acceptation son caractère singulier parmi les stratégies de régulation émotionnelle, c'est qu'elle ne vise pas à modifier directement l'émotion, mais plutôt à modifier la relation avec celle-ci. En effet, elle repose sur une transformation du rapport à l'expérience et non sur une modification de l'expérience elle-même. Le changement de rapport à l'expérience permettrait de ne pas réagir aux émotions désagréables par des émotions secondaires (e.g., colère, honte, culpabilité, anxiété) et de limiter les autres réactions (e.g., ruminations) et pourrait également expliquer une diminution de la réactivité émotionnelle et au stress (Lindsay & Creswell, 2015). Toutefois pour Dan Glauser et Gross (2015), l'acceptation pourrait malgré tout influencer le déroulement de la réponse émotionnelle dans la mesure où elle implique des caractéristiques essentielles des stratégies de régulation émotionnelle telle qu'une focalisation sur les réponses émotionnelles (Hofmann & Asmundson, 2008; Wolgast et al., 2011) et le dépassement des réponses automatiques (Alberts et al., 2012).

1.1.5. Différences avec les concepts proches de l'acceptation

Un réseau nomologique correspond à l'ensemble des concepts théoriquement et empiriquement liés à un autre, ainsi qu'aux relations attendues entre eux. Dans les sections qui suivent, nous passerons donc en revue les concepts généralement considérés comme proches de l'acceptation expérientielle, tels quel l'évitement, l'équanimité, la tolérance à la détresse, la décentration et la flexibilité psychologique, afin d'en préciser les différences, tant sur le plan conceptuel que dans leur évaluation.

1.1.5.1. Évitement expérientiel

A. Conceptualisation de l'évitement expérientiel

L'évitement expérientiel (EE) est défini comme le *« phénomène qui se produit lorsqu'une personne n'est pas disposée à rester en contact avec des expériences privées particulières (e.g., sensations corporelles, émotions, pensées, souvenirs, images mentales, prédispositions comportementales) et prend des mesures pour modifier la forme ou la fréquence de ces expériences ou bien les contextes qui les occasionnent, même si ces formes d'évitement causent un préjudice comportemental »* (Hayes et al., 1996, p. 1154). La définition de l'évitement expérientiel fait donc référence à deux composantes. D'une part, elle renvoie à une réticence à rester en contact avec des expériences internes inconfortables, associée, d'autre part, au comportement consistant à éviter ces états indésirables (Bond et al., 2011; Hayes et al., 1996, 2006; Levin et al., 2014). Ainsi, l'EE se manifeste par des comportements visant à fuir, réprimer ou supprimer ces états internes tels que « *la fuite, l'évitement, la suractivité, la distraction, la réassurance, les compulsions, les vérifications, le déni, ou même la dissociation* » (Dionne et al., 2013). Ces deux dimensions – l'aversion à la détresse et l'action d'évitement – traduisent un comportement visant à modifier la forme et la fréquence des

expériences (Chawla & Ostafin, 2007), ce qui, par ailleurs, rappelle la définition de la régulation émotionnelle.

Bien que central dans le cadre des thérapies cognitives et comportementales de 3ème vague, le concept d'évitement expérientiel (EE) a fait l'objet de critiques concernant sa clarté conceptuelle. Chawla et Ostafin (2007) ont souligné le manque de précision théorique et d'opérationnalisation de l'EE, relevant que ce concept recouvre un ensemble hétérogène de processus tels que la suppression émotionnelle, de pensées ou le coping évitant. Ces processus, bien que distincts, sont souvent regroupés sous le terme générique d'EE, sans distinction claire de leurs spécificités. L'inquiétude, par exemple, a été conceptualisée par Borkovec (1995) comme une forme d'évitement expérientiel visant à réduire à la fois l'anticipation d'un événement menaçant et l'expérience subjective d'anxiété. Pour Chawla et Ostafin (2007), l'EE est un phénomène multidimensionnel, qui inclut des composantes cognitives, émotionnelles et comportementales, mais qui souffre d'un manque d'intégration théorique avec les construits voisins. À l'inverse, Hayes et ses collaborateurs (2004) défendent une conception unifiée du concept, qu'ils considèrent comme théoriquement cohérent et globalement factorisé, appuyé par les modèles de la flexibilité psychologique. Cette divergence de conceptualisation a des implications importantes sur le plan méthodologique, notamment en ce qui concerne la mesure de l'EE, sujette à controverse.

B. Évaluation de l'évitement expérientiel et différence avec celle de l'acceptation

L'évaluation de l'évitement expérientiel (EE) a longtemps reposé sur la même échelle que l'acceptation, à savoir l'AAQ puis l'AAQ-II. Cependant, plusieurs auteurs ont remis en question la validité de l'AAQ-II en tant que mesure spécifique de l'EE. En effet, des travaux ont montré que ce dernier pourrait capter avant tout la détresse psychologique générale ou l'émotivité négative, plutôt que l'évitement expérientiel à proprement parler (e.g., Francis et

al., 2016; Gámez et al., 2011; Rochefort et al., 2018; Vaughan-Johnston et al., 2017; Wolgast, 2014).

Ces critiques ont conduit au développement d'instruments plus ciblés, tels que la *Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire* (MEAQ ; Gámez et al., 2011) traduit en français (Baeyens et al., 2015), présentant une bonne validité (.92) et comprenant 6 dimensions : Évitement comportemental (i.e., évitement situationnel ou de l'inconfort physique), aversion à la détresse (attitudes négatives face à la souffrance), procrastination (repousser la détresse anticipée), distraction/suppression (i.e., tentative d'ignorer ou supprimer la détresse), répression/déni (distanciation, manque de conscience face à la détresse) et endurance à la détresse (volonté d'agir efficacement face à la détresse). L'échelle est cotée sur une échelle de Likert en 6 points (1= tout à fait en désaccord à 6= Tout à fait d'accord). Un score élevé correspond à un évitement important.

Des versions abrégées ont été développées, la MEAQ-30 (Sahdra et al., 2016) qui conserve la structure multidimensionnelle d'origine avec cinq items par sous-échelles ou la Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ).

A. Similitudes et différences avec l'acceptation

Dans la littérature, l'acceptation et l'évitement expérientiel sont souvent conceptualisés comme les pôles opposés d'un même continuum : un niveau élevé d'évitement expérientiel traduirait une moindre disposition à accepter les expériences internes désagréables (Boelen & Lenferink, 2018; Hayes, 1994; Hayes et al., 1996; Kashdan et al., 2006). Dans cette perspective, une acceptation faible ou inexistante est devenue synonyme d'un évitement expérientiel (Block-Lerner et al., 2009; Hayes et al., 1996). Cependant une autre vision a émergé chez certains auteurs. Par exemple, Lindsay, Chin et leurs collaborateurs (2018), proposent de considérer l'acceptation non pas comme l'exact opposé de l'évitement expérientiel, mais comme un point d'équilibre entre deux extrêmes : d'un côté la suppression

des expériences sensorielles (c'est-à-dire la tentative de les éviter ou de les dénier) et de l'autre, l'identification fusionnelle avec ces mêmes expériences (c'est-à-dire où l'individu reste fixé ou submergé par elles). Dans cette conception, l'acceptation se situe au centre d'un continuum qui va de l'évitement à l'identification, et non pas comme l'inverse de l'évitement. Ainsi, EE et acceptation ne seraient pas un même concept inversé, mais deux concepts indépendants.

1.1.5.2. Équanimité

A. Conceptualisation de l'équanimité

Issue de la tradition bouddhiste, l'équanimité (*upekkhā*) fait partie des quatre attitudes sublimes (*Brahma-vihāras*) pour cultiver la sagesse avec l'amour bienveillant, la compassion et la joie empathique. Du latin *aequanimitas* qui signifie égalité d'âme, elle est définie soit comme un « *sentiment neutre* » (Bodhi, 2000, p. 34, 116), soit comme « *une réaction équilibrée à la joie et à la misère, qui nous protège de l'agitation émotionnelle* » (Bodhi, 2005, p. 154). Elle désigne ainsi une forme d'état de stabilité intérieure.

La littérature en psychologie a pu décrire l'équanimité comme « *l'approche des expériences agréables, désagréables et neutres avec un intérêt égal* » (Grabovac et al., 2011) et plus précisément comme un état d'égalité d'esprit (*even-minded state of mind*) qui représente à la fois un trait ou un état durable et une attitude mentale délibérée d'ouverture et d'acceptation qui peut être entraînée (Desbordes et al., 2015). En d'autres termes, l'équanimité est définie comme un état mental ou une tendance dispositionnelle envers toutes les expériences ou objets, indépendamment de leur origine ou de leur valence affective, agréable, désagréable ou neutre (Desbordes et al., 2015). Toutefois, elle ne doit pas être confondue avec l'indifférence, l'émotion étant bien ressentie, notée, mais une fois l'événement déclencheur passé, l'attention est ramenée sur l'expérience actuelle sans blocage sur l'émotion.

Pour ces auteurs (Desbordes et al., 2015), l'équanimité comprend le non-jugement, la non-aversion, le non-attachement et l'acceptation, et peut être vue comme une stratégie de régulation des émotions puisqu'elle modifie à la fois l'ampleur et la qualité des réponses. Si on se réfère au modèle de Gross (1998), faisant référence aux processus qui influencent l'apparition, la durée, la fréquence, l'intensité et la qualité de la réponse émotionnelle, en effet, l'équanimité conduit à la non-réactivité, donc à une modification de la réponse émotionnelle. L'équanimité ne modifie pas l'interprétation d'un stimulus, mais permet la reconnaissance de l'expérience interne comme des événements mentaux, transitoires et non des représentations exactes de la réalité (Chambers et al., 2009). Ainsi, l'équanimité permet un changement de perspective par rapport à ses expériences internes qui, par là-même, modifie la réponse à celles-ci et donc agit comme une stratégie de régulation émotionnelle. De plus, l'équanimité permet un désengagement plus rapide à une réponse émotionnelle, et donc un prompt retour à la ligne de base (Desbordes et al., 2015).

B. Évaluation de l'Équanimité

L'EQUA-S, un outil récemment développé par (Juneau et al., 2020) est un auto-questionnaire qui mesure l'équanimité. Il s'appuie sur deux dimensions principales : d'une part, la stabilité émotionnelle (V. A. Taylor et al., 2011), illustrée par des items tels que « (item inversé) *Il est difficile pour moi d'être serein(e) pendant les moments difficiles de la vie quotidienne* » ; d'autre part, l'indépendance hédonique (Hadash et al., 2016), illustrée par des items tels que « (item inversé) *Lorsque j'anticipe le fait de faire quelque chose de plaisant, je ne pense qu'à ça* ».

C. Similitudes et distinctions entre acceptation et équanimité

Les concepts d'acceptation et d'équanimité ont pu être vus comme des synonymes (Kraus & Sears, 2009) et partagent une attitude d'accueil envers les expériences internes,

cependant des distinctions importantes doivent être établies. L'acceptation pourrait représenter un préalable important de l'équanimité, sans toutefois se confondre avec elle (Juneau et al., 2020). En effet, l'équanimité semble englober l'acceptation comme l'une de ses composantes aux côtés du non-jugement, non-attachement et de la non-aversion (Desbordes et al., 2015). De plus, l'équanimité semble davantage ancrée dans les traditions contemplatives asiatiques d'où elle est directement issue. L'acceptation en revanche, s'est fortement éloignée des concepts traditionnels au profit d'une conceptualisation en tant que stratégie de RE (Aldao et al., 2010; McRae & Gross, 2020; Webb et al., 2012). En tant que telle, elle correspondrait davantage à un processus alors que l'équanimité semble plus dispositionnelle et concerne principalement la réactivité à l'expérience (Juneau et al., 2020) et plus précisément la non-réactivité (Desbordes et al., 2015).

1.1.5.3. Tolérance à la détresse

A. Conceptualisation de la tolérance à la détresse

La tolérance à la détresse (TD) se définit comme la capacité à supporter des états psychologiques aversifs (Simons & Gaher, 2005). Elle est généralement conceptualisée comme un trait de personnalité relativement stable (Veilleux et al., 2018), bien qu'une approche plus dynamique ait récemment émergé, considérant la TD comme sensible au contexte et aux fluctuations temporelles (Trafton & Gifford, 2011; Veilleux et al., 2018).

Sur le plan clinique, une faible tolérance à la détresse est associée à une vulnérabilité accrue à diverses psychopathologies telles que les abus de substances (Bornovalova et al., 2012; Daughters et al., 2005; Leventhal & Zvolensky, 2015), les troubles de la personnalité antisociale (Daughters et al., 2008) ou borderline (Kiselica et al., 2014), les troubles anxieux (Bernstein et al., 2011; Keough et al., 2010) et les troubles des conduites alimentaires (Corstorphine et al., 2007). Elle est aussi corrélée à une détresse émotionnelle plus élevée

(colère, anxiété, dépression) et à des stratégies de régulation émotionnelle peu efficaces (Iverson et al., 2012), telles que l'évitement ou la fuite (Iverson et al., 2012; Schloss & Haaga, 2011). De plus, des niveaux globalement trop faibles ou trop élevés de TD ne sont pas adaptés (Eisenberg & Fabes, 1992), un niveau trop faible pourrait conduire à des comportements inadaptés de fuite ou d'évitement et représenterait un facteur de risque pour le développement et le maintien de la psychopathologie (Barlow et al., 2004; Hayes, Strosahl, et al., 1999; Linehan, 1993a; Orsillo et al., 2004; Wegner, 1994). Néanmoins, la TD ne doit pas être envisagée de manière linéaire ou rigide. Faible, elle peut s'avérer adaptative dans des contextes chroniquement menaçants, où l'adoption rapide de comportements d'évitement peut protéger l'individu (Leyro et al., 2010). À l'inverse, une sur-tolérance pourrait maintenir des situations délétères prolongées (e.g., tolérance à des abus ; Lynch & Mizon, 2011). C'est donc surtout l'inflexibilité de la réponse face à la détresse qui semble problématique (Leyro et al., 2010). Enfin, la TD s'inscrit dans un réseau nomologique complexe marqué par des recoupements conceptuels partiels, et pourrait constituer une forme spécifique d'évitement expérientiel (Leyro et al., 2010) ou une sous-composante de la régulation émotionnelle (Kashdan et al., 2006), tout en se distinguant toutefois de la sensibilité à l'anxiété par son champ plus large, ne se limitant pas aux seules réponses anxieuses (Bernstein et al., 2007; S. E. Taylor, 1999).

B. Évaluation de la tolérance à la détresse

Deux méthodologies de recherches distinctes ont émergé pour évaluer la tolérance à la détresse : les mesures bio-comportementales qui évaluent la persistance réelle dans des tâches aversives et les mesures auto-évaluatives qui appréhendent la capacité perçue à supporter des états émotionnels aversifs. Cependant, ces deux approches renvoient à des processus partiellement distincts et la corrélation entre perception et performance comportementale reste faible ou absente (Ameral et al., 2014; Bernstein et al., 2011; Cougle et al., 2013; Kiselica et al., 2015; Leyro et al., 2010; Veilleux et al., 2018), ce qui laisse supposer un décalage entre les

perceptions et représentations d'un individu et son comportement réel (Veilleux et al., 2019). Par ailleurs, certaines tâches bio-comportementales pourraient davantage refléter la motivation extrinsèque (e.g., renforcement positif pour obtenir une récompense) ou la force de volonté que la TD en tant que telle, ce qui interroge leur validité (Muraven & Baumeister, 2000).

Auto-Évaluation de la tolérance à la détresse

La tolérance à la détresse peut être mesurée à l'aide d'échelles d'auto-évaluation sondant soit la tolérance émotionnelle générale, telle que définie par Simons et Gaher (2005), soit des facettes spécifiques du concept telles que tolérance à l'ambiguïté, à l'incertitude, à l'inconfort ou à la frustration (Leyro et al., 2010), que nous ne développerons pas ici afin privilégier une approche globale du construit.

La *Distress Tolerance Scale* (DTS ; Simons & Gaher, 2005) mesure la capacité perçue à résister à des états émotionnels aversifs. Cet auto-questionnaire de 15 items ($\alpha = .81$), validé en français (Wagener & Blairy, 2015) utilise une échelle de Likert à 5 points (1= Fortement en désaccord à 5= Fortement d'accord), avec un score global élevé reflétant une meilleure tolérance à la détresse. Fidèle à la conceptualisation théorique du construit, l'échelle est multidimensionnelle et composée de quatre facteurs : (1) tolérance (i.e., capacité perçue à endurer les états affectifs négatifs ; e.g., « *me sentir tourmenté.e ou contrarié.e m'est insupportable* »), (2) évaluation (i.e., jugement subjectif de ses capacités à supporter les états aversifs en comparaison aux autres ; e.g., « *Ma tolérance à la détresse ou à la contrariété est comparable à celle de la majorité des gens.* »), (3) régulation émotionnelle (i.e., efforts déployés pour éviter ou atténuer l'expérience émotionnelle désagréable ; e.g., « *Je ferais n'importe quoi pour cesser de me sentir tourmenté.e ou contrarié.e* »), et (4) absorption (i.e., tendance à une perturbation attentionnelle causée par la détresse ; e.g., « *Mon sentiment de détresse est si intense qu'il m'envahit complètement »*). Un score faible aux sous-échelles traduit donc une faible capacité perçue à tolérer l'inconfort émotionnel, une perception

dévalorisante de soi, une propension à l'évitement émotionnel, et une absorption attentionnelle par l'émotion négative.

La *Momentary Distress Intolerance Scale* (MDIS ; Veilleux et al., 2018) mesure l'intolérance à la détresse comme un état momentané, contrairement à la DTS qui évalue un trait relativement stable. Elle comprend 3 items évalués sur une échelle de Likert à 7 points (1 = Fortement en désaccord à 7 = Fortement d'accord), permettant d'apprécier la propension immédiate d'un individu à vouloir échapper à sa détresse avec (1) « *Je veux arrêter ce que je fais en ce moment pour me sentir mieux* »), à se sentir gêné par ses émotions avec (2) « *En ce moment, mes émotions me gênent* » ou, à l'inverse, à maintenir son engagement malgré l'inconfort avec (3) « *Je peux continuer ce que je fais en ce moment, peu importe ce que je ressens* ». Cette approche est utile dans les contextes cliniques où la TD est évaluée en temps réel ou en situation écologique mais reste peu utilisée.

Mesures bio-comportementales de la Tolérance à la détresse

La tolérance à la détresse (TD) peut être évaluée par des mesures bio-comportementales, qui appréhendent la capacité comportementale à persister dans une tâche aversive sur le plan physique ou cognitif (Leyro et al., 2010) que nous présenterons brièvement ci-dessous, même si leur validité semble contestée (Muraven & Baumeister, 2000) comme nous l'avons souligné précédemment.

Les tâches de tolérance physique comprennent la tolérance thermale avec la tâche de pression à froid (Cold pressor test ; Hines, 1932), dans laquelle le participant immerge sa main dans l'eau glacée aussi longtemps que possible. On mesure successivement le seuil de douleur, le temps de tolérance et l'endurance (Burns et al., 2004; Neufeld & Thomas, 1977). D'autres procédures impliquent une stimulation physiologique aversive, comme les tâches de défi biologique : la rétention de la respiration ou l'inhalation de CO_2 enrichi (20 %) permettent de provoquer des symptômes somatiques anxiogènes (R. A. Brown et al., 2005; Zvolensky &

Eifert, 2001). La durée pendant laquelle le participant supporte la tâche sans interrompre l'exposition constitue l'indice de tolérance.

Les tâches de tolérance cognitive, quant à elles, évaluent la capacité à persévérer face à la frustration ou à une demande cognitive soutenue. Le test d'addition sérielle auditive rythmée, PASAT-C (Paced Auditory Serial Addition Test - Computerized ; Lejuez et al., 2003), exige des additions rapides successives avec rétroaction aversive, et permet au participant d'interrompre volontairement la tâche. Le temps de persistance au niveau le plus difficile reflète le seuil de TD (Schloss & Haaga, 2011). D'autres tâches, comme le traçage du miroir (R. A. Brown et al., 2005 cité par Leyro, Zvolensky et Bernstein, 2010; K. A. Matthews & Stoney, 1988), reposent sur une coordination inversée visuo-motrice (i.e., tracer une figure géométrique dans le sens opposé à ce qu'il voit), avec mesure du temps avant abandon. Enfin, la tâche de persistance à l'anagramme (Eisenberger & Leonard, 1980) évalue le temps moyen passé sur des anagrammes complexes avant que le participant ne se résigne à abandonner, reflétant la capacité à tolérer la détresse liée (Quinn et al., 1996).

C. Similitudes et différences entre l'acceptation et la tolérance à la détresse

La tolérance à la détresse est une capacité à supporter des états psychologiques aversifs (Simons & Gaher, 2005) qui se comprend comme une capacité d'endurance face à la détresse, proche d'une résistance et n'implique pas d'ouverture à celle-ci comme c'est le cas pour l'acceptation qui se situe dans une démarche active. De plus, alors que l'acceptation est reconnue comme une stratégie de régulation émotionnelle qu'on peut donc activer si nécessaire, la TD semble être une disposition plus stable (Naragon-Gainey et al., 2017), même si un courant propose de le l'étudier comme un état (Veilleux et al., 2018), elle semble tout de même provenir d'une disposition qui diffère selon les contexte ou d'une force de volonté, qui n'implique pas d'ouverture pour autant. On peut néanmoins penser que tolérance à la détresse

et acceptation sont complémentaires, une faible tolérance à la détresse pourrait entraver l'acceptation en la rendant plus difficile.

1.1.5.4. Décentration

A. Conceptualisation de la décentration

La décentration (Bernstein et al., 2015; Fresco et al., 2007) peut se rencontrer sous diverses appellations dans la littérature, telles que celles de défusion cognitive (Hayes, Strosahl, et al., 1999; Hayes et al., 2011), d'auto-distanciation (Kross et al., 2005), de reperception (Shapiro et al., 2006), de déréification (Thurman, 1984, p. 7), de méta-conscience ou encore d'insight méta-cognitif (Bishop et al., 2004; Chambers et al., 2009; O. Mason & Hargreaves, 2001; Teasdale et al., 1995, 2002). La décentration est alors définie comme un processus qui consiste à observer ses pensées et ses expériences internes comme des événements passagers de l'esprit, plutôt que comme des reflets de la réalité (Safran & Segal, 1990). Il s'agit donc de *« voir ses propres pensées comme des constructions de la réalité plutôt que comme la réalité elle-même* » (Alford & Beck, 1997, p. 142). En d'autres termes, la décentration permet de modifier la relation d'une personne à ses pensées plutôt que de modifier les pensées elles-mêmes (Hayes, Strosahl, et al., 1999). Il s'agit d'une prise de distance vis-à-vis de ses expériences internes, permettant à la fois de ne pas se laisser envahir mais aussi de changer sa perspective par rapport à celles-ci. La décentration semble constituée de deux processus métacognitifs tels que la conscience métacognitive, la désidentification des expériences internes et la réduction de la réactivité au contenu des pensées (Bernstein et al., 2015).

A. Évaluation de la décentration

L'Experience Questionnaire (EQ) (Fresco et al., 2007) traduit en français (Gamaiunova et al., 2024), est un auto-questionnaire unidimensionnel de 11 items, évalués sur une échelle

de Likert en 5 points (de 1= Jamais à 5 = Tout le temps) tels que (7) « *Je peux observer des sentiments désagréables sans être submergé par eux* » ou (11) « *J'envisage les choses selon une perspective plus large* ». L'EQ a démontré de bonnes qualités psychométriques (α Cronbach de .77 à .85 ; Gamaiunova et al., 2024).

La *Metacognitive Processes of Decentering Scale* (MPoD ; Hanley et al., 2020), traduite en français (De Oliveira et al., 2024), est un auto-questionnaire divisé en deux sous-échelles de 15 items chacune, l'une mesurant la décentration-trait et l'autre la décentration-état, sur une échelle de Likert en 5 points (1 = très rarement ou jamais à 5 = très souvent ou toujours). Un score élevé signifie une capacité élevée de décentration. Par exemple pour la décentration trait (1) « *Je suis capable de m'observer penser* » ou (3) « *Mes pensées et mes émotions font partie de moi, mais elles ne sont pas moi* ».

Le questionnaire de fusion cognitive (CFQ ; Gillanders et al., 2014), traduit en français (Dionne et al., 2016) est un auto-questionnaire de 7 items qui évalue sur une échelle de Likert en 7 points (de 1= jamais vrai à 7 = toujours vrai) dans quelle mesure une personne agit comme si ses pensées étaient littéralement vraies, tels que (1) « *Mes pensées me font souffrir ou me rendent tristes* » ou (6) « *J'ai tendance à être très pris par mes pensées* ».

A. Similitudes et différences entre l'acceptation et la décentration

Les concepts d'acceptation et de décentration sont tous deux au cœur des approches de 3ème vague des TCC (TCCE). Ils impliquent une non-réactivité envers les expériences internes et favorisent une prise de distance envers celles-ci et les contenus mentaux. La décentration semble néanmoins refléter plus précisément la capacité métacognitive à observer ses expériences internes. Ainsi, dans le modèle de l'ACT, acceptation et défusion (i.e., terme équivalent à celui de décentration) sont reconnus comme des facteurs distincts mais complémentaires pour atteindre la flexibilité psychologique.

1.1.5.5. Flexibilité psychologique

A. Conceptualisation de la flexibilité psychologique

La flexibilité psychologique est un concept large et difficile à définir (Kashdan & Rottenberg, 2010). Elle peut représenter à la fois la manière d'adapter des stratégies de coping (F. K. Cheng & Tse, 2015) ou la modulation de l'expression des émotions selon le contexte (Bonanno et al., 2004). Elle peut aussi représenter la capacité à être présent et attentif aux expériences actuelles et à agir selon ses propres valeurs et ce, même face à des pensées, émotions ou sensations désagréables (Hayes et al., 2011). Ainsi la flexibilité semble être la capacité de choisir le comportement le plus approprié à un contexte. C'est l'approche de l'ACT qui s'est le plus intéressée à cette notion et a développé le concept le définissant comme *« la capacité à entrer plus pleinement en contact avec le moment présent, en tant qu'être humain conscient, et de changer ou de persister dans un comportement lorsque cela sert des objectifs importants.* » (Hayes et al., 2006, p. 7). Le cœur de la définition serait alors de changer ou persister mais aussi de disposer d'un répertoire comportemental varié, mobilisable selon les buts et valeurs (Monestès & Baeyens, 2016). Une personne flexible psychologiquement peut adopter l'un des six processus de l'hexaflexe (Hayes, Strosahl, et al., 1999), théorisé par la thérapie ACT (Hayes, Strosahl, et al., 1999; Hayes et al., 2011) c'est-à-dire l'acceptation, la défusion cognitive, le contact avec le moment présent, soi comme contexte, agir selon ses valeurs et les actions engagées (Hayes et al., 2011).

A contrario, l'inflexibilité psychologique se déploie quand « *le langage et la cognition interagissent en contingences directes pour produire une incapacité à persister ou à changer un comportement, au service de valeurs à long terme* » (Hayes et al., 2006, p. 6) et conduit à utiliser des processus inverses de l'hexaflexe (Hayes, Strosahl, et al., 1999) tels que l'évitement expérientiel, la fusion cognitive, le manque de contact avec le moment présent, soi comme contenu, la perte de contact avec ses valeurs et l'inaction (Hayes et al., 2011).

B. Évaluation de la flexibilité psychologique

Les échelles AAQ (Hayes, Strosahl, et al., 2004) puis AAQ-II (Bond et al., 2011) ont d'abord été conceptualisées comme des échelles d'évitement expérientiel (ou de non-acceptation) pour ensuite être redéfinies comme des échelles de flexibilité psychologique (Vázquez-Morejón Jiménez et al., 2019). Toutefois, cette interprétation apparait peu cohérente, puisque la flexibilité inclut aussi d'autres concepts tels que ceux définis par l'hexaflexe de la thérapie ACT et excède donc la seule dimension d'évitement expérientiel. Cette question est abordée plus en détails dans la section 1.2.1.1.

Depuis, le *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* (MPFI-60 ; Rolffs et al., 2018) a été développé pour évaluer la flexibilité et l'inflexibilité psychologique. Elle comporte 60 items qui évalue les 12 dimensions de flexibilité (i.e., acceptation, contact avec le moment présent, soi observateur, défusion, valeurs, actions engagées) et d'inflexibilité (i.e., évitement expérientiel, perte de contact avec le moment présent, soi comme contenu, fusion, perte de contact avec les valeurs, inaction) du modèle hexaflexe de l'ACT, soit 5 items par processus. La cotation se fait à l'aide d'une échelle de Likert à 6 points (1 = jamais vrai à 6 = toujours vrai) et un score élevé pour chaque sous-échelle reflétant une forte flexibilité ou inflexibilité psychologique. Flexibilité et inflexibilité sont donc considérées comme des processus distincts n'appartenant pas à un même continuum. Le MPFI-60 présente une excellente consistance interne (.96-.97). Les auteurs ont ensuite élaboré une version courte comprenant 24 items, MPFI-24, soit 2 par processus, validée en anglais et en français (Grégoire et al., 2020) et présentant la même structure que la version longue et une bonne consistance (flexibilité $\alpha = .92$; inflexibilité $\alpha = .86$).

C. Similitudes et différences entre l'acceptation et la flexibilité psychologique

L'acceptation et la flexibilité psychologique sont des concepts centraux dans les TCCE et plus précisément dans l'ACT. Bien qu'ils soient étroitement liés et qu'ils aient pu parfois être utilisés de manière interchangeable ou équivalente dans son évaluation par la même échelle AAQ-II ou dans la définition souvent fluctuante et parfois proche de l'acceptation telle que la capacité à être présent et attentif aux expériences actuelles et à agir selon ses propres valeurs et ce, même face à des pensées, émotions ou sensations désagréables (Hayes et al., 2011), ils se distinguent cependant par des spécificités propres à chacun. Dans leur rapport, hiérarchique, l'acceptation est considérée comme un facteur de la flexibilité psychologique dans le modèle hexaflexe de l'ACT. La flexibilité psychologique englobe donc l'acceptation, elle est de ce fait plus large que cette dernière.

1.1.6. Conclusion et limites liées à la conceptualisation de l'acceptation

Cette première section a permis de poser les fondations théoriques nécessaires à la compréhension de l'acceptation en tant que stratégie de régulation émotionnelle. Après avoir présenté les définitions de l'acceptation ainsi que les principaux fondements théoriques sous-jacents à ces différentes conceptualisations, nous avons pu aussi définir les concepts associés et les différencier de l'acceptation. De plus, nous avons inscrit l'acceptation dans le cadre de la régulation émotionnelle et plus précisément en tant que stratégie de RE. Ainsi, la stratégie d'acceptation expérientielle se distingue par sa spécificité : elle ne vise pas à modifier directement l'émotion ou à en éviter l'expérience, mais propose un rapport ouvert à l'égard des états internes. Elle constitue ainsi une stratégie d'engagement émotionnel (Naragon-Gainey et al., 2017).

Néanmoins, des imprécisions demeurent tant sur le plan de la conceptualisation de l'acceptation ou de sa distinction des concepts proches, tels que l'évitement expérientiel notamment. Les recherches empiriques se sont surtout concentrées sur l'efficacité des approches basées sur l'acceptation, en s'intéressant moins au concept lui-même (J. C. Williams & Lynn, 2010). Ainsi, le concept d'acceptation est souvent large et générique et peut parfois englober la pleine-conscience (Kohl et al., 2012) ou d'autres processus (Lindsay & Creswell, 2017). Cela souligne le manque de clarté des processus sous-jacents constitutifs de l'acceptation. De plus, et bien qu'elle soit désormais reconnue comme une stratégie de régulation émotionnelle, la nature exacte de l'acceptation en tant que telle demeure encore peu claire. Certains auteurs l'ont rattachée aux stratégies attentionnelles (e.g., Slutsky et al., 2017) tandis que d'autres l'ont assimilée à une forme de réévaluation cognitive (e.g., Webb et al., 2012), soulignant sa capacité à favoriser une compréhension de l'expérience émotionnelle dans sa globalité. Dans le modèle processuel étendu, l'acceptation est classée parmi les stratégies de changement cognitif (McRae & Gross, 2020). Quoi qu'il en soit, ces divergences mettent en évidence l'absence de consensus théorique, l'acceptation pouvant, selon les auteurs, être rattachée à différentes familles de stratégies. Cela témoigne d'un manque persistant de clarté conceptuelle autour de ce processus et de compréhension de sa nature.

D'un point de vue méthodologique, bien que la majorité des études sur la régulation émotionnelle aient privilégié les approches quantitatives, la nécessité de recourir à des méthodologies qualitatives et descriptives est soulignée (Jando & Dionne, 2024), afin de mieux appréhender la complexité des stratégies mobilisées. Il s'agit notamment d'examiner ce que les gens font dans le détail, lorsqu'ils utilisent une stratégie afin d'obtenir une meilleure granularité dans la description (Petrova & Gross, 2023). Dans cette perspective, il conviendrait d'étudier finement l'utilisation de la stratégie d'acceptation pour en saisir la complexité et les mécanismes sous-jacents.

Par ailleurs, il existe une forte variabilité dans la manière dont l'acceptation est mise en œuvre dans la recherche, et notamment parce qu'elle peut renvoyer à différents fondements issus des interventions basées sur la pleine conscience et l'acceptation (MABI). Et même au sein des études se référant spécifiquement à l'ACT, l'opérationnalisation de l'acceptation varie considérablement, en particulier concernant le nombre et le type de composantes spécifiques (e.g., acceptation, régulation de l'attention, défusion cognitive, orientation vers les valeurs) ciblées par les instructions . En effet, certaines consignes mettent l'accent sur l'acceptation en tant que non-lutte, en invitant à ne pas tenter de contrôler ou modifier les expériences internes, tandis que d'autres s'appuient sur la composante de régulation de l'attention, en encourageant à maintenir l'attention sur ces mêmes expériences. Or, ces variations pourraient produire des effets différenciés sur la RE (Lindsay & Creswell, 2017). De même, d'autres instructions intègrent la défusion cognitive (e.g. Forman et al., 2007, p. 2377; Keogh et al., 2005, p. 593; Masuda et al., 2010), ou font référence aux valeurs (e.g. Levitt et al., 2004), ce qui introduit une dimension qui dépasse celle de l'acceptation seule. Par ailleurs, la forme des instructions peut varier d'une étude à l'autre (e.g., longueur, complexité, usage de métaphores, exercices complémentaires) et certaines instructions invitent à établir un dialogue intérieur (Matthies et al., 2014; Singer & Dobson, 2007) alors que d'autres préconisent une approche non discursive (e.g. Wolgast et al., 2011), sans que les deux modalités aient été comparées. De plus, les instructions sont parfois seulement lues et découvertes pendant l'étude (Dunn et al., 2009), accompagnées de métaphores impliquant de courts exercices pratiques comme celle des menottes chinoises (Eifert & Heffner, 2003) ou enseignées dans des formations longues (Hayes, Strosahl, et al., 1999), ce qui est par ailleurs recommandé car l'apprentissage de l'acceptation semble demander de l'entraînement pour être efficace (Baer, Carmody, et al., 2012; Desbordes et al., 2015). Or ces facteurs ne sont pas contrôlés dans la plupart des recherches et peuvent apporter des résultats bien différents. Ce manque de cohérence et

d'homogénéité qui s'observe dans la conceptualisation et l'opérationnalisation de l'acceptation rend difficile l'intégration des résultats de recherche en raison du fait qu'ils ne traitent peut-être pas exactement de la même chose. On observe d'ailleurs une très grande variabilité entre les résultats des études (pour une métanalyse voir, Kohl et al., 2012). Cette variabilité serait imputable à ce que des stratégies qualitativement différentes soient regroupées sous le label commun d'acceptation, dont les composantes diffèreraient d'une étude à l'autre (Wojnarowska et al., 2020b). Cela met en évidence la nécessité de mieux conceptualiser ce processus afin d'en évaluer rigoureusement les effets.

Enfin, l'efficacité des stratégies de RE peut dépendre de l'émotion spécifiquement ciblée (Southward et al., 2019), ce qui n'est pas différencié ni exploré dans la plupart des études.

De plus, voir comment les stratégies de RE se traduisent en tactiques de régulation (Petrova & Gross, 2023), c'est-à-dire leur mise en œuvre concrète et contextualisée, en d'autres termes la manière dont elle sont pratiquées concrètement, semble représenter un enjeu important. En effet, une stratégie générale de régulation émotionnelle telle que l'acceptation peut être mise en œuvre concrètement de différentes manières, nommées tactiques. Ainsi, il serait pertinent d'étudier plus finement la mise en œuvre des tactiques d'acceptation

1.1.7. Questions et objectifs de recherche

Comme mentionné précédemment, des limites concernant la conceptualisation de l'acceptation en tant que stratégie de régulation émotionnelle et son opérationnalisation ont été soulignées. En effet, l'acceptation a été définie et opérationnalisée de manière hétérogène selon les études, tant sur le plan de la clarté conceptuelle, que du nombre de composantes mobilisées ou encore de la présence ou non d'un entraînement préalable.

Ces constats soulèvent plusieurs questions de recherche : Comment l'acceptation expérientielle s'opérationnalise-t-elle précisément ? Quels sont les processus spécifiques qui composent l'acceptation expérientielle ?

Ces interrogations conduisent à un objectif central de recherche : explorer et comprendre comment l'acceptation expérientielle s'opérationnalise concrètement, dans sa mise en œuvre tactique, en utilisant les méthodes qualitatives afin de saisir la complexité des processus en jeu. L'enjeu est, ici, de modéliser l'acceptation expérientielle, en identifiant ses composantes constitutives, pour en comprendre son fonctionnement et ce qui la rend accessible et efficace en contexte de régulation émotionnelle.

Par ailleurs, la distinction entre les concepts d'acceptation et d'évitement expérientiel reste à éclaircir et explorer. La question de savoir s'ils représentent de véritables pôles opposés ou s'ils s'inscrivent sur un même continuum demeure à investiguer.

Ces interrogations nous conduisent à un objectif complémentaire de recherche : mieux comprendre la relation entre acceptation et évitement expérientiel, afin de clarifier leurs articulations théoriques et empiriques.

1.2. Mesures et effets de l'acceptation

Après avoir cherché à clarifier la conceptualisation de l'acceptation, nous allons nous intéresser à sa mesure en examinant les différents instruments existants utilisés pour son évaluation et leurs limites. Nous présenterons ensuite les données relatives à ses effets sur la santé mentale, ses effets neurobiologiques et cognitifs, ainsi que les éléments qui soutiennent son rôle médiateur de changement dans les MABI.

1.2.1. Évaluation de l'acceptation

L'évaluation d'un construit repose étroitement sur sa conceptualisation théorique préalable, or, celle de l'acceptation demeurant floue, on peut présager des difficultés dans sa mesure. L'évaluation de l'acceptation a donné lieu au développement de plusieurs échelles que nous allons passer en revue. Elles sont issues de plusieurs cadres théoriques comme ceux des MABI ou de la régulation émotionnelle. Toutefois, nombre d'entre elles présentent des limites conceptuelles et des faiblesses psychométriques, ce qui peut rendre la mesure de l'acceptation problématique et les résultats difficilement comparables. En effet, l'acceptation a longtemps

été évaluée principalement à travers le prisme de l'évitement expérientiel, conceptualisé comme son opposé, à l'aide d'échelles d'auto-évaluation telles que l'Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) et de sa version révisée, l'AAQ-II. Parallèlement, l'acceptation a également été mesurée au moyen de sous-échelles d'outils de pleine conscience (e.g., FFMQ, KIMS, FMI). Plus récemment des échelles ont été développées dans le cadre de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et comprennent des sous-échelles évaluant des processus de flexibilité psychologique tels que l'acceptation (MPFI). Dans la section suivante, nous présenterons ces différentes échelles, en examinerons la validité conceptuelle ainsi que leurs limites et les implications qui en découlent.

1.2.1.1. Échelle d'acceptation : l'Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)

Comme nous l'avons vu précédemment dans la section concernant l'évitement expérientiel (1.1.5.1.B), les échelles *acceptance and action questionnaire* (AAQ), puis AAQ-II ont pu indistinctement être utilisées pour évaluer à la fois ce dernier et l'acceptation. Plus récemment l'AAQ-II a même été redéfinie comme échelle de flexibilité psychologique (Vázquez-Morejón Jiménez et al., 2019), ces multiples objets d'évaluations laissant présager des faiblesses de validité.

L'AAQ (Hayes, Strosahl, et al., 2004) a été élaborée dans une forme initiale comprenant 32 items, avec plusieurs versions coexistantes de l'échelle entre 9 et 49 items (J. C. Williams & Lynn, 2010). Cependant, l'AAQ détenait une faible cohérence interne (alpha de Cronbach <.70) (Hayes, Strosahl, et al., 2004; Marx & Sloan, 2005; Zvolensky & Forsyth, 2002), un manque de distinction entre le processus, c'est-à-dire l'acceptation-évitement, et le résultat (e.g., l'anxiété) (Chawla & Ostafin, 2007), ainsi qu'une faible validité discriminante avec les mesures d'affects négatifs et de neuroticisme (Vázquez-Morejón Jiménez et al., 2019). Tout

cela a conduit les auteurs à une révision de l'échelle pour développer l'AAQ-II, pour laquelle, nous le verrons, les mêmes critiques seront faites.

L'AAQ-II (Bond et al., 2011), validée en français (Monestès et al., 2009), est une échelle unidimensionnelle, composée de 7 items cotés sur une échelle de Likert en 7 points (1 = Jamais vrai à 7 = Toujours vrai). L'AAQ-II semble avoir une meilleure consistance interne que l'AAQ (alpha de Cronbach = de .78 à .88) et une bonne fiabilité test-retest après 12 mois (alpha de Cronbach = .79) (Bond et al., 2011). Cependant, comme évoqué précédemment et comme cela sera détaillé dans la section suivante, l'AAQ-II continue de faire l'objet de nombreuses critiques. Plusieurs auteurs ont mis en évidence des limites significatives concernant sa validité conceptuelle (e.g., Gámez et al., 2011 ; Francis et al., 2016 ; Vaughan-Johnston, 2016 ; Rochefort et al., 2018).

Malgré de profondes remises en cause, l'échelle AAQ-II reste toutefois un outil actuellement utilisé pour évaluer l'acceptation par de nombreuses études récentes (e.g., Hahs et al., 2019; Kotsou et al., 2018; Viskovich & Pakenham, 2020).

A. Controverses autour de l'AAQ-II en tant que mesure de l'acceptation

L'AAQ-II est aujourd'hui largement critiquée pour ses faibles qualités psychométriques, notamment de validité conceptuelle (i.e., sa capacité à évaluer le concept qu'il est censé mesurer) et plus précisément de validité discriminante (i.e., sa capacité à ne pas mesurer d'autres concepts adjacents ou distincts).

Tout d'abord, l'AAQ-II a été conçue comme une échelle indissociée d'évitement expérientiel et d'acceptation, postulant ainsi que l'un serait l'exact contraire de l'autre. Or, dans le cadre du développement d'une échelle d'évitement expérientiel, Gámez et ses collaborateurs (2011, p. 708) ont mis en évidence que les items relatifs au choix délibéré de s'engager dans des expériences émotionnelles aversives (*willingness*) constitueraient une dimension distincte, bien que liée à l'évitement. Ils ne peuvent donc être réduits à un simple opposé de l'évitement.

Ainsi, mesurer l'acceptation à travers la non-acceptation ou l'évitement pose un problème conceptuel et compromet la validité de construction de l'échelle. En outre, des recherches antérieures avaient suggéré que les versions positives et négatives d'un même concept n'étaient généralement pas équivalentes, comme c'est le cas pour la santé mentale notamment, où pathologie et bien-être ne sont pas sur un même continuum mais constituent des dimensions distinctes (Ryff et al., 2006). Par ailleurs, cette critique peut être étendue à l'ensemble des échelles qui mesurent la non-acceptation plutôt que l'acceptation elle-même directement.

D'autre part, plusieurs travaux suggèrent que l'AAQ-II ne mesure ni véritablement la non-acceptation, ni même l'évitement expérientiel, mais reflèterait davantage un niveau général de détresse psychologique (Wolgast, 2014) et présenterait donc une faible validité discriminante vis-à-vis de l'émotivité négative globale (Gámez et al., 2011; Lewis & Naugle, 2017) et du neuroticisme (i.e., la tendance à éprouver fréquemment des émotions négatives), lui-même fortement corrélé à la psychopathologie (Gámez et al., 2011; Rochefort et al., 2018; Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014). De plus, selon Clark et Watson (1995, p. 312) l'inclusion de mots tels que "*inquiétude*" ou "*peur*" dans une échelle *"assure quasiment qu'un item aura une composante névrotique substantielle ; l'inclusion de plusieurs items chargés d'affects de ce type, garantit que l'échelle résultante - indépendamment de sa construction prévue - sera principalement un marqueur de neuroticisme".* Or, plusieurs items de l'AAQ-II ont ce type de formulation (e.g., (2) « *j'ai peur de mes émotions* », (3) « *J'ai peur de ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions* », (7) « *Mes soucis m'empêchent de réussir* ») ce qui peut expliquer qu'il soit un indicateur de neuroticisme (Rochefort et al., 2018).

D'un point de vue de la validité psychométrique, Gámez (2011) souligne que l'AAQ-II met en avant des dysfonctionnements non spécifiques, tels que (7) « *mes soucis m'empêchent de réussir* » ou (6) « *j'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi* ». Or, ce type de formulation pourrait mener à une contamination des critères, appelée aussi effet

de halo (Nicholls et al., 1982), c'est-à-dire que la réponse à un item pourrait influencer la manière dont les répondants évaluent les autres items.

Enfin, on peut observer une confusion entre processus et résultats dans le contenu même des items, qui se focalisent sur la tentative infructueuse de contrôler l'inconfort et ses conséquences telles que « (5) *les émotions sont une source de problème dans ma vie* » ou « (7) *mes soucis m'empêchent de réussir* » (Vázquez-Morejón Jiménez et al., 2019).

Ainsi l'ensemble de ces conclusions (Gámez et al., 2011; Rochefort et al., 2018; Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014) conduisent à interpréter avec précaution les résultats des études utilisant l'AAQ-II, cet instrument semblant refléter principalement le neuroticisme ou les affects négatifs, plutôt que l'évitement ou la non-acceptation. Ces dernières notions n'étant, par ailleurs, ni équivalentes entre elles, ni l'exact opposé du concept d'acceptation.

1.2.1.2. Évaluation de l'acceptation par des sous-échelles de pleine conscience

A. Sous échelles de la FFMQ

Le *Five Facets Mindfulness questionnaire* (FFMQ ; Baer et al., 2008), validé en français (Heeren et al., 2011), est un auto-questionnaire de 39 items qui évalue les 5 facettes de la pleine conscience à travers 5 sous-échelles : Observer revient à porter attention aux expériences internes et externes. Décrire consiste à nommer des expériences internes. Agir en conscience désigne une attention pleine dans ses activités au moment présent et non en pilote automatique. Le non-jugement revient à ne pas adopter de position d'évaluation vis-à-vis de ses expériences internes. Enfin, La non-réactivité consiste à laisser ses expériences privées aller et venir sans se laisser emporter par elles. La cotation se fait sur une échelle de Likert en 5 points (1= jamais ou très rarement vrai à 5= très souvent ou toujours vrai).

Pour mesurer l'acceptation, des études peuvent utiliser uniquement la sous-échelle de non-jugement de la FFMQ, composée de 8 items inversés (3, 10, 14, 17, 25, 30, 35, 39) ou de 5 items pour la version courte (10, 17, 25, 30 et 39 ; Bohlmeijer et al., 2011). Pour mesurer l'acceptation, d'autres études utilisent à la fois la sous-échelle de non-jugement et celle de non-réactivité (e.g., Cary et al., 2020), composée de 7 items (4, 9, 19, 21, 24, 29, 33), ce qui correspond davantage à la position première des auteurs (Baer et al., 2006). Ainsi, la sous-échelle de non-jugement est composée de 8 items inversés tels que (3) « *Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées. »,* (10) « *Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens. »*, (14) *Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière. »,* (17) « *Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises. »,* (25) « *Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense. »,* (30) *Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir. »,* (35) « *Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image. »,* (39) « *Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles. ».* Quant à la sous-échelle de non-réactivité, elle est composée de 7 items tels que (4) « *Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir. »,* (9) « *J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux. »,* (19) « *Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle. »,* (21) « *Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement. »,* (24) « *Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après. »,* (29) « *Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir. »,* (33) « *Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer. »*

On peut toutefois relever certaines limites dans l'évaluation de l'acceptation par le FFMQ, notamment que la sous-échelle de non-jugement utilisée pour la mesurer est exclusivement constituée d'items formulés de manière inversée. Elle ne mesure donc pas directement le non-jugement, mais plutôt le jugement lui-même. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, les études ont pu utiliser une (e.g., Bohlmeijer et al., 2011; Ford et al., 2018) ou plusieurs sous-échelles du FFMQ (e.g., Cary et al., 2020) pour mesurer l'acceptation, ce qui limite l'interprétations et la comparaison des données.

B. Sous-échelle du Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)

Le *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS ; Baer et al., 2004), validé en français (Nicastro et al., 2010), est un auto-questionnaire de 39 items qui évalue quatre compétences liées à la pleine conscience qui sont : l'observation, la description sans étiquetage, l'action en conscience, l'acceptation (ou permission) sans jugement. La cotation se fait sur une échelle de likert en 5 points (1= Jamais ou très rarement Vrai à 5= Très souvent ou toujours Vrai). La version originale présente une excellente consistance interne globale (alpha cronbach = .91) et bonne pour la sous-échelle d'acceptation sans jugement (.87)

Pour mesurer l'acceptation, la sous-échelle d'acceptation sans-jugement a pu être utilisée. Pour Baer, Smith et Allen (2004), l'acceptation sans jugement est « *la permission à l'expérience du moment présent d'être telle qu'elle est ou l'absence de jugement ou d'évaluation de celle-ci* ». Reconnaître et admettre la présence d'expériences non désirées et leur permettre d'être telles qu'elles sont, sans chercher immédiatement à les modifier ou à les éliminer, est un élément central de cette compétence (Baer et al., 2004). La sous-échelle d'acceptation sans jugement est composée de 9 items (4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36) tels que (*4) « Je me reproche d'avoir des émotions irrationnelles ou inappropriées », (8) « J'ai tendance à évaluer mes perceptions comme justes ou fausses. », (12) « Je me dis que je ne devrais pas ressentir ce que je ressens », (16) « Je crois que certaines de mes pensées sont*

anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette façon. », (20) « Je juge mes pensées comme bonnes ou mauvaises. » (24) « J'ai tendance à porter des jugements sur la valeur ou l'absence de valeur de mes expériences. » (28) « Je me dis que je ne devrais pas penser de cette façon. », (32) « Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir. » et (36) « Je me déprécie quand j'ai des idées irrationnelles. ».

Il convient de noter que cette sous-échelle évalue spécifiquement le jugement porté sur ses expériences internes, ce qui ne recouvre qu'un aspect partiel de l'acceptation si on s'en réfère à d'autres conceptions qui incluent la non-réactivité notamment (e.g., FFMQ Baer). Bien qu'intitulée « *acceptation sans jugement* », elle repose sur des items formulés de manière inversée, et décrit le jugement de ses propres expériences. Elle ne mesure donc pas directement le non-jugement ou l'acceptation.

L'acceptation a pu être évaluée avec la sous-échelle « d'acceptation sans jugement » de la KIMS dans de nombreuses études (e.g., Ford et al., 2018; Luberto et al., 2014; Reber et al., 2013; Vujanovic et al., 2010).

C. Sous-échelle du Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)

Le *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS ; Cardaciotto et al., 2008) est un auto-questionnaire de 20 items qui mesure deux dimensions centrales de la pleine conscience, issues du modèle de Bishop et al. (2004) : la conscience de l'instant présent et l'acceptation. La cotation se fait sur une échelle de Likert en 5 points (0 =jamais à 4 = très souvent). Des scores plus élevés dans chaque sous-échelle indiquent une plus grande capacité de pleine conscience. La version originale, présentait une bonne cohérence interne pour la sous-échelle d'acceptation (alpha de Cronbach = .82 (Cardaciotto et al., 2008).

L'acceptation entendue comme une attitude de non-jugement envers ses expériences est mesurée à travers 10 items (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 et 20) tels que (2)« *J'essaie de me*

distraire lorsque je ressens des émotions désagréables. », (4) « *Il y a des aspects de moi-même auxquels je ne veux pas penser.* », (6) « *J'essaie de rester occupé(e) pour empêcher certaines pensées ou émotions de me venir à l'esprit.* », (8) « *J'aimerais pouvoir mieux contrôler mes émotions.* », (10) « *Je me dis que je ne devrais pas avoir certaines pensées.* », (12) « *Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.* », (14) « *Je me dis que je ne devrais pas me sentir triste.* », (16) « *S'il y a quelque chose à quoi je ne veux pas penser, je ferai tout pour l'éloigner de mon esprit.* », (18) « *J'essaie de chasser mes problèmes de mon esprit.* », (20) « *Lorsque j'ai un mauvais souvenir, j'essaie de me distraire pour qu'il disparaisse.* ». On peut noter que les items semblent évaluer plus spécifiquement l'évitement (e.g., 2, 4, 6 12 16 18 20) et dans une certaine mesure le contrôle (8) et le jugement normatif de ressentir certaines émotions (e.g., 10 et 14). De plus, les items de cette sous-échelle sont formulés de manière inversée pour mesurer l'acceptation, ainsi plus une personne évite ou rejette ses émotions, plus son score d'acceptation est faible. Bien qu'intitulée « acceptation », elle mesure en réalité l'évitement sous plusieurs formes (i.e., comportemental, émotionnel, cognitif).

L'acceptation a pu être évaluée avec la sous-échelle « d'acceptation sans jugement » de la PHLMS dans de nombreuses études (e.g., Feliu-Soler et al., 2017; Racy & Morin, 2024; Teper & Inzlicht, 2013).

D. Sous-échelle du FMI

La *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI, Walach et al., 2006), validée en français sous le nom d'inventaire de Pleine conscience de Freiburg (Trousselard et al., 2010) est un auto-questionnaire de 14 items qui évalue les deux dimensions de la pleine conscience : la présence et l'acceptation, utile lorsqu'on cherche à comprendre les mécanismes causaux potentiels (Kohls et al., 2009). La cotation se fait sur une échelle de Likert en 4 points (1 = rarement à 4 = presque toujours) et un score élevé correspond à des dimensions fortes de pleine conscience.

La sous-échelle d'acceptation comporte 9 items (4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) tels que *(8) « J'accepte les expériences désagréables* » ou (*10) « Je suis à l'écoute de mes sentiments sans me laisser déborder par eux* ». Par ailleurs, on remarque qu'au sein de la sous-échelle d'acceptation, des items font référence soit à l'autocompassion (*9) « Je prends soin de moi-même lorsque les choses vont mal* », (*14) « Je sais sourire lorsque je me rends compte à quel point je peux parfois me rendre la vie difficile* », *(13) « Je suis impatient(e) envers moi-même et envers les autres* », (*4) « Je suis capable d'apprécier à sa juste valeur la personne que je suis* », au non-jugement (*6) « Je regarde mes erreurs et difficultés sans les juger* », à l'équanimité (*12) « Je vis des moments de calme et de paix intérieurs, même lorsque les choses sont mouvementées et stressantes* » ou encore à la non-réactivité (*11) « Dans les situations difficiles, je sais marquer une pause avant de réagir* ».

L'acceptation a pu être évaluée avec la sous-échelle d'acceptation de la FMI dans de nombreuses études (Tharwat et al., 2022; Tzioridou et al., 2022).

1.2.1.3. Sous-échelle de RE

A. Sous-échelle de la « Difficulties in Emotion Regulation Scale » (DERS)

La *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS ; Gratz & Roemer, 2004), validée en français (Dan-Glauser & Scherer, 2013), est un auto-questionnaire de 36 items qui évalue les difficultés de régulation émotionnelle. La RE est ici définie comme un processus multidimensionnel qui implique à la fois la capacité cognitive et comportementale d'utiliser les émotions de manière adaptative et comme source d'information, mais aussi de les accepter ou de réguler la réponse émotionnelle de manière flexible (Côté et al., 2013). La cotation se fait sur une échelle de Likert en 5 points (1= presque jamais à 5= presque toujours) où un score faible révèle des difficultés de régulation des émotions.

la régulation émotionnelle est étudiée à travers 6 dimensions que sont 1) le manque de conscience émotionnelle tel que (2*) « Je fais attention à ce que je ressens »*, 2) le manque de clarté émotionnelle tel que (*1) » Je comprends bien mes sentiments »*, 3) le manque d'acceptation émotionnelle tel que (*29) « Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion »* et les items 11, 12, 21, 23, 25, 29 , 4) la difficulté à contrôler des comportements impulsifs tel que (*3) « Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables »,* 5) la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives tel que (*18) « Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses »* et 6) l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions tel que (*15) « Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps »*.

Une version courte de 18 items (DERS-18 ; Victor & Klonsky, 2016) a été élaborée à partir des items les plus puissants de la version originale (Gratz & Roemer, 2004) et présente une structure similaire à celle-ci, ainsi que d'excellentes qualités psychométriques. De même, la version francophone de la DERS (Dan-Glauser & Scherer, 2013) possède d'excellentes propriétés psychométriques avec un alpha Cronbach de .92 et une fidélité test-retest de .88 à neuf semaines d'intervalle. Les sous-échelles présentent également une bonne consistance interne (Alpha de Cronbach de .74 à .90) et notamment celle de non-acceptation émotionnelle (.87). Une autre version francophone, *l'Échelle de Difficulté de Régulation des Émotions* a été développée en parallèle (EDRE ; Côté et al., 2013) présentant également d'excellentes propriétés psychométriques (Alpha de Cronbach = .94 pour l'ensemble de l'échelle et .74 à .90 pour les sous-échelle avec .87 pour la non-acceptation).

Le manque d'acceptation est mesuré à l'aide des items (11) « *Quand je suis contrarié(e), le fait de ressentir une telle émotion me met en colère contre moi-même.* », (12) « *Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion.* », (21)

« *Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion.* », (23) « *Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e).* », (25) « *Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion.* » et (29) « *Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion.* ». Dans la version courte l'acceptation est évaluée avec 3 items (7, 13 et 14) qui correspondent aux items 12, 21 et 25 de la version longue.

Selon les auteurs (Gratz & Roemer, 2004), la sous-échelle de non-acceptation n'évaluerait qu'un seul aspect de celle-ci, à savoir les réactions émotionnelles secondaires aux émotions négatives. Cette forme a été mise en avant car elle dispose d'une bonne pertinence au niveau clinique et est associée à des conséquences émotionnelles et comportementales négatives (voir Greenberg & Paivio, 1997). Ainsi, la DERS ne mesure pas directement l'acceptation, c'est-à-dire s'ouvrir à son expérience, ni même réellement la difficulté à accepter, mais plutôt la réponse aversive secondaire (e.g., honte, culpabilité, colère envers soi), à une émotion primaire engendrant de la contrariété. On peut souligner également que la DERS s'intéresse uniquement à la régulation des émotions négatives or la RE implique aussi la capacité à réguler des émotions positives (Gratz & Roemer, 2004).

L'acceptation a pu être évaluée avec la sous-échelle de non-acceptation de la DERS dans de nombreuses études (e.g., Cheavens & Heiy, 2011; Desrosiers et al., 2013; Dvorak et al., 2014; Flynn et al., 2010).

B. Sous-échelle du Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

Le *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ, Garnefski et al., 2001), validé en français (Jermann et al., 2006) est un auto-questionnaire de 36 items qui mesure les aspects cognitifs de la régulation émotionnelle. Il comprend 9 sous-échelles de 4 items chacune, soit de régulation adaptative avec les sous-échelles d'acceptation, de centration positive, de centration sur l'action, de mise en perspective et de réévaluation positive soit de régulation non-adaptative avec les sous-échelles de blâme d'autrui, de blâme de soi, de dramatisation et

de rumination. La cotation se fait sur une échelle de Likert à 5 points (1 = presque jamais à 5 = presque toujours).

La sous-échelle d'acceptation comprend les items (2) « *Je pense que je dois accepter que cela se soit passé.* », (11) « *Je pense que je dois accepter la situation.* », (20) « *Je pense que je ne peux rien changer à ce qui s'est passé.* » et (29) « *Je pense que je dois apprendre à vivre avec ce qui s'est passé.* ». Ainsi, il est important de souligner que le CERQ rend compte d'une acceptation de la situation, voire d'une forme de résignation, plutôt que de l'acceptation expérientielle telle que nous la définissons.

L'acceptation a pu être évaluée avec la sous-échelle d'acceptation de la CERQ dans de nombreuses études (e.g., Ahmadi Ghomroudi et al., 2024; Selby et al., 2008; Zlomke & Hahn, 2010).

1.2.1.4. Sous-échelle de flexibilité psychologique

A. Sous-échelle du Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI)

Le *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* (MPFI ; Rolffs et al., 2018), en cours de validation en français (Ribeyron et al., en préparation) est un auto-questionnaire de 60 items qui évalue la flexibilité et l'inflexibilité psychologique, considérées comme des processus distincts, n'appartenant pas à un même continuum. La cotation se fait sur une échelle de Likert à 6 points (1 = Jamais vrai à 6 = Toujours vrai). Développée à partir du cadre de théorique de la thérapie d'acceptation et d'engagement, l'échelle évalue 12 dimensions (i.e., 6 de flexibilité et 6 d'inflexibilité) correspondant à celles de l'hexaflexe, comprenant 5 items par processus. Des études exploratoires et confirmatoires ont révélé une également une structure bi-factorielle, correspondant au score de flexibilité et d'inflexibilité. Le MPFI-60 présente une

excellente consistance interne (.96-.97 ; Rolffs et al., 2018) et une bonne stabilité test-retest à deux semaines.

Les auteurs ont également élaboré une version courte de 24 items (2 par processus) (MPFI-24 ; Rolffs et al., 2018), validée en français (Grégoire et al., 2020). Elle comporte la même structure factorielle que la version longue. La consistance interne de la version française est bonne pour la sous-échelle de flexibilité (alpha de cronbach= .92) et celle d'inflexibilité (.86), pour la sous-échelles d'évitement (.90) et celle d'acceptation (alpha de cronbach de .77).

Les items relatifs à l'acceptation sont (1) *« J'ai été ouvert(e) à observer mes pensées et mes émotions désagréables sans interférer avec elles. »,* (2) *« J'ai essayé de faire la paix avec mes pensées et mes émotions désagréables plutôt que de leur résister. »,* (3) *« Je me suis ouvert(e) pleinement à mes pensées et émotions désagréables en les accueillants plutôt qu'en les repoussant. »,* (4) *« Lorsque j'ai eu une pensée ou une émotion contrariante, j'ai essayé de l'accueillir plutôt que de l'ignorer. », et* (5) *« J'ai été ouvert(e) à toutes mes émotions, agréables comme désagréables ».* Les items relatifs à l'acceptation sont rédigés de manière directe et font référence à une posture d'ouverture (items 1, 3 et 5) aux expériences internes désagréables ou agréables, à l'absence de lutte (items 2) ou d'évitement (items 4) envers ces expériences.

Le MPFI est utilisé dans plusieurs études pour évaluer l'acceptation à travers la flexibilité psychologique (e.g., Clarke et al., 2020; Pakenham et al., 2023).

1.2.1.5. Mesure comportementale implicite de l'acceptation : IRAP

Les mesures implicites sont des mesures comportementales, sensibles aux schémas cognitifs automatiques, hors de la conscience du répondant (De Houwer, 2006; pour analyse voir Nosek et al., 2011). En analysant les temps de réaction à différentes combinaisons de stimuli, elles permettent d'inférer la nature et la force des associations mentales, ainsi que d'éventuels biais cognitifs (Drake et al., 2016). L'outil le plus populaire basé sur cette méthode

est le test d'association implicite (IAT ; Greenwald et al., 1998, 2003) qui mesure les associations d'idées automatiques. Il est utilisé en psychologie sociale notamment, pour évaluer les stéréotypes racistes.

L'*Implicit Relational Assessment Procedure* (IRAP ; Barnes-Holmes et al., 2010) est une tâche informatisée visant à évaluer les relations implicites entre des stimuli. Elle consiste à présenter, au fil de plusieurs séquences aléatoires, des paires de stimuli (mots ou images) accompagnées d'une consigne de type « vrai/faux » ou « d'accord/pas d'accord ». Deux types de propositions sont utilisées : certaines reflètent une orientation positive (e.g., « je veux avoir… »), d'autres une orientation négative (e.g., « je veux me débarrasser de… »). Les réponses possibles sont également de valence positive (e.g., bonheur, détente) ou négative (e.g., anxiété, peur), générant quatre types de combinaisons. Le participant doit rapidement indiquer si la relation entre les deux éléments est cohérente ou non (e.g., « l'anxiété est mauvaise » → vrai ou faux). Le temps de réponse (latence) est enregistré, ce qui permet d'inférer la force des associations implicites sous-jacentes.

L'IRAP a été utilisé pour évaluer l'évitement ou l'acceptation implicites (Drake et al., 2016; Hooper et al., 2010) en mettant en évidence des jugements émotionnels automatiques susceptibles de contribuer à des comportements d'évitement/non-acceptation, même lorsque les cognitions conscientes s'y opposent (e.g., « je ne devrais pas éviter »). Les participants reçoivent une instruction préalable (e.g., adopter une posture d'acceptation ou d'évitement, ou encore pratiquer la suppression émotionnelle) pour une série de blocs. L'effet implicite est observé lorsque les participants répondent plus rapidement à des associations congruentes avec l'instruction (e.g., « acceptation = positive », « évitement = négatif ») qu'à des associations incongruentes. Cependant, la fiabilité et la validité de l'IRAP ont été remises en question. Si une méta-analyse a souligné sa pertinence dans l'évaluation clinique (Vahey et al., 2015), d'autres études ont exprimé leur défiance vis-à-vis de la fiabilité de l'outil (Golijani-

Moghaddam et al., 2013; Greenwald & Lai, 2020) et de la qualité de l'évaluation au niveau individuel et ont relevé une consistance interne faible, tout comme pour la fiabilité test-retest (Hussey & Drake, 2020).

Pour Hussey, Cumins et Drake (2019), l'interprétation même de l'effet IRAP serait souvent erronée : un effet positif ne devrait pas être compris comme une approbation implicite d'un contenu spécifique, mais plutôt comme l'indice d'une association relative entre deux concepts. Or, les conclusions biaisées semblent majoritaires (78 % à 84 % selon les auteurs), avec un taux de faux positif supérieur à 44 %, en raison des degrés de liberté analytique. Des recommandations méthodologiques ont été proposées pour améliorer la robustesse des résultats, telles que l'augmentation de la taille des échantillons (> 105 participants au lieu de 29 jusqu'à présent), l'exclusion des premiers essais souvent plus lents (Nosek et al., 2014) ou l'augmentation de la durée de la tâche (2h30 pour une fiabilité test-retest élevée). Toutefois ces ajustements semblent peu compatibles avec la réalité terrain de la recherche (Hussey & Drake, 2020).

1.2.2. Conclusion : les limites des mesures existantes de l'acceptation

En résumé, les instruments actuellement disponibles pour évaluer l'acceptation expérientielle présentent plusieurs limites notables, en particulier sur le plan de la validité conceptuelle. Certaines échelles cherchent à mesurer l'acceptation de manière indirecte, en s'appuyant sur des items évaluant la non-acceptation ou l'évitement (par exemple, le DERS, l'AAQ-II ou la KIMS). Or le contraire d'un concept n'est pas le concept lui-même et mesurer la non-acceptation ou l'évitement ne revient pas exactement à mesurer l'acceptation. D'autres instruments souffrent d'une confusion conceptuelle supplémentaire en évaluant même un concept différent, tel que le neuroticisme (e.g., AAQ-II) ou l'acceptation de la situation (e.g., CERQ). Par ailleurs, certaines études peuvent utiliser une ou plusieurs sous-échelles issues d'instruments pour évaluer l'acceptation (e.g., sous-échelle de non-jugement et/ou de non-

réactivité de la FFMQ). Ce type d'approche soulève la question de la structure même du construit et invite à s'interroger à propos de la nature de l'acceptation. L'acceptation a-t-elle une structure unidimensionnelle, qu'on peut saisir par un score global, ou multidimensionnelle, en étant composée de plusieurs facettes distinctes mais complémentaires ?

En outre, les mesures auto-déclaratives à propos des émotions présentent des limites méthodologiques, en particulier pour les individus ayant peu accès à leurs expériences émotionnelles (Gratz & Roemer, 2004). Toutefois, les mesures comportementales ne semblent pas, pour autant, présenter de validité suffisante pour représenter une alternative.

Ces limites conduisent à prendre avec précaution les résultats des études mesurant l'acceptation avec certaines échelles (e.g., AAQ-II, DERS, CERQ notamment). En effet, les biais conceptuels inhérents à ces instruments peuvent non seulement altérer la qualité des données recueillies mais aussi remettre en question l'interprétation du rôle et des effets attribués à l'acceptation.

Actuellement, les sous-échelles issues des mesures de pleine conscience, notamment le FMI, et de flexibilité psychologique avec le MPFI, semblent représenter les outils les plus appropriés pour évaluer l'acceptation expérientielle. En effet, ils sont tous les deux constituées d'items formulés de manière directe, ce qui permet une évaluation plus fidèle et explicite de l'acceptation. Cependant, le MPFI renvoie de manière plus spécifique à l'acceptation expérientielle tandis que le FMI pourrait aussi faire référence à une acception plus large du concept, pouvant inclure l'acceptation de situations externes.

1.2.3. Les effets de l'acceptation

L'acceptation, en tant que stratégie de RE et mécanisme au cœur des MABI, a démontré de nombreux effets sur la régulation des émotions et la santé mentale. Ces effets peuvent même se constater au niveau neurobiologique et cognitifs.

1.2.3.1. L'acceptation comme facteur de protection en santé mentale

A. Effet de l'acceptation sur la régulation des émotions

Plusieurs travaux ont mis en évidence les bénéfices de l'acceptation sur la régulation émotionnelle. De manière générale, la tendance habituelle à l'acceptation expérientielle permettrait une meilleure santé mentale (Baer et al., 2004, 2008; Cardaciotto et al., 2008; Kohls et al., 2009). Une méta-analyse (Kohl et al., 2012) a par ailleurs démontré que l'acceptation était efficace et même supérieure à d'autres stratégies de RE, telles que la suppression émotionnelle, la distraction ou la réévaluation cognitive, pour réguler les émotions notamment dans le cas de la douleur chronique et de la dépression. Cependant, l'opérationnalisation différente selon les études conduit à une hétérogénéité dans les résultats. Plus précisément, comparée à la suppression, l'acceptation entraîne des émotions plus positives, une expressivité plus marquée et une stabilité physiologique accrue (i.e., des variations moins importantes de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et de l'amplitude du pouls, ainsi qu'une meilleure oxygénation) (Dan-Glauser & Gross, 2015). Ces résultats suggèrent que l'acceptation et la suppression produisent des effets opposés sur la dynamique des réponses émotionnelles. En favorisant l'expérience et l'expression des émotions positives, l'acceptation pourrait s'avérer particulièrement utile pour faciliter les interactions sociales.

Selon une étude récente (Ford et al., 2018), l'acceptation des expériences aversives (évaluée avec l'échelle de non jugement de la FFMQ, ou celle de la KIMS) réduirait les émotions désagréables, ce qui permettrait aux individus de ne pas exacerber ou prolonger ces émotions et passer plus rapidement à autre chose. En effet, les réactions au stress seraient moins intenses en cas d'acceptation. De plus, les bénéfices de l'acceptation se font ressentir dans les populations cliniques et non-cliniques et les avantages de l'acceptation ne dépendent pas d'un niveau de stress plus ou moins élevé.

Enfin, selon une revue issue du démantèlement des interventions MBI (Lindsay & Creswell, 2019) qui consistent à décomposer un programme pour identifier les composants actifs, il apparaitrait que l'acceptation permette de réduire la réponse au stress et notamment la réactivité du cortisol et de la pression artérielle (Lindsay, Young, et al., 2018), comparée à la régulation de l'attention seule. De plus, l'acceptation favoriserait des résultats psychosociaux positifs en augmentant les émotions agréables (Lindsay, Chin, et al., 2018) et en aidant à réduire la solitude et augmenter les contacts sociaux dans la vie quotidienne (Lindsay et al., 2019).

1.2.3.2. L'efficacité de l'acceptation dans les MABI

A. Efficacité clinique dans les MBI

Les interventions basées sur la pleine conscience (MBI) ont démontré une efficacité pour améliorer de nombreux troubles de santé mentale tels que l'anxiété (Haller et al., 2021), la dépression, la douleur chronique, le tabagisme et les addictions (Goldberg et al., 2018) le stress, l'insomnie, la dépendance, la psychose, pour la santé physique tels que la douleur chronique, l'hypertension, le contrôle du poids, les symptômes liés au cancer (e.g., douleur, fatigue, anxiété, dépression) et les comportements prosociaux (i.e., comportement volontaire destiné à apporter un bénéfice à autrui) (Zhang et al., 2023). De plus, ces bénéfices s'observent dans des contextes variés tels que dans les établissements de santé, les écoles ou sur le lieu de travail (Zhang et al., 2023) et chez les populations jeunes de moins de 18 ans (Zoogman et al., 2015). Les MBI semblent avoir des effets à la fois en réduisant les affects à valence négative et en augmentant ceux à valence positive (Congard et al., 2019). Par ailleurs, une relation dose-effet a été observée pour la réduction du stress avec des tailles d'effets moyenne (d=.45) après 2 semaines d'intervention et des effets plus importants (d=.72) après 8 semaines (Chin, Lindsay, et al., 2019), suggérant que la durée de pratique influence les bénéfices. En effet, l'acceptation nécessite un apprentissage (Dan-Glauser & Gross, 2015; Rood et al., 2012) et il

semblerait qu'une durée minimale d'entraînement d'au moins 1 à 2 semaines soit nécessaire pour observer des effets bénéfiques (Baer, Carmody, et al., 2012; Lindsay, Young, et al., 2018).

B. Efficacité clinique de l'ACT

L'efficacité clinique de la thérapie ACT a pu être démontrée dans des méta-analyses pour la réduction de la dépression (Bai et al., 2020), en groupe pour la réductions des symptômes anxieux et dépressifs (Ferreira et al., 2022) pour les troubles anxieux, dépressifs, des addictions et santé physique (A-tjak et al., 2015; Gloster et al., 2020), dans le maintien de l'abstinence dans les polyaddictions (Murys-Chaix et al., 2024), sur la détresse et la qualité de vie des patients avec le cancer (Zhao et al., 2021), la qualité de vie et l'amélioration des symptômes des patients avec des maladies chroniques (Konstantinou et al., 2023), pour les enfants (Fang & Ding, 2020), promouvoir le bien-être (Howell & Passmore, 2019), la douleur chronique (Hughes et al., 2017; Trindade et al., 2021) le diabète de type 2 (Sakamoto et al., 2022) pour améliorer la détresse générale ou celle relative au travail des professionnels de santé (Prudenzi et al., 2021) pour les TCA (Di Sante et al., 2022; Griffiths et al., 2018; Onnink et al., 2022), pour la réduction de symptômes des troubles psychotiques (Tonarelli et al., 2016; Wakefield et al., 2018) ainsi qu'en ligne (M. Brown et al., 2016) ou en intervention en autonomie (self-help) en ligne (French et al., 2017; Klimczak et al., 2023),

C. Efficacité clinique de la TCD

Des méta-analyses ont démontré l'efficacité de la thérapie comportementale et dialectique (TCD) chez l'adulte pour traiter les symptômes liés au trouble de la personnalité borderline (Cristea et al., 2017) plus précisément les comportements autodestructeurs (Panos et al., 2014) dont spécifiquement les comportements suicidaires (DeCou et al., 2019), la colère et les comportements agressifs (Ciesinski et al., 2022), l'abus de substances (Haktanır & Callender, 2020) , les TCA (Rozakou-Soumalia et al., 2021) (Lenz et al., 2014; Rozakou-

Soumalia et al., 2021) et même une applicabilité transdiagnostique (Delaquis et al., 2022), mais aussi chez les adolescents à haut risque de suicide (Kothgassner et al., 2021; McCauley et al., 2018) ou avec des problèmes externalisés (e.g., opposition, agressivité, impulsivité, comportements antisociaux) (Jakubovic & Drabick, 2023).

1.2.3.3. Substrats et effets neurobiologiques et cognitifs de l'acceptation

Dans cette section, nous nous sommes intéressés aux effets que pouvait avoir l'acceptation sur l'activité cérébrale afin d'identifier de potentielles manifestations neurobiologiques constituant des indicateurs objectifs de cette stratégie de RE au sein des réseaux cérébraux. Dans la littérature, plusieurs enjeux ont émergé concernant les mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent l'acceptation. Elles concernent notamment la détermination du caractère prédominant de processus *top-down, bottom-up* ou de leur interaction dynamique, l'identification des substrats neuronaux mobilisés lors de sa mise en œuvre et l'examen de son impact sur ceux-ci et enfin, l'analyse des effets cognitifs susceptibles d'en découler.

A. L'acceptation, un processus bottom-up ou top-down ?

La détermination du caractère *top-down* ou *bottom-up* de l'acceptation a fait l'objet de résultats parfois contradictoires dans la littérature. L'activation de processus descendant (to*p-down*) désigne une régulation dirigée par des régions supérieures du cerveau, notamment le cortex préfrontal, impliquant un contrôle volontaire, cognitif et intentionnel de l'attention ou des émotions. À l'inverse, les processus ascendants (*bottom-up)* correspondent à des réponses plus automatiques, guidées par les informations sensorielles ou émotionnelles entrantes, impliquant des régions subcorticales ou postérieures. Alors que les modèles traditionnels de RE mettent en avant des processus *top-down*, certaines études ont mis en évidence pendant l'acceptation l'activation accrue de régions préfrontales, notamment dans le réseau dorsal de l'attention (e.g., Goldin et al., 2019). D'autres, au contraire, rapportent une activité plus réduite

(Ellard et al., 2017; Murakami et al., 2015; Smoski et al., 2015), voire une mise en œuvre de l'acceptation sans implication notable des zones préfrontales, suggérant une régulation davantage fondée sur les mécanismes *bottom-up* (Messina et al., 2021). Enfin, certains avancent l'hypothèse d'une coexistence des processus *top-down* et *bottom-up* dans l'acceptation (Monachesi et al., 2023).

Concernant la première hypothèse liée aux processus ascendants (top-down), une étude (Goldin et al., 2019) a examiné l'activation cérébrale de sujets (N=35) exposés à des pensées auto-dépréciatives, qu'ils devaient soit accepter, soit réévaluer, soit ne pas réguler. Comparativement à la condition sans régulation, des réponses cérébrales plus importantes ont été observées en condition d'acceptation dans les réseaux impliqués dans le contrôle cognitif et celui de l'attention. Ainsi, pendant l'acceptation, les auteurs ont observé le recrutement de régions multiples du cortex préfrontal impliquées dans le contrôle cognitif (cortex préfrontal médial, dorsolatéral et ventrolatéral) et la régulation de l'attention (régions du lobule pariétal inférieur bilatéral qui comprend les gyrus angulaire et supramarginal), donc top-down. Toutefois, comparée à la condition de réévaluation, l'acceptation a déclenché des réponses cérébrales plus faibles dans les régions impliquées dans le contrôle cognitif et des réponses plus importantes dans l'amygdale. Cela suggère que l'acceptation implique tout de même moins de processus cognitifs que la réévaluation. L'acceptation et la réévaluation produisent des activations au niveau des régions préfrontales (dorso-médiales, ventrolatérales bilatérales et dorsolatérale) impliquées dans la sélection, la mise en œuvre et le monitoring d'une stratégie spécifique (Buhle et al., 2014). Et, plus précisément, des composants du cortex préfrontal ventrolatéral seraient impliqués dans la capacité à stopper des habitudes automatiques (Levy & Wagner, 2011) et la réorientation impliquant d'interrompre une réponse automatique (Corbetta et al., 2008). Toutefois, l'acceptation produit le recrutement de régions dorsales bilatérales du cortex pariétal (gyrus angulaire, IPL, sillon interpariétal, gyrus supramarginal)

qui ne sont pas impliquées dans la réévaluation. Ces régions pariétales sont généralement associées à une orientation volontaire de l'attention guidée par le système *top-down* (Corbetta & Shulman, 2002), suggérant un engagement actif et volontaire de l'attention vers l'expérience. Et même si la réévaluation implique aussi une forme de contrôle attentionnel, elle repose davantage sur un changement actif de la signification. Ainsi, les deux stratégies partagent à la fois certains mécanismes à différents niveaux d'activation et reposent aussi sur des processus distincts, faisant appel au processus *top-down.* Néanmoins, des limites importantes à cette étude sont à souligner puisque les sujets étaient naïfs vis-à-vis de l'acceptation et sa définition retenue ici ressemblait plutôt à celle de la mindfulness, comprenant régulation de l'attention et acceptation (Bishop et al., 2004), ce qui pourrait limiter la portée des résultats en ce qui concerne l'acceptation seule.

Concernant la seconde hypothèse, à savoir une RE par l'acceptation davantage fondée sur les processus *bottom-up*, une méta-analyse récente (Messina et al., 2021) a utilisé une méthode quantitative robuste (ALE : Activation Likelihood Estimation), qui permet de synthétiser des données issues d'IRMf en identifiant les zones activées de manière convergente, afin d'étudier les substrats neuronaux impliqués dans l'acceptation. Ainsi, 13 études analysées (N=420) ont comparé l'acceptation à d'autres conditions de RE ou de réaction naturelle sans RE. Les résultats indiquent que l'acceptation active des zones exécutives seulement dans les cas où la condition d'acceptation était comparée à celle de réaction naturelle (sans régulation), mais pas lorsqu'elle était comparée à d'autres stratégies de RE. Cela suggère qu'il ne s'agit pas d'une fonction propre à l'acceptation. En revanche, les résultats suggèrent qu'une activité réduite de l'insula postérieure, du lobe limbique (thalamus et le gyrus hippocampique) et du cortex cingulaire postérieur (CCP) et du précuneus **(**situé dans le lobe pariétal) est propre à la condition d'acceptation et pourrait constituer un substrat neuronal spécifique. Le cortex cingulaire postérieur (CCP) et le précuneus sont des composants essentiels du réseau du mode

par défaut (DMN ; *default mode network*) associé au vagabondage de l'esprit (M. F. Mason et al., 2007) et à la rumination (Cooney et al., 2010). Ainsi, les résultats de la méta-analyse apparaissent cohérents avec l'hypothèse théorico-clinique selon laquelle la modulation de l'activité du CCP/précuneus pendant l'acceptation peut être associée à l'interruption des processus ruminatifs et auto-reflexifs des émotions. Le CCP/precuneus est normalement activé en réponse à un stimulus émotionnel. Ainsi, l'utilisation de l'acceptation pourrait moduler cette activation par une baisse d'activité.

Enfin, une autre méta-analyse récente (Monachesi et al., 2023) a mis en évidence des activations communes aux stratégies de réévaluation et d'acceptation, dans l'insula et le gyrus frontal inférieur gauche, suggérant l'existence d'un circuit inhibiteur central partagé. Cependant, des différences apparaissent au niveau des activations spécifiques puisque l'acceptation est liée à une diminution d'activité dans des régions limbiques, en particulier le cortex cingulaire postérieur/précuneus (CCP/précuneus), le gyrus parahippocampique et le thalamus. Comme dans la méta-analyse de Messina (2021), on retrouve le CCP/precuneus impliqué dans le réseau du mode par défaut suggérant l'interruption de processus intérieurs (e.g., rumination, réflexion) et le gyrus parahippocampique, impliqué dans l'évaluation précoce et automatique de la signification émotionnelle au cours des processus de régulation des émotions, ce qui suggère un impact réduit de l'événement émotionnel sur l'individu. La désactivation du thalamus pendant l'acceptation pourrait suggérer une réduction du filtrage des entrées sensorielles conduisant à une plus grande ouverture et attitude sans jugement (Zeidan et al., 2015). Enfin, les auteurs suggèrent que la RE peut s'appuyer sur un circuit inhibiteur central auxquels s'ajoutent des processus distincts descendants (*top-down*) ou ascendants (*bottom-up*), spécifiques aux stratégies utilisées. Ces résultats soutiennent l'idée que tout en mobilisant des circuits neuronaux communs, les différentes stratégies mobilisent des processus spécifiques en fonction de leur nature.

B. La négativité liée à l'erreur (ERN), une piste de substrat neuronaux de l'acceptation

Une piste des corrélats neuronaux de l'acceptation avancée par la recherche repose sur l'ERN (*Error-Related Negativity* ; Négativité liée à l'erreur), mesurée par électroencéphalogramme (EEG), qui reflète l'activité neuronale associée au traitement des erreurs, dont la variation intervient en réponse à la survenue d'erreurs. L'ERN est générée par le cortex cingulaire antérieur dorsal, dont une lésion conduirait à une incohérence dans le traitement des erreurs (Gehring et al., 2011; Stemmer et al., 2004; Bush et al., 2000). Ainsi, environ 100 ms après une erreur, on observe une déviation négative de l'ERN. En d'autres termes, une amplitude plus négative de l'ERN indique la détection d'une erreur. De plus, cette amplitude est corrélée à des comportements relatifs à l'erreur, tels qu'une autocorrection et un ralentissement post-erreur (Holroyd & Coles, 2002; Veen & Carter, 2002), une perception des erreurs comme étant plus menaçantes (Weinberg et al., 2016), des affects négatifs (Hajcak et al., 2004) et du perfectionnisme (Stahl et al., 2015). Aussi, une déviation plus négative de l'ERN reflète une activité neuronale accrue liée au contrôle de la performance (Holroyd & Coles, 2002).

Dans une étude récente, Cary, Flever et Racer (2020) ont montré qu'une acceptation élevée pouvait permettre de traiter les erreurs et réponses contradictoires avec une moindre activité neuronale. Des sujets non-méditants (N=37), issus d'une population non clinique, dont l'acceptation a été mesurée par les dimensions de non-réactivité et de non-jugement de la FFMQ (Baer et al., 2006), étaient soumis à une tâche de Go/No-go monitorée par EGG, permettant d'évaluer la capacité d'inhibition comportementale. Cette tâche demande de répondre à certains stimuli (Go) et d'inhiber la réponse à d'autres (No-go), mesurant la faculté à réfréner une réponse automatique. Ainsi, les auteurs ont pu constater que la composante de non-réactivité de l'acceptation correspond à un ERN moins négatif, et l'acceptation est corrélée

à un temps de réaction plus rapide, sans réduction de la précision de la tâche. En d'autres termes, les personnes ayant un niveau d'acceptation plus élevé, peuvent traiter les erreurs avec moins d'activité neuronale, tout en affichant des réponses comportementales similaires. Par conséquent, l'ERN pourrait représenter une mesure neuronale de la composante non réactive de l'acceptation. Notons cependant que la dimension de non-jugement du FFMQ corrélée à l'ERN n'a pas donné de résultats significatifs. Par ailleurs, les auteurs ont souligné une différence de la variation de l'amplitude de l'ERN entre la dimension de non-réactivité de l'acceptation acquise par l'entrainement à la pleine conscience et celle dite dispositionnelle, c'est-à-dire relative aux traits du sujet et mesurée comme telle dans leur propre étude. En effet, des études antérieures (Andreu et al., 2017; Teper & Inzlicht, 2013) ont pu montrer que la dimension de non-réactivité de l'acceptation, acquise par l'entraînement à la méditation, provoque un ERN plus négatif que celle dispositionnelle. Ils tentent d'expliquer cette différence par le fait que dans l'entraînement de pleine-conscience, la pratique de la régulation de l'attention pourrait à la fois contribuer à une meilleure acceptation mais aussi à une plus grande activité neuronale du contrôle de la performance, ce qui générerait un ERN plus négatif. En partant du principe qu'un ERN plus négatif correspond à un meilleur monitoring des performances (Holroyd & Coles, 2002) et que la méditation entraine la capacité à réguler son attention sur ses expériences internes et donc ses erreurs, il apparait cohérent que l'ERN soit plus négatif chez les méditants que chez les non méditants dont l'acceptation n'est pas nécessairement liée à une régulation de l'attention. De plus, la pleine conscience pourrait activer le cortex cingulaire antérieur dorsal au début de l'apprentissage puis voir cette activation diminuer avec l'expérience, nécessitant alors moins d'effort puisque la compétence devient intégrée (Brefczynski-Lewis et al., 2007). Aussi, ils suggèrent que si la méditation permet une meilleure acceptation et donc conduit à améliorer les fonctions exécutives (Teper

& Inzlicht, 2013), il se pourrait aussi que la méditation, en améliorant les fonctions exécutives, faciliterait une meilleure acceptation, créant ainsi un cercle vertueux.

C. Effets cognitifs de l'acceptation : amélioration des fonctions exécutives

L'acceptation pourrait avoir des effets sur les fonctions cognitives et, notamment lorsqu'elle est entraînée par la méditation de pleine conscience, améliorerait le contrôle exécutif (Teper & Inzlicht, 2013). Celui-ci représente un ensemble de fonctions cognitives comprenant trois composantes principales : la flexibilité mentale (*shifting*), la mise à jour en mémoire de travail (*updating*) et l'inhibition des réponses automatiques ou non pertinentes (Miyake et al., 2000). Le contrôle exécutif est particulièrement important pour la régulation efficace des comportements impulsifs (Vohs et al., 2005), la performance cognitive (Schmeichel et al., 2018) et la régulation émotionnelle (Compton et al., 2008). Le test de Stroop (1935) est couramment utilisé pour évaluer l'inhibition et consiste à nommer la couleur de l'encre d'un mot tout en inhibant sa lecture automatique, illustrant ainsi la capacité à dépasser les automatismes cognitifs. Une étude (Teper & Inzlicht, 2013) a montré que les méditants obtiennent de meilleures performances au test de Stroop, principalement grâce à une meilleure acceptation plus que par une augmentation de l'attention portée aux erreurs. En effet, la dimension d'attention n'était pas corrélée de manière significative avec l'ERN contrairement à celle d'acceptation. Ces résultats suggèrent que les bénéfices de la méditation sur le contrôle exécutif sont davantage liés à l'affect qu'à l'attention, confirmant ainsi l'importance de la composante affective de l'ERN. Ainsi, l'acceptation accrue des états émotionnels peut constituer un mécanisme clé par lequel la méditation améliore le fonctionnement exécutif et non du simple fait du renforcement du contrôle de l'attention, comme on aurait pu le supposer intuitivement. L'hypothèse d'un meilleur contrôle exécutif a été confirmée chez les individus qui présentent une plus forte acceptation dite dispositionnelle (Cary et al., 2020), mesurée par la dimension de non-réactivité du *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ ; Baer et al.,

2006), facilitant ainsi une meilleure gestion des erreurs avec une moindre mobilisation neuronale, sans perte d'efficacité comportementale. Autrement dit, l'acceptation permettrait aux individus de mieux tolérer les erreurs et les états émotionnels négatifs, réduisant ainsi la mobilisation cognitive nécessaire à leur régulation.Par ailleurs, l'entrainement à l'acceptation est un facteur essentiel des interventions de pleine conscience pour réduire le vagabondage de l'esprit (Rahl et al., 2017).

Une limite importante à nos yeux concernant cette méta-analyse, et plus généralement dans les études traitant de l'acceptation, réside dans les instructions d'acceptation données aux sujets. En effet, celles-ci diffèrent d'une étude à l'autre, et n'évoquent pas une définition constante et une instruction invariablement identique de l'acceptation. Certaines définitions sont davantage axées sur les sensations corporelles alors que d'autres le sont sur les pensées et émotions. De même, certaines instructions insistent sur des notions différentes telles que la décentration, la conscience émotionnelle, le non-jugement, le non-évitement, non-réactivité, l'observation, la non-passivité ou encore la permission et l'ouverture aux émotions. Ce qui pose question sur la validité des mesures et des résultats. Si on ne demande pas toujours la même chose, comment comparer des mesures ? De même, comme soulevé précédemment, l'acceptation demande un apprentissage et un entraînement (Rood et al., 2012) avec au moins 1 à 2 semaines d'entrainement pour voir une amélioration (Lindsay et Creswell, 2017). Par conséquent, il n'est absolument pas certain que des sujets naïfs, aient pu véritablement mettre en place cette stratégie pendant les études.

En bref

Une diminution de l'activation du cortex cingulaire postérieur (CCP) et du précuneus a été observée lors de l'acceptation (Messina et al., 2021), suggérant que cette région pourrait constituer l'un des substrats neuronaux de ce processus.

L'ERN (négativité liée à l'erreur) pourrait servir de mesure neuronale de l'acceptation, spécifiquement dans sa composante de non-réactivité (Cary et al., 2020).

La pratique de l'acceptation semble renforcer le contrôle exécutif (Teper & Inzlicht, 2013) et, réciproquement, un meilleur contrôle exécutif favoriserait sa mise en œuvre (Cary et al., 2020).

La pratique de l'acceptation semble améliorer le contrôle exécutif (Teper & Inzlicht, 2013) et réciproquement, un meilleur contrôle exécutif favoriserait la mise en œuvre de l'acceptation (Cary, Flever, Racer, 2020).

1.2.3.4. L'acceptation, un médiateur de changement

Dans une intervention thérapeutique, un médiateur représente le processus qui permet le changement, c'est-à-dire l'ingrédient actif de la thérapie. L'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience et l'acceptation est aujourd'hui largement établie et l'intérêt des chercheurs se porte désormais sur l'identification des mécanismes sous-jacents à leurs effets thérapeutiques. En effet, il est indispensable d'identifier les mécanismes d'action des psychothérapies pour les optimiser, différencier les effets spécifiques des effets non-spécifiques, personnaliser les traitements et les valider théoriquement (Kazdin, 2007).

Des études ont mis en avant l'effet médiateur de l'acceptation dans les interventions basées sur la pleine conscience et l'acceptation (MABI) (e.g., Johannsen et al., 2022; Kocovski et al., 2009). Toutefois, une revue systématique et méta-analyse (Johannsen et al., 2022) souligne que bien que l'acceptation, la décentration ou la pleine-conscience soient effectivement médiateurs du changement, ils pourraient ne pas être spécifiques au MABI. En effet, ils pourraient être impliqués dans d'autres interventions thérapeutiques (e.g., TCC, thérapies centrées sur les émotions, etc). Ainsi, si l'acceptation apparaît comme un mécanisme

de changement robuste, elle pourrait dépasser le cadre des MABI et constituer un mécanisme thérapeutique plus général. Toutefois, c'est au sein des MABI que l'acceptation a été la plus théorisée comme médiateur de changement, notamment dans des modèles tels que la *Mindfulness to Meaning Theory* (Garland et al., 2015b, 2015a, MMT; 2017) et la *Monitor and Acceptance Theory* (MAT ; Lindsay & Creswell, 2017) que nous allons voir plus en détail dans les prochaines sections.

A. Les mécanismes de changement (médiateurs) dans les MABI

Les mécanismes de changement (médiateurs) dans les MBI

De nombreux chercheurs ont proposé des explications sur la manière dont les interventions de pleine conscience agissaient. La compétence de pleine conscience est apparue comme étant le principal médiateur des MBI (Feldman & Kuyken, 2019; Kabat-Zinn, 1990; Segal et al., 2002). Elle est communément modélisée comme étant composée de la régulation de l'attention et de l'acceptation (Bishop et al., 2004). Le développement des compétences d'observation et l'acceptation pourrait améliorer la mémoire autobiographique spécifique (Williams et al 2000), capacité à retrouver des souvenirs d'événements personnels spécifiques qui joue un rôle majeur dans la pensée analytique ruminative (Raes et al., 2006; Watkins & Teasdale, 2001, 2004). Pour Segal (2002) et Kabat-Zinn (1982), les compétences développées dans les MBI favorisent le développement de l'acceptation des expériences internes, lequel serait associé à des conséquences psychologiques bénéfiques.

Tableau 4. *Médiateurs principaux de pleine conscience identifiés dans les modèles théorico-empiriques (d'après Gu et al., 2015).*

Modèles théoriques	Mécanismes de Pleine conscience et MBI
Baer (2003)	Exposition, changement cognitif (décentration), self-management (augmentation des compétences de coping adaptatives), relaxation et **acceptation**
Brown et al (2007)	Insight (décentration), exposition, non-attachement (non-aversion & non-craving), amélioration du fonctionnement corps-esprit, fonctionnement intégré (se comporter de manière plus réfléchie)
Grabovac et al (2011) *(Modèle issus de la philosophie bouddhiste)*	**Acceptation**/compassion, régulation de l'attention, pratiques éthiques, non-attachement et non-aversion, croissance mentale (processus de réflexion narrative)
Hölzel (2011) *(Modèle neurobiologique)*	Régulation de l'attention, conscience corporelle, régulation des émotions (réévaluation, exposition, extinction et reconsolidation) et changement de perspective sur soi
Shapiro (2006)	Reperception (décentration), auto-régulation (stabilité du fonctionnement et adaptation au changement), flexibilité émotionnelle, cognitive et comportementale et exposition
Vago & Silbersweig (2012) *(Modèle neurobiologique)*	Conscience de soi, auto-régulation, auto-transcendance (connexion entre soi et les autres)

Note : Clarifications des mécanismes entre parenthèses.

Plusieurs modèles théorico-empiriques décrivant les mécanismes potentiels de pleine conscience ont été recensés (Gu et al., 2015) dont nous avons présenté la synthèse dans un tableau récapitulatif (voir Tableau 4) afin de fournir une vue d'ensemble des approches existantes. Cette revue systématique (Gu et al., 2015) a permis d'identifier les principaux médiateurs des approches basées sur la pleine conscience, avec des preuves solides concernant la réactivité cognitive et émotionnelle (i.e., le degré auquel un état de détresse léger réactive des schémas de pensées négatives) (Raes et al., 2009, p. 623) à modérées pour la pleine conscience et les pensées répétitives négatives (i.e., ruminations, inquiétudes)(PRN ; Baeyens, 2021; Ehring & Watkins, 2008) ainsi que des preuves préliminaires mais insuffisantes pour l'autocompassion et la flexibilité psychologique, soulignant toutefois les lacunes méthodologiques dans la plupart des études investiguées. Une revue systématique (Alsubaie et al., 2017) confirme les lacunes méthodologiques qui empêchent de tirer des conclusions définitives même si la rumination et la pleine conscience semblent représenter des médiateurs

de changement. Une autre revue systématique (Van der Velden et al., 2015) a conclu que les médiateurs des MBI pour la dépression étaient la pleine conscience, la rumination, l'inquiétude, la compassion ou la méta-conscience (*meta-awareness*). Enfin une revue de portée récente (*scoping review*) (Maloney et al., 2024) a identifié la pleine conscience, la décentration et l'autocompassion comme représentant les mécanismes qui permettent d'influencer la santé mentale et le bien-être dans les MBI.

Les mécanismes de changement (médiateurs) dans l'ACT

Des méta-analyses ont montré que l'acceptation était un médiateur de changement pour la santé mentale (Forman et al., 2012; Hesser et al., 2014; Rost et al., 2012; Wicksell et al., 2011), le fonctionnement des patients (Forman et al., 2012; Wicksell et al., 2011), la qualité de vie (Arch et al., 2012) et les changements comportementaux (Bricker et al., 2013). Ceci a été confirmé par une méta-analyse récente sur les médiateurs de l'ACT (Stockton et al., 2019) qui a montré que, si les 6 composants de l'hexaflexe constituent tous des processus de changement, l'acceptation occupe une place singulière. Elle se distingue nettement des mécanismes de changement mobilisés dans d'autres approches, telles que les TCC de 2ème vague, et apparait comme un levier principal et spécifique de transformation dans l'ACT, jouant un rôle central dans son efficacité thérapeutique.

Toutefois, une revue systématique et méta-analyse (Johannsen et al., 2022) indique que la spécificité des médiateurs de la thérapie ACT ne pouvait être établie et qu'ils pourraient être communs à d'autres thérapies. Par conséquent, des processus impliqués pourraient ne pas être exclusivement liés à ceux de l'hexaflexe. Par exemple une étude (Ong et al., 2019) a montré que l'autocompassion pourrait être un médiateur clé de l'ACT alors même qu'elle ne figure pas dans les processus de l'hexaflexe. De tels résultats peuvent introduire une remise en question des processus officiellement considérés comme clés dans la thérapie ACT (Arch et al., 2023).

Les mécanismes de changement (médiateurs) dans la TCD

Les mécanismes de changement potentiels en TCD reposeraient principalement sur la pleine conscience, l'action opposée (i.e.,), le ciblage comportemental et l'analyse en chaîne (i.e., analyser étape par étape une séquence d'événements menant à une conduite problématique pour repérer les leviers d'action) et la dialectique (i.e., la recherche d'un équilibre entre des pôles opposés dans comme l'acceptation et le changement) (Lynch et al., 2006). Ces composantes agiraient à travers plusieurs processus de transformation :

- L'exposition, la prévention de la réponse et l'extinction ou le masquage des réponses émotionnelles inadaptées, soutenus par la pleine conscience, l'action opposée et l'analyse en chaîne.
- L'apprentissage amélioré de nouvelles réponses plus adaptées face à des stimuli émotionnellement évocateurs, soutenu par la pleine conscience, la validation, l'action opposée, l'analyse en chaîne et la dialectique.
- L'amélioration du contrôle de l'attention, incluant l'orientation et la discrimination des stimuli ou des souvenirs, soutenu par la pleine conscience, l'analyse de la chaîne, et la dialectique.
- Le maintien de l'équilibre dans le traitement, soutenu par la dialectique.

Une revue récente (Rudge et al., 2020) met en avant que les médiateurs de changement dans la TCD reposent sur l'amélioration de le RE et du contrôle du comportement, notamment pour la colère dans le trouble de personnalité borderline (Neacsiu et al., 2010), l'acquisition de nouvelles compétences (e.g., pleine conscience) et de manière moins claire l'alliance thérapeutique, sans pour autant décrire plus précisément les mécanismes impliqués pour chacun d'eux.

B. L'acceptation médiateur de changement dans les MABI : Les modèles explicatifs

Les effets de l'acceptation sur les émotions positives : La Mindfulness to Meaning Theory (MMT)

La *Mindfulness-to-Meaning-Theory* (MMT ; Garland et al., 2015a, 2015b, 2017) est un cadre explicatif des effets bénéfiques de la pleine conscience sur la santé mentale positive (i.e., amélioration du bien-être), à travers un processus de transformation cognitive et émotionnelle. Plus précisément dans le MMT, l'acceptation favoriserait le *savouring* (ou la capacité à savourer) (i.e., capacité à apprécier et prolonger une expérience positive).

Selon ce modèle, l'activation du contrôle attentionnel face au stress favorise un processus de décentration des évaluations stressantes, permettant l'émergence d'un état métacognitif. Celui-ci induit ensuite un élargissement du champ de la conscience, incluant des informations sensorielles intéroceptives et extéroceptives jusque-là négligées. Ces données contextuelles nouvelles sont alors traitées et intégrées dans de nouvelles réévaluations adaptatives de soi et du monde, ce qui conduit finalement à une forme durable d'affect positif et à un sentiment de sens dans la vie (Garland et al., 2017). En d'autres termes, la pleine conscience transforme la relation à l'expérience en favorisant la décentration et la méta-conscience, lesquelles permettent le désamorçage des réponses automatiques et l'intégration de nouvelles informations contextuelles conduisant à plus d'affects positifs et de sens. Selon la *Mindfulness-to-Meaning Theory*, la pleine conscience favoriserait la réévaluation positive d'une part et la capacité à savourer d'autre part, elle-même conduisant à la transcendance de soi. Dans cette seconde hypothèse, l'acceptation, considérée comme essentielle au développement des émotions agréables, jouerait un rôle facilitateur dans le processus de *savoring* en permettant une attention accrue à un stimulus plaisant. Cette attitude d'acceptation

favoriserait un contact prolongé et intensifié avec l'expérience positive (Garland & Fredrickson, 2019).

L'acceptation médiateur de changement : Le modèle Monitor and Acceptance theory (MAT)

Selon le *Monitor and Acceptance Theory* (MAT ; Lindsay & Creswell, 2017), l'acceptation serait le mécanisme clé des interventions basées sur la pleine conscience (MBI : *Mindfulness Based Interventions*). Le MAT propose un cadre explicatif des effets des MBI, en adéquation avec le modèle de Bishop et al. (2004) et postule que les mécanismes principaux sont, d'une part, la régulation de l'attention (ou monitoring) qui permet de réguler son attention sur le moment présent (Chiesa et al., 2011), et, d'autre part, l'acceptation de l'expérience dudit moment. Précisons que la dénomination d'acceptation est ici employée comme terme large et générique (*umbrella term)*, englobant notamment les concepts proches tels que la non-réactivité, l'équanimité, le non-jugement, l'ouverture, la non-évaluation et le non-étiquetage (Lindsay & Creswell, 2017) pour décrire une orientation vers la réceptivité et la non-interférence avec les expériences du moment (Lindsay & Creswell, 2019). Ainsi, selon les auteurs, le monitoring améliore l'attention portée aux informations affectives, mais peut également augmenter la réactivité émotionnelle, tandis que l'acceptation, en modifiant la relation à l'expérience, contribue à réduire cette réactivité (Lindsay & Creswell, 2017). Par conséquent, les deux processus de régulation de l'attention et d'acceptation, expliquent les effets de la pleine conscience sur la cognition, les émotions et le stress (Lindsay & Creswell, 2015, 2017, 2019). Ils expliquent aussi la dynamique ascendante (*positive growth*) des interventions qui favorise la santé mentale positive, c'est-à-dire le bien-être (Lindsay & Creswell, 2015).

Des études empiriques ont montré que l'acceptation constitue un mécanisme essentiel de régulation émotionnelle, qui sous-tend les effets de réduction du stress des entrainements de

pleine conscience (Lindsay, Young, et al., 2018). Ces résultats s'appuient sur une méthodologie de démantèlement d'interventions qui consiste à isoler les composants d'une intervention afin d'identifier les éléments actifs d'un traitement (Britton et al., 2018; J. M. G. Williams et al., 2014). En supprimant l'entrainement à une compétence, on peut constater son rôle fondamental ou non dans la mesure des résultats. Ainsi, l'acceptation serait un mécanisme clé de la régulation émotionnelle et des interventions de pleine conscience, le contrôle de l'attention seul ne permettant pas d'améliorer la RE, et conduirait même à intensifier les affects, alors qu'en combinaison avec l'acceptation, il améliore la RE. Dès lors, la question se pose du rôle de l'acceptation seule, sans le monitoring, dans les interventions de pleine conscience. Cependant, à ce jour, celle-ci n'est pas enseignée de manière isolée (Lindsay & Creswell, 2017).

Récemment, une méta-analyse (Stein & Witkiewitz, 2020) a confirmé que l'acceptation était le composant actif des interventions basées sur la pleine conscience, efficace sur le stress par rapport au monitoring de l'attention seul (Chin, Lindsay, et al., 2019; Lindsay, Chin, et al., 2018; Lindsay, Young, et al., 2018). Par ailleurs, les auteurs suggèrent de chercher dans le futur à mieux définir et opérationnaliser l'acceptation pour comprendre les mécanismes de son effet sur les résultats.

1.2.3.5. Implications pour la compréhension des mécanismes de l'acceptation

D'un point de vue fonctionnel, l'acceptation semble améliorer le contrôle exécutif et favoriserait ainsi une forme de régulation, moins coûteuse en ressources cognitives, qui pourrait s'automatiser avec la pratique. L'acceptation semble mobiliser des circuits spécifiques distincts de ceux classiquement associés à la réévaluation cognitive par exemple. Alors que cette dernière s'appuie sur des processus top-down impliquant fortement les régions préfrontales, l'acceptation active davantage des structures limbiques et désactive le CCP, région clé du réseau du mode par défaut (DMN) impliqué dans la rumination et l'auto-

référentialité, favorisant ainsi une présence ouverte et non réactive à l'émotion. En parallèle, la modulation de l'ERN selon le type d'acceptation (dispositionnelle vs entraînée), suggère que cette compétence peut s'ancrer de manière progressive dans les circuits du contrôle de la performance, jusqu'à devenir plus automatique avec la pratique. Toutefois, ces apports doivent être considérés à l'aune de plusieurs limites méthodologiques. L'hétérogénéité des définitions et instructions relatives à l'acceptation dans les protocoles expérimentaux, ainsi que la naïveté fréquente des participants, fragilisent la validité externe et la comparabilité des résultats. Ces éléments plaident en faveur d'une clarification conceptuelle et d'une standardisation des protocoles d'induction de l'acceptation dans les recherches futures, en insistant notamment sur la nécessité d'un apprentissage progressif de cette stratégie.

1.2.4. Questions et objectifs de recherche

Comme mentionné précédemment, les limites méthodologiques associées aux outils de mesure de l'acceptation appellent à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats issus des études évaluant ce concept. En effets, des travaux ont mis en évidence un lien significatif entre acceptation et santé mentale (Kotsou et al., 2018), alors même que l'acceptation y était mesurée à l'aide d'outils présentant une faible validité conceptuelle.

Ces constats soulèvent une question centrale encore non résolue : L'acceptation constitue-t-elle réellement un prédicteur robuste de la santé mentale ? Ou bien son rôle aurait-il été surestimé en raison de ces imprécisions évaluatives ? En outre, dans quelle mesure l'acceptation contribue-t-elle à la santé mentale ? Et enfin, quelle est sa place aux côtés d'autres compétences liées aux émotions ?

Ces interrogations conduisent à un objectif central de recherche : clarifier la contribution spécifique de l'acceptation à la santé mentale. Plus précisément, il s'agit d'examiner dans quelle mesure l'acceptation représente un prédicteur distinct et pertinent, et de situer son influence relative parmi d'autres compétences émotionnelles reconnues, telles que la régulation émotionnelle, la tolérance à la détresse ou encore, la pleine conscience.

1.3. Facteurs potentiels favorisant l'acceptation

La capacité à réguler ses émotions de manière adaptative et plus précisément à les accepter semble varier considérablement d'un individu à l'autre. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette variabilité. Des facteurs individuels (i.e., caractéristiques propres à la personne stables ou non), contextuels (i.e., conditions spécifiques à une situation donnée) ou environnementaux (éléments extérieurs à l'individu) peuvent avoir un impact sur la capacité à réguler ses émotions de manière adaptée. Ces facteurs n'ayant à notre connaissance pas été explorés suffisamment précisément pour l'acceptation expérientielle telle que nous la définissons, nous allons présenter dans la section suivante les principaux facteurs individuels qui ont été relevés dans la littérature concernant la régulation émotionnelle, en nous intéressant plus particulièrement à celui de l'attachement.

1.3.1. Différences individuelles dans la RE

Les différences individuelles sont les caractéristiques internes, plus ou moins stables (traits) ou temporaires (états) qui peuvent influencer la manière de réguler ses émotions et l'utilisation de stratégies particulières. Nous allons explorer ces différences qui peuvent se manifester à un niveau biologique (e.g., génétique, neurobiologique)

Une revue (Hawn et al., 2015) relève que les travaux en génétique moléculaire ont mis en évidence que certaines variations naturelles dans les gènes, appelées **polymorphismes**, pourraient contribuer aux différences individuelles dans la capacité à réguler les émotions. L'un des plus étudiés est le polymorphisme du gène transporteur de la sérotonine (*Serotonin-transporter-linked- polymorphic-region*, 5-HTTLPR), associé à une réactivité de l'amygdale (Munafo, Brown et Hariri 2008). Une version spécifique de ce gène, appelée allèle court (S), est associée à une sensibilité accrue aux émotions négatives, une réduction de la tolérance à la détresse et une réactivité plus intense dans certaines zones cérébrales, comme l'amygdale. Un

autre gène fréquemment étudié, dénommé Cathecol-O-methlytransferase (COMT), présente une variation connue sous le nom de *Val158Met*, qui influence l'activité de la dopamine dans le cortex préfrontal. Certaines études suggèrent que la version « *Val* » pourrait être liée à une régulation émotionnelle moins efficace, tandis que la version « *Met* » favoriserait une meilleure régulation, bien que les résultats ne soient pas toujours convergents. D'autres gènes comme celui impliqué dans la synthèse centrale de la sérotonine (*Tryptophan Hydroxylase* 2, TPH2), celui modulant la réponse au stress (Neuropeptide Y, NPY) ou encore celui codant pour le récepteur de l'ocytocine (*Oxytocin Receptor*, OXTR) sont également étudiés pour leur rôle dans la sensibilité émotionnelle, la réactivité physiologique ou les tendances à recourir à certaines stratégies de régulation. Par ailleurs, ces effets peuvent varier selon le contexte culturel ou social, soulignant l'importance de considérer les interactions entre facteurs biologiques et environnementaux. Autrement dit, il convient de noter que la génétique n'est pas un déterminant figé mais constitue un facteur de vulnérabilité ou de risque, dont l'expression dépend étroitement du parcours de vie et des facteurs environnementaux de l'individu. Une revue (Canli et al., 2009) a mis en évidence que la RE possède une composante génétique modérée, les études sur les jumeaux estimant l'héritabilité entre 25 et 55 %, avec une influence plus marquée des facteurs environnementaux non partagés (e.g., traumatismes spécifiques) que des facteurs communs (e.g., être élevé dans la même famille). Cela suggère que l'expérience individuelle a un impact majeur sur la régulation des émotions.

Outre les réseaux impliqués dans la RE ou l'acceptation, décrits dans une précédente section (1.2.3.3) et susceptibles de présenter des différences individuelles, la réactivité émotionnelle, c'est-à-dire la réponse d'un individu face à une situation émotionnelle, peut varier d'une personne à l'autre. Cette réactivité initiale repose en partie sur des fondements neurobiologiques impliquant notamment l'activation de structures sous-corticales et en particulier de l'amygdale. Celle-ci peut être décrite comme l'équivalent d'un radar chargé de

détecter les stimuli pertinents pour attirer l'attention vers ceux-ci (Mikolajczak & Desseilles, 2012), celui-ci pouvant être plus ou moins sensible selon les individus. A nouveau, le degré de réactivité de l'amygdale résulte d'une interaction entre facteurs génétiques et environnementaux. Dans certains cas, l'amygdale peut devenir hyperréactive, réagissant de manière exacerbée à des signaux émotionnels plus faibles, un phénomène fréquemment observé en cas d'hypervigilance dans les troubles anxieux comme les phobies, l'anxiété sociale ou le trouble de stress post-traumatique notamment (Etkin & Wager, 2007).

Enfin, les données relatives aux différences individuelles dans le choix de stratégies de RE en fonction de l'âge ou du genre demeurent contradictoires (pour revue voir M. Matthews et al., 2021). Les attitudes et croyances relatives à une émotion peuvent influencer la manière dont cette émotion est régulée desdites émotions, préférant les émotions qu'ils trouvent utiles (Tamir, 2015).

1.3.1.1. Capacités dispositionnelles

Certaines aptitudes relativement stables et durables, mais souvent susceptible d'évolution, peuvent influencer la manière de réguler les émotions d'un individu. Parmi celles qui ont été fréquemment liées à la régulation des émotions, on retrouve les compétences émotionnelles, la tolérance à la détresse et le style d'attachement.

A. Intelligence et compétences émotionnelles

L'intelligence émotionnelle ou les compétences émotionnelles (Mikolajczak et al., 2020; Salovey & Mayer, 1990) est un cadre conceptuel qui s'intéresse plus particulièrement aux différences individuelles permettant de réguler les émotions (Peña-Sarrionandia et al., 2015). Trois niveaux de compétences envers les émotions s'articulent et interagissent, à savoir les connaissances (i.e., ce que l'individu sait sur ses émotions), les habiletés (i.e., la capacité à appliquer ces connaissances et mettre en œuvre des stratégies particulière) et les traits (i.e.,

disposition à se comporter d'une certaine manière en situation émotionnelle). Plus précisément, les compétences émotionnelles désignent un ensemble de capacités à identifier, comprendre, exprimer, réguler et utiliser ses propres émotions et celles d'autrui (Mikolajczak et al., 2020). Ainsi, l'identification des émotions consiste à reconnaître avec précision ses propres états affectifs ainsi que ceux d'autrui, la compréhension des émotions implique de saisir leur valeur informative et l'expression des besoins sous-jacents, l'expression désigne la manière dont les émotions se manifestent et s'énoncent de manière plus ou moins appropriée, la régulation désigne l'aptitude à moduler l'intensité ou la durée d'une émotion selon le contexte et enfin, l'utilisation les émotions consiste à mobiliser ses états affectifs comme ressources pour orienter ses pensées et comportements vers des objectifs constructifs. Les compétences émotionnelles incluent expressément la régulation des émotions mais elles agissent en interaction sur elle, la renforçant ou l'entravant selon leur niveau et pouvant orienter l'utilisation de stratégies dites adaptatives. Ainsi, l'identification des émotions conduit à s'y connecter plutôt qu'à les éviter et constitue, avec la compréhension des émotions, des compétences préliminaires à la RE (Berking et al., 2008; Gratz & Roemer, 2004). L'expression émotionnelle se doit d'être adaptée au contexte (Bonanno et al., 2004) et peut donc nécessiter une modulation. Et concernant l'utilisation, elle invite à se servir des émotions pour atteindre des objectifs et guider la prise de décision et peut représenter, en ce sens, une forme de régulation ou la guider.

B. La tolérance à la détresse

La tolérance à la détresse (TD) représente la capacité à supporter des états psychologiques aversifs (Simons & Gaher, 2005). Elle est associée à une détresse émotionnelle plus élevée et à des stratégies de régulation émotionnelle peu efficaces (Iverson et al., 2012), telles que l'évitement ou la fuite (Iverson et al., 2012; Schloss & Haaga, 2011). Les modèles dispositionnels de RE s'appuient sur des capacités facilitant la régulation (e.g. Berking & Whitley, 2014). Parmi elles, une capacité pertinente dans les deux modèles dispositionnels

(Berking & Whitley, 2014; Gratz & Roemer, 2004), à la fois d'un point de vue théorique et empirique, est la tolérance à la détresse. Elle semble favoriser le recours à des stratégies de désengagement (i.e., évitement expérientiel, inquiétude, rumination) et entraver celui à l'acceptation. En d'autres termes, une forte tolérance à la détresse semble liée à une position orientée vers l'approche des expériences internes aversives (Naragon-Gainey et al., 2017).

C. L'autocompassion

L'autocompassion est définie comme une attitude émotionnelle positive envers soi-même (Neff, 2003a) et comprend trois composantes fondamentales : (1) la bienveillance envers soi, qui consiste à faire preuve de douceur et de compréhension plutôt que de jugement ou d'autocritique, (2) le sentiment d'humanité commune, qui implique de reconnaitre que ses propres expériences, même douloureuses, font partie intégrante de l'expérience humaine, partagée par tous et (3) la pleine conscience, qui correspond à l'accueil équilibré des expériences internes sans s' identifier à celles-ci. Bien que distinctes, ces trois dimensions sont interconnectées et tendent à s'enrichir mutuellement, facilitant l'accès à une attitude auto-compassionnée.

L'autocompassion est associée à une diminution des affects négatifs et de la réactivité émotionnelle (Leary et al., 2007), à moins de difficultés de régulation, notamment en termes d'acceptation, de clarté émotionnelle ou d'accès aux stratégies (Finlay-Jones et al., 2015). Toutefois, des résultats plus nuancés suggèrent qu'elle n'est pas liée à l'ensemble des compétences de régulation et que, seule la tolérance aux émotions négatives semble médiatiser son effet sur la dépression (Diedrich et al., 2017). En réponse à ces divergences, certains auteurs proposent aujourd'hui de concevoir l'autocompassion comme une stratégie d'autorégulation (Diedrich et al., 2014; Hansen et al., 2021). Des études ont examiné les liens spécifiques de l'autocompassion avec certaines stratégies ou compétences de régulation, et serait ainsi négativement corrélée à la rumination (Odou & Brinker, 2014) et positivement à la réévaluation

cognitive (Allen & Leary, 2010; Chishima et al., 2018). Une étude récente a même pu démontrer que l'autocompassion pourrait constituer un socle fondamental au développement de la compétence de régulation émotionnelle, et faciliter l'adoption de stratégies adaptées (Paucsik et al., 2023). En effet, selon les auteurs, elle pourrait constituer un facteur clé dans la RE et prédire positivement le recours à l'acceptation.

1.3.1.2. Style d'attachement

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969, 1973, 1980) postule que les liens affectifs précoces sont essentiels au développement émotionnel. Ces interactions façonnent des modèles internes opérants (MIO), des représentations mentales de soi et des autres, qui influencent les relations interpersonnelles et la manière dont l'individu perçoit et régule ses émotions tout au long de sa vie. La structure des MIO va déterminer la qualité de l'attachement en termes de sécurité ou d'insécurité.

La qualité de l'attachement, sécure ou insécure, dépend de la cohérence, de la sensibilité et de la disponibilité des réponses apportées par les figures d'attachement principales (e.g., mère ou père). Face à une menace (physique ou psychologique), le système d'attachement s'active automatiquement pour favoriser la proximité avec la figure protectrice et favoriser un sentiment de sécurité. Les stratégies primaires d'attachement sont des réponses adaptatives, qui, chez le jeune enfant, consistent à chercher de la proximité et du soutien auprès de la figure d'attachement afin d'obtenir protection et sécurité physique et affective. Elle permet un attachement dit sécure. Cependant, en cas de réponse non adaptative répétée (e.g., indisponibilité, rejet, imprévisibilité) de la figure d'attachement, l'enfant doit développer des stratégies secondaires afin de s'adapter à ce contexte insécurisant ou imprévisible (Main, 1990) et maximiser les chances d'interaction. Deux formes de stratégies secondaires sont alors identifiées :

- L'hyperactivation du système d'attachement, qui est caractérisée par une intensification de l'expression émotionnelle de détresse et une recherche anxieuse de proximité. Elle est associée à l'anxiété d'attachement.
- La désactivation du système d'attachement, qui repose sur une inhibition des besoins d'attachement, une minimisation de la détresse et une valorisation de l'autonomie. Elle est liée à l'évitement d'attachement.

Si ces stratégies secondaires ont initialement une fonction adaptative dans un contexte précis, elles peuvent s'internaliser et constituer une réponse rigide dans des situations de détresse à l'âge adulte. Ainsi, les trois stratégies d'attachement identifiées chez l'enfant (Cassidy, 1994; Main, 1990) peuvent évoluer à l'âge adulte en trois profils distincts tels que la sécurité, l'anxiété et l'évitement d'attachement qui forment des tendances de réponses en cas de détresse lorsque le système d'attachement est sollicité. Cependant, la qualité d'attachement n'est pas figée et peut évoluer et se transformer avec le temps et de nouvelles relations. Les modèles de l'individu intègrent ces évolutions (Miljkovitch et al., 2015) qui constituent alors des facteurs de protection ou de vulnérabilité (Miljkovitch et al., 2020; Touati et al., 2022).

Mikulincer et Shaver (2019) ont dressé un aperçu des liens étroits entre attachement et régulation émotionnelle. Ainsi, les personnes à l'attachement principalement sécure disposent d'une régulation émotionnelle flexible, ouverte et adaptée. Elles utilisent des stratégies constructives comme la réévaluation cognitive, la résolution de problèmes ou la recherche de soutien, tout en restant ouvertes à leurs émotions, en les exprimant librement et en les vivant pleinement sans les modifier. À l'inverse, les personnes présentant un attachement principalement insécure de type anxieux ont tendance à amplifier l'intensité de leurs affects négatifs, dans le but d'activer la proximité avec autrui. Leur régulation repose alors sur la rumination, l'hypervigilance aux signaux menaçants et une focalisation sur leur propre détresse, souvent au détriment de l'efficacité adaptative. Du point de vue neurobiologique, cet

attachement est associé à une hyperactivation de l'amygdale et du cortex cingulaire antérieur (CCA). En revanche, les personnes à l'attachement principalement insécure de type évitant cherchent à inhiber ou supprimer leurs processus émotionnels, en recourant au désengagement attentionnel ou à des formes de suppression émotionnelle. Si ces stratégies peuvent permettre une apparente maîtrise à court terme, elles se révèlent coûteuses et peu robustes à long terme, notamment en situation de stress. Physiologiquement, ces individus principalement évitants présentent une réactivité accrue du système nerveux autonome, traduisant une détresse latente non exprimée. Ces données confirment la pertinence du cadre théorique de l'attachement pour comprendre les différences individuelles dans la capacité de régulation émotionnelle.

Des travaux récents (Girme et al., 2021) ont proposé une intégration entre les stratégies d'attachement et la classification des stratégies de RE de Naragon-Gainey (2017), que nous avons examinées en détail dans une section précédente (voir la section 1.1.4.3). En bref, ce modèle distingue les stratégies de RE selon leur degré d'engagement avec l'émotion (engagement adaptatif, excessif ou désengagement). Cette articulation avec ce modèle permet d'offrir un cadre unifié qui fait correspondre les stratégies de régulations émotionnelles à celles d'attachement, suggérant que chaque catégorie de stratégie repose sur des profils d'attachement différents. Ainsi, selon le modèle de Girme (2021), l'attachement sécure est relié aux stratégies d'engagement, l'attachement évitant aux stratégies de désengagement et d'hyporégulation des émotions alors que l'attachement anxieux est relié aux stratégies de persévération cognitive et d'hyperactivation.

Ce modèle (Girme et al., 2021) apporte un cadre conceptuel pour comprendre comment des stratégies spécifiques, telles que l'acceptation, s'inscrivent dans une dynamique plus large. En effet, l'acceptation, considérée comme une stratégie d'engagement, serait favorisée par un attachement principalement sécure, en opposition aux stratégies de désengagement ou d'hyperactivation typiques des attachements principalement insécures.

***Tableau 5**. Correspondance entre les modèles de Naragon-Gainey (2017) et Girme (2021).*

Modèle	Modèle Naragon-Gainey (2017)	Modèle Girme (2021)	Exemple de stratégies de RE incluses
Caractéristiques	Désengagement	Évitement d'attachement	Distraction Évitement expérientiel Évitement comportemental Suppression
	Engagement adaptatif	Attachement sécure	(Résolution de problème) Acceptation Réévaluation Pleine conscience
	Persévération cognitive aversive (Engagement excessif)	Anxiété d'attachement	Ruminations Inquiétudes

1.3.2. Facteurs contextuels dans la RE

Les facteurs contextuels représentent les conditions ou circonstances spécifiques à une situation donnée, susceptibles de moduler la réponse de l'individu. Transitoires et changeantes, elles influencent la mise en œuvre d'un comportement dans l'instant, plutôt indépendamment de traits stables. Une stratégie de RE n'est pas adaptée ou inadaptée en soi, c'est plutôt l'adéquation à un contexte qui va déterminer sa valeur adaptative. Ainsi, des stratégies a priori inadaptées peuvent être fonctionnelles si elles sont utilisées de manière flexibles et adaptée à un contexte particulier (Bonanno et al., 2004; C. Cheng, 2001; Kashdan & Rottenberg, 2010).

Une méta-analyse (M. Matthews et al., 2021) a démontré que des facteurs contextuels liés à l'émotion ressentie elle-même pourraient influencer la régulation émotionnelle et notamment le choix d'une stratégie. Ainsi des tailles d'effet ont été calculées et des associations significatives ont été révélées en ce qui concerne principalement l'intensité de l'émotion (r=.61), sa valence (r=.41) et sa nature (r=.20). Par exemple, il a été démontré (Scheibe et al., 2015; Sheppes et al., 2011, 2014; Suri et al., 2018) que **l'intensité d'un stimulus** est un facteur contextuel qui va moduler le choix d'une stratégie et l'orienter plutôt vers une stratégie adaptative (e.g., réévaluation cognitive) ou inadaptée (e.g., distraction). Ainsi, en contexte de stimuli à haute intensité, des stratégies dites inadaptées telles que la distraction seront préférées

car elles pourront inhiber plus efficacement et rapidement l'apparition d'information émotionnelles intenses (Sheppes & Gross, 2011). La nature de l'émotion pourrait également influencer le choix de la stratégie, par exemple, le dégoût pourrait favoriser la stratégie de distraction (G. Young & Suri, 2019) et les tactiques de réévaluation pourraient changer selon le ressenti de peur ou de colère (Vishkin et al., 2020). Enfin, la valence va avoir une influence sur le choix d'une stratégie avec une préférence pour approcher les stimuli positifs et éviter les négatifs (Isaacowitz et al., 2015, 2018).

L'objectif de régulation émotionnelle, c'est-à-dire l'état émotionnel souhaité, peut fortement influencer le choix de la stratégie (r = .70), comme l'a démontré une méta-analyse (M. Matthews et al., 2021). Les objectifs de régulation à long terme conduisent à privilégier des stratégies dite adaptatives comme la réévaluation (Sheppes et al., 2014) et l'orientation vers un but de modulation de l'émotion, à la baisse ou à la hausse, peut également orienter le choix de la stratégie (Millgram et al., 2019). De même, les objectifs plus situationnels peuvent guider le choix de la stratégie de RE car les individus vont privilégier les émotions qui vont les aider à atteindre un objectif particulier, que ce soit des émotions agréables ou désagréables, comme par exemple la peur lorsqu'il s'agit d'éviter une situation dangereuse (Tamir & Ford, 2009).

1.3.3. Facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux sont des éléments externes à l'individu, stables et durables de son environnement physique, social ou culturel. Les déterminants culturels notamment peuvent influencer la RE, notamment orientant le choix de stratégies. Peu d'études comparatives ont été réalisées mais certaines ont pu mettre en avant que l'intention de réguler pouvait varier selon les cultures. Par exemple, les américains favoriseraient davantage la capacité à savourer que des participants asiatiques (Ma et al., 2018), tandis que des participants indiens utiliseraient plus fréquemment la réévaluation pour réguler des images à haute intensité émotionnelle que les américains (Mehta et al., 2017). Une méta-analyse (Song et al., 2024) a

identifié (N=21) que les personnes issues de l'est-asiatique utilisaient davantage la suppression et l'évitement que les occidentaux.

La régulation émotionnelle se construit au cours du développement, en interaction avec l'environnement familial. Une méta-analyse récente (Zimmer-Gembeck et al., 2022) portant sur 53 études a montré que les parents avec une meilleure capacité de RE ont des comportements parentaux plus positifs et des enfants qui régulent également mieux leurs émotions. Morris et ses collaborateurs (2007) ont proposé un modèle tripartite intégratif décrivant trois voies principales par lesquelles les familles influencent la régulation émotionnelle des enfants : (1) l'observation des comportements parentaux de régulation (e.g., modeling, contagion émotionnelle), (2) les pratiques éducatives spécifiques (e.g., coaching émotionnel ou au contraire invalidation des émotions), et (3) le climat émotionnel global du foyer (e.g., attachement, style parental, expression des émotions, relations familiales). Ainsi, les enfants développent des stratégies adaptatives ou inadaptées en fonction de la manière dont leurs émotions sont reconnues, accompagnées ou non dans le cadre familial. Ces effets sont modulés par des variables individuelles telles que le tempérament, le genre ou le niveau de réactivité émotionnelle. Les pratiques parentales et la qualité des relations d'attachement apparaissent être des déterminants au cœur de la construction de la RE.

1.3.4. Conclusion

Nous avons souligné que la régulation émotionnelle et le choix de stratégies particulières sont influencés par de nombreux facteurs intra- et interpersonnels, permettant de mieux comprendre pourquoi certains individus éprouvent plus de facilités ou de difficultés à réguler leurs émotions. Parmi ces facteurs, la tolérance à la détresse ou l'autocompassion pourraient éclairer la capacité à opter ou non pour l'acceptation, tandis que le style d'attachement constitue un déterminant de la RE qui semble particulièrement pertinent, susceptible de fournir un cadre explicatif à la capacité des individus à accueillir leurs émotions.

Par ailleurs, des facteurs contextuels et environnementaux peuvent également ouvrir des pistes pour expliquer l'activation d'une stratégie particulière.

1.3.5. Questions et objectifs de recherche

Comme évoqué précédemment, la régulation émotionnelle est étroitement liée et influencée par des facteurs individuels tels que les modèles d'attachement. Dans la mesure où l'acceptation constitue une forme de régulation émotionnelle, et plus précisément une stratégie de régulation comme nous l'avons vu dans une section précédente (voir section 1.1.4.3), il apparait légitime de s'interroger et sur les liens qu'elle pourrait entretenir avec l'attachement.

Ces considérations soulèvent plusieurs questions de recherche : Le style d'attachement influence-t -il la capacité à accepter ses émotions ? L'attachement peut-il conditionner l'accès ou la mise en œuvre efficace de la stratégie d'acceptation ?

Ces interrogations conduisent à un objectif central de recherche : examiner la nature et l'ampleur du lien entre acceptation expérientielle et attachement, afin de mieux comprendre dans quelle mesure les styles d'attachement peuvent faciliter ou entraver le recours à l'acceptation comme stratégie de régulation émotionnelle.

Par ailleurs, d'autres facteurs individuels tels que la tolérance à la détresse ou l'autocompassion pourraient moduler l'accès à l'acceptation expérientielle. Toutefois, ces dimensions ont été peu explorées dans la littérature, et il est probable que d'autres variables puissent également intervenir dans ce processus.

Ces éléments conduisent à plusieurs questions de recherche : Quel est le rôle de la tolérance à la détresse dans le recours à l'acceptation ? L'autocompassion joue-t-elle un rôle dans la capacité à accepter ses émotions ? Peut-on identifier d'autres facteurs susceptibles d'influencer ou de modérer l'utilisation de l'acceptation comme stratégie de régulation émotionnelle ?

Ces interrogations orientent un objectif secondaire de cette recherche : examiner les facteurs susceptibles d'influencer ou de faciliter l'acceptation expérientielle, en vue d'une meilleure compréhension des conditions dans lesquelles cette stratégie peut être mobilisée de manière efficace.

CONCLUSION ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX

1.3.6. Résumé des points clés de la revue de littérature.

L'acceptation expérientielle se définit communément comme un processus actif d'ouverture envers ses propres expériences internes, sans chercher à les modifier, les contrôler ou les éviter, même lorsqu'elles sont désagréables. Elle est au cœur des approches de TCC de 3ème vague (e.g., MBCT, MBSR, ACT, DBT) et a été conceptualisée comme une stratégie de régulation émotionnelle (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Pour autant, sa conceptualisation demeure parfois imprécise et la compréhension fine des mécanismes qui la sous-tendent reste à approfondir.

Plusieurs instruments utilisés pour évaluer l'acceptation, notamment l'*Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II ; Bond et al., 2011) ou des sous-échelles de régulation émotionnelle ou de pleine conscience, présentent pour certaines d'importantes limites méthodologiques, tant sur le plan conceptuel que psychométrique. Ils confondent fréquemment l'acceptation avec des variables proches comme l'évitement expérientiel ou la détresse psychologique, entraînant un risque de redondance avec les symptômes qu'elles sont censées prédire (Gámez et al., 2011). L'acceptation est généralement associée à des effets bénéfiques sur la santé mentale (e.g., Kotsou et al., 2018) et constitue un mécanisme de changement central dans les approches basées sur la pleine conscience et l'acceptation. Par ailleurs, des travaux prometteurs explorent ses substrats et effets neurobiologiques et cognitifs, offrant des pistes pour comprendre les processus expliquant ces bénéfices. Néanmoins, les variations dans sa conceptualisation et son opérationnalisation, ainsi que l'usage d'instruments aux limites méthodologiques avérées, imposent de nuancer l'interprétation des résultats.

Enfin, des facteurs individuels, contextuels et environnementaux peuvent influencer la régulation émotionnelle en général et le recours à stratégies particulières. Sur le plan individuel,

on retrouve notamment des capacités telles que les compétences émotionnelles, la tolérance à la détresse (Naragon-Gainey et al., 2017) , l'autocompassion (Paucsik et al., 2023) ou encore le style d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2019). Cependant, leurs liens spécifiques avec l'acceptation demeurent peu explorés.

1.3.7. Justification des objectifs de la recherche de la thèse.

Malgré l'essor des approches thérapeutiques fondées sur l'acceptation, notamment dans les interventions issues de la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales (e.g., ACT, MBCT, MBSR), les mécanismes précis par lesquels l'acceptation contribue à la régulation émotionnelle et à la santé mentale restent encore insuffisamment compris. Les travaux existants se sont principalement centrés sur l'évaluation de l'efficacité de l'acceptation en tant que stratégie globale, mais ont peu exploré la dynamique expérientielle et les processus fins impliqués. Par ailleurs, les limites identifiées dans la littérature ont orienté la définition des objectifs de la présente thèse.

1.3.7.1. Lacune 1 : Clarifier la conceptualisation et l'opérationnalisation de l'acceptation

Des difficultés conceptuelles ont été soulignées quant à la validité de contenu (i.e., ce que contient l'acceptation), la validité structurelle mais aussi la validité convergente et discriminante (i.e., distinction avec autres concepts proches), suggérant qu'un travail approfondi sur le concept même d'acceptation reste nécessaire (J. C. Williams & Lynn, 2010). De plus, la mise en œuvre des stratégies sous forme de tactiques concrètes (Gross, 2015a) est recommandée. Celles-ci pouvant différer selon les émotions, elles devraient être étudiées pour une émotion spécifique, ce qui est rarement le cas (Southward et al., 2019). Enfin, les données qualitatives explorant l'expérience vécue de l'acceptation demeurent rares, ce qui freine la

compréhension fine de ce phénomène et limite le développement de modèles explicatifs (Jando & Dionne, 2024).

Objectif 1 : Comprendre comment l'acceptation s'opérationnalise (modéliser, l'acceptation, identifier ses composantes, comprendre son fonctionnement, ce qui la rend accessible et efficace et comment).

Objectif 2 : Mieux comprendre la relation acceptation/évitement, clarifier leur articulation.

1.3.7.2. Lacune 2 : Prudence d'interprétation des études évaluant l'acceptation du fait de limites méthodologiques importantes d'échelles de mesure

Les instruments actuels d'évaluation de l'acceptation, tels que l'AAQ-II (Bond et al., 2011), présentent des limites conceptuelles et psychométriques importantes, notamment la confusion avec l'évitement expérientiel et la détresse psychologique (Gámez et al., 2011), avec l'acceptation de la situation plutôt que celle de l'expérience interne ou encore avec la non-acceptation qui n'est pas l'exact opposé de l'acceptation elle-même. Ces lacunes compromettent la validité des résultats des études qui se sont basées sur ces échelles pour mesurer l'acceptation. Ainsi, on peut se demander si l'acceptation expérientielle a réellement un effet important sur le bien-être et la santé mentale.

Objectif 3 : clarifier la contribution spécifique de l'acceptation sur la santé mentale (prédicteur, influence relative)

1.3.7.3. Lacune 3 : facteurs influençant la capacité d'acceptation

Les différences individuelles dans la capacité d'accéder et de mettre en œuvre la stratégie d'acceptation demeurent peu explorées. Il serait pertinent d'examiner les caractéristiques individuelles susceptibles d'influencer la mobilisation de cette une stratégie et

le degré de succès de sa mise en œuvre (Troy et al., 2010) ainsi qu'aux facteurs de risque transdiagnostiques qui peuvent y être associés (Gross, 2015a). Les liens entre attachement et régulation émotionnelle ont déjà été établis et fait l'objet de nombreuses recherches. Cependant, le lien de l'attachement avec des stratégies particulières a été encore peu exploré. Plus encore, le lien entre attachement et la stratégie d'acceptation

Objectif 4 : Examiner les facteurs susceptibles d'influence l'acceptation.

Objectif 5 : Examiner la nature / ampleur de lien entre acceptation et attachement.

En cherchant à explorer et clarifier un concept et sa mise en œuvre, cette thèse s'intéresse à l'acceptation en tant que stratégie de régulation des émotions et vise à répondre à un double enjeu théorique et clinique : combler un manque scientifique en proposant une analyse empirique approfondie de l'acceptation de l'anxiété, et fournir des bases solides pour optimiser les interventions basées sur l'acceptation dans la pratique clinique.

1.3.8. Présentation des études empiriques de la thèse

Afin de répondre aux lacunes identifiées dans la littérature et d'approfondir la compréhension de l'acceptation expérientielle de l'anxiété, cette thèse s'articule autour de trois études empiriques complémentaires. La première, de nature quantitative, a examiné le rôle prédictif de l'acceptation, comparativement à d'autres facteurs liés à la régulation émotionnelle (e.g., tolérance à la détresse, décentration, évitement expérientiel, régulation de l'attention, compétences émotionnelles) sur la santé mentale, c'est-à-dire sur le bien-être, les symptômes anxieux et dépressifs. La deuxième étude quantitative a exploré les liens entre acceptation et style d'attachement, ainsi que le rôle médiateur de la tolérance à la détresse. Enfin, la troisième étude, qualitative et conduite selon l'approche de la Grounded Theory (Corbin & Strauss, 2015), s'est attachée à décrire et modéliser, à partir de l'expérience vécue des participants, le processus expérientiel de l'acceptation de l'anxiété ainsi que les facteurs susceptibles de l'influencer et les conséquences perçues qui en découlent.

PARTIE 2 – ÉTUDES EMPIRIQUES

Chapitre 1. L'acceptation, meilleur prédicteur de santé mentale parmi plusieurs compétences émotionnelles : une étude quantitative

Julie Ribeyron[1], Rebecca Shankland[2], Christophe Leys[3] et Nathalie Duriez[1]

D'après un article publié en 2025 dans la revue scientifique internationale à comité de lecture *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/cbs0000430

[1] Université Paris 8, LPPC, Saint-Denis, FRANCE

[2] Université Lumière Lyon 2, laboratoire DIPHE, Bron, France

[3] Université libre de Bruxelles, Bruxelles, BELGIQUE

© Société canadienne de psychologie, 2025. Ce document n'est pas la copie officielle et peut ne pas reproduire exactement le document officiel publié dans la revue. L'article final est disponible, dès sa publication, à l'adresse suivante : 10.1037/cbs0000430

© American Psychological Association, 2025. Ce document n'est pas la copie officielle et peut ne pas reproduire exactement le document officiel publié dans le journal de l'APA. L'article final est disponible, dès sa publication, à l'adresse suivante : 10.1037/cbs0000430

1.1. Résumé

De nombreux concepts comme les compétences émotionnelles, la régulation émotionnelle, l'acceptation, la tolérance à la détresse, l'évitement expérientiel, la décentration et l'autorégulation de l'attention s'inscrivent dans un même réseau nomologique et sont au cœur des approches de pleine conscience et d'acceptation. De précédentes études ont démontré l'association de ces concepts à la santé mentale et plus particulièrement aux troubles anxieux et dépressifs, ainsi qu'au bien-être. Cependant, ils ont rarement été comparés les uns aux autres pour évaluer leur pertinence et leur caractère prédictif respectifs. Comme l'acceptation semble constituer le processus central et actif des approches de pleine conscience et d'acceptation, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle chaque concept serait lié de manière indépendante à la santé mentale, et l'acceptation serait celui ayant la plus grande influence. Un total de 321 participants recrutés au sein de la population générale francophone, non clinique, ont rempli de manière anonyme des échelles d'anxiété, de dépression, de bien-être, de compétences émotionnelles, de régulation émotionnelle, d'acceptation, de tolérance à la détresse, d'évitement expérientiel, de décentration et d'autorégulation de l'attention. Des analyses de régression multiples hiérarchiques ont été menées afin d'évaluer et comparer le caractère prédictif de ces concepts. Nos résultats ont démontré que l'acceptation était le meilleur prédicteur de l'anxiété ($B = -0{,}34$, $p < 0{,}001$), de la dépression ($B = -0{,}36$, $p < 0{,}001$) et du bien-être ($B = 0{,}40$, $p < 0{,}001$), par rapport à tous les autres facteurs évalués.

Contrairement à l'acceptation, l'évitement expérientiel ne permettait pas de prédire la santé mentale dans les modèles incluant tous les autres prédicteurs. Ainsi, l'acceptation serait le meilleur prédicteur de la santé mentale et du bien-être, donnant encore plus de poids à l'influence majeure qu'elle exerce sur les troubles émotionnels et le bien-être. De plus, nos résultats suggèrent que l'acceptation et l'évitement expérientiel seraient des concepts distincts.

En outre, les modèles de médiation démontrent que l'autorégulation de l'attention et la décentration semblent jouer le rôle de compétences intermédiaires vers l'acceptation.

1.2. Introduction

La santé mentale représente un enjeu mondial majeur et une priorité de santé publique. Ainsi, comme le souligne l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), "*la santé mentale fait partie intégrante de notre santé et de notre bien-être général et constitue un droit humain fondamental* (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). La santé mentale positive fait référence à l'absence de symptômes de troubles mentaux et à la présence d'un bien-être subjectif (par exemple, Doll, 2008 ; Greenspoon & Saklofske, 2001 ; Keyes, 2002, 2005, 2007 ; Suldo & Shaffer, 2008) . En France, les troubles émotionnels ont une prévalence sur la vie entière de 21 % pour les troubles anxieux et de 15 à 20 % pour les troubles dépressifs (INSERM, 2019, 2021). La pandémie de COVID-19 n'a fait qu'exacerber ce problème, avec une augmentation observée de 25 % des symptômes anxieux et dépressifs (Kupcova et al., 2023).

La recherche empirique a identifié plusieurs facteurs qui contribuent aux troubles anxieux et dépressifs et qui peuvent être abordés en termes de prévention ou de traitement. Ces concepts, souvent proches et interdépendants, ont souvent été reconnus comme faisant partie du même réseau nomologique et comme un aspect central des approches basées sur la pleine conscience et l'acceptation dans la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales (TCC). Au cœur de ces approches se trouvent des construits, fréquemment étudiés ensemble et associés à la santé mentale, tels que : les compétences émotionnelles, la régulation des émotions, l'acceptation, l'évitement expérientiel, la tolérance à la détresse, la régulation de l'attention et la décentration. Ces concepts seront examinés un par un afin d'expliquer leurs spécificités et leurs associations.

Tout d'abord, les compétences émotionnelles reflètent la manière dont les individus identifient, comprennent, régulent, expriment et utilisent leurs émotions et celles des autres (Mikolajczak et al., 2020). De nombreuses études ont démontré que les compétences émotionnelles étaient positivement liées au bien-être (Schutte et al., 2002), à la satisfaction de vie (Gallagher & Vella-Brodrick, 2008; Gannon & Ranzijn, 2005), à la santé physique (Mikolajczak et al., 2015) et à la qualité des relations sociales (Lopes et al., 2004). Il a également été démontré qu'elles étaient négativement liées à l'anxiété, au stress, à la dépression, à l'épuisement professionnel et aux affects négatifs (Ciarrochi et al., 2002; Downey et al., 2008; Mikolajczak et al., 2007). De faibles compétences émotionnelles ont également été associées à une plus grande consommation de drogue, de tabac et d'alcool (Kun & Demetrovics, 2010). En effet, les compétences émotionnelles sont considérées par l'Organisation mondiale de la Santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2003) comme l'une des principales catégories de compétences psychosociales qui devraient être développées pour la promotion de la santé (i.e., le bien-être physique, mental et social).

L'une des compétences émotionnelles qui a reçu le plus d'attention de la part des chercheurs est la régulation des émotions (RE). Ce concept fait référence à tous les processus physiologiques, cognitifs ou comportementaux (conscients et inconscients ; contrôlés et incontrôlés) qui modifient les réponses émotionnelles et/ou leur intensité (Gross & Thompson, 2007). La régulation des émotions est un facteur important de la santé mentale et du bien-être (Gross & Levenson, 1997; Watkins & Brown, 2002), de l'adaptation d'une personne à son environnement (Cicchetti et al., 1995; Thompson, 1991), du bien-être physique (Suls et al., 1995; Suls & Wan, 1993) et de relations sociales satisfaisantes (Lopes et al., 2005). Inversement, la dysrégulation émotionnelle, par l'utilisation de stratégies inadaptées, conduit au développement, au maintien et à l'aggravation de nombreux troubles psychologiques (Aldao

et al., 2010; Aldao & Dixon-Gordon, 2014; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012b; Berking & Wupperman, 2012; Carpenter & Trull, 2013; Finlay-Jones et al., 2015; Gross & Muñoz, 1995; Kring & Sloan, 2010; Lavender et al., 2015; Mennin et al., 2007; Reyes et al., 2019; Tull et al., 2007; Werner & Gross, 2010).

Étudiée comme une stratégie adaptative de régulation des émotions (Hayes, Strosahl, et al., 1999; Heffner et al., 2003), l'acceptation expérientielle consiste à être ouvert aux événements intérieurs, sans tenter de les fuir ou d'y résister (Hayes, 2004). D'autre part, l'évitement expérientiel, en tant que tendance à éviter les événements internes désagréables, est théorisé comme le contraire de l'acceptation (Hayes, Strosahl, et al., 1999; Hayes et al., 2011) et est considéré comme une stratégie dysfonctionnelle de régulation des émotions. Malgré cette opposition, elles sont toutes deux mesurées par la même échelle unidimensionnelle (Questionnaire d'acceptation et d'action ; AAQ-II). En outre, l'acceptation semble être un concept central des thérapies fondées sur la pleine conscience et l'acceptation, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), la réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR) ou la thérapie comportementale dialectique (TCD) (e.g. Hayes, Strosahl, et al., 1999; Kabat-Zinn, 2003; Linehan, 1993a; Segal et al., 2002).

Selon le modèle bidimensionnel de Bishop (Bishop et al., 2004), l'acceptation est conceptualisée comme une composante de la pleine conscience avec la régulation de l'attention. Cette dernière implique d'être conscient de son expérience actuelle et d'essayer de maintenir son attention sur celle-ci, en la ramenant chaque fois qu'elle s'en éloigne. Englobant l'acceptation et le monitoring de l'attention, la pleine conscience est définie comme une manière délibérée de prêter attention à ses expériences dans le moment présent, sans jugement (Kabat-Zinn, 2003). De multiples études et méta-analyses (e.g. Bishop et al., 2004; K. W. Brown &

Ryan, 2004; Chiesa & Malinowski, 2011; Chiesa & Serretti, 2009; Eberth & Sedlmeier, 2012; Goyal et al., 2014; Gu et al., 2015; Hofmann et al., 2010; Jayawardene et al., 2017; Khoury et al., 2013; Parsons et al., 2017) ont documenté les bienfaits de la pleine conscience sur la santé mentale et le bien-être (e.g., réduction du stress, diminution de la probabilité de rechute de la dépression, réduction de l'anxiété, diminution des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles de l'alimentation et de la consommation de substances, et amélioration du bien-être). En outre, des études ayant évalué indépendamment les deux dimensions (i.e., régulation de l'attention et acceptation), ont révélé que l'acceptation seule a des effet sur les symptômes psychologiques tels que la dépression et l'anxiété tandis que le monitoring de l'attention seul, sans la dimension de l'acceptation, pourrait, au contraire, même augmenter l'anxiété (e.g. K. W. Brown et al., 2015; Kohls et al., 2009; Lindsay & Creswell, 2017).

La décentration est un autre processus cognitif associé à des effets émotionnels et qui semble avoir un rôle important dans la santé mentale (Bernstein et al., 2015). Elle est définie comme la capacité de changer la perspective expérientielle d'une expérience interne vers une observation objective de celle-ci, à partir d'une distanciation psychologique. Elle a été décrite comme un processus qui sous-tend les effets des interventions basées sur l'acceptation, dénommé défusion cognitive ou soi comme contexte dans la thérapie ACT (Hayes, Strosahl, et al., 1999; Hayes et al., 2011), conscience métacognitive dans la MBCT (Teasdale et al., 2002). Plusieurs études ont examiné le rôle de la décentration dans la santé mentale et le bien-être et ont trouvé une association avec des niveaux plus bas d'anxiété et de symptômes dépressifs (Bieling et al., 2012; Gayner et al., 2012; Lau et al., 2006; Teasdale et al., 2002), une réduction de l'évitement et une augmentation de l'affect positif (Gayner et al., 2012).

Enfin, proche et appartenant au même réseau nomologique que l'acceptation (Correa-Fernández et al., 2020), la tolérance à la détresse (TD) est la capacité à tolérer des événements

internes désagréables (Smith et al., 2019) et son déficit conduit au développement et au maintien de la psychopathologie (Barlow et al., 2004; Linehan, 1993a; Orsillo & Batten, 2005). Deux formes principales de TD ont été établies par la littérature. D'une part, la capacité comportementale à résister à la détresse et, d'autre part, la capacité perçue à résister à des états internes pénibles (Simons & Gaher, 2005). Dans cette étude, nous nous intéresserons à cette dernière. Ce construit de TD est lié à l'acceptation qui, non seulement, fait partie de son réseau nomologique (Leyro et al., 2010) mais est également un facteur de risque pour l'anxiété (S. E. Taylor, 1999), les comportements problématiques liés au trouble de la personnalité borderline (Linehan, 1993a), ainsi que pour le développement et le maintien des troubles des comportements alimentaires (e.g. Corstorphine et al., 2007).

Au cœur des approches fondées sur la pleine conscience et l'acceptation, ces sept prédicteurs de la santé mentale (i.e., compétence émotionnelle, régulation des émotions, acceptation, évitement expérientiel, tolérance à la détresse, monitoring de l'attention et décentration) ont été largement explorés par la recherche et validés de manière indépendante en tant que contributeurs clés aux troubles émotionnels et à la santé mentale. Cependant, ils ont rarement été comparés les uns aux autres afin de déterminer leur pertinence et leur capacité prédictive respective pour la santé mentale et le bien-être.

Bien qu'ils soient souvent considérés comme liés et appartenant au même réseau nomologique, ils ont tous été indépendamment associés de manière significative à la santé mentale. Cependant, nous émettons l'hypothèse que si on compare la puissance de tous ces prédicteurs, l'acceptation apparaîtra comme le meilleur prédicteur de la santé mentale.

Cette question a été étudiée dans une précédente étude (Kotsou et al., 2018) qui a exploré quel prédicteur du bien-être et de la santé mentale était le plus robuste parmi

l'acceptation, la pleine conscience, les compétences émotionnelles et la régulation émotionnelle. Ces travaux ont mis en évidence l'importance de l'acceptation comme facteur central dans l'émergence et le maintien des troubles émotionnels. Cependant, dans cette étude, la mesure de l'acceptation à l'aide de l'AAQ-II est discutable. En effet, Gámez et ses collaborateurs (2011) ont démontré que l'AAQ-II n'était pas une mesure adéquate de l'acceptation ou de l'évitement expérientiel. Les résultats de leur analyse factorielle montrent que l'AAQ-II mesure plutôt le neuroticisme. En d'autres termes, l'AAQ-II semble mesurer la tendance à ressentir des émotions désagréables plutôt que l'évitement ou l'acceptation expérientielle (Gámez et al., 2011; Rochefort et al., 2018; Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014). Comme l'expliquent Gámez et ses collaborateurs (2011), les items se concentrent sur la détresse entraînant un dysfonctionnement (par exemple, "Les soucis entravent ma réussite", "Les émotions causent des problèmes dans ma vie") et, en outre, ce dysfonctionnement n'est pas spécifique (par exemple, "Il semble que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi", "J'ai le contrôle de ma vie"), ce qui peut entraîner une contamination des critères. Les mots utilisés, tels que worry et afraid (e.g. " I *am afraid* of my feelings ", " I *worry about not being* able to control my *worries* and feelings "), sont intrinsèquement spécifiques au neuroticisme, et leur utilisation pourrait même garantir une composante et un marqueur de neuroticisme dans l'item et l'échelle (Clark & Watson, 1995, p. 312; Rochefort et al., 2018).

En résumé, la présente étude vise à examiner si l'acceptation est réellement un meilleur prédicteur de la santé mentale parmi sept autres prédicteurs, comme l'ensemble les compétences émotionnelles, ou plus précisément la régulation des émotions, l'évitement expérientiel, la tolérance à la détresse, la décentration et le monitoring de l'attention. Séparément, ces concepts ont tous démontré des associations avec la santé mentale. Toutefois, ils n'ont jamais été comparés dans le cadre d'une étude unique afin d'examiner leur contribution

à la santé mentale en tant que prédicteur du bien-être ou de l'importance des symptômes anxieux et dépressifs.

Ainsi, en tenant compte de tout ce qui précède, nous avons émis l'hypothèse que tous les facteurs prédisent indépendamment l'anxiété, la dépression et le bien-être. Plus précisément, nous avons émis l'hypothèse que l'acceptation serait le prédicteur le plus robuste de ces trois principaux aspects de la santé mentale par rapport aux autres variables, puisque l'acceptation est la compétence centrale des approches fondées sur la pleine conscience et l'acceptation. En outre, nous nous attendons à ce que l'évitement expérientiel ait l'effet inverse de celui de l'acceptation pour prédire la santé mentale, puisqu'ils ont été considérés comme les deux faces d'un même concept.

Ensuite, nous avons cherché à étudier l'interaction entre l'acceptation et d'autres facteurs. Ainsi, nous nous attendons à ce que la régulation de l'attention ou la décentration ne suffisent pas à eux seuls, et nous avons donc émis l'hypothèse que l'acceptation joue un rôle de médiateur dans la relation entre la décentration ou la régulation de l'attention et la santé mentale.

1.3. Méthodologie

1.3.1. Participants et procédure

L'échantillon (voir tableau 6) était composé de 321 adultes, dont 254 femmes (79,13 %), 58 hommes (18,07 %) et 9 "non-précisés" (2,80 %), issus de la population générale, non clinique et francophone. Les participants étaient âgés de 18 à 72 ans (âge moyen = 38,28 ans, médiane = 38, écart-type = 13,69). Parmi les participants, 62% vivaient en couple et 38% étaient célibataires. En outre, 56 % d'entre eux avaient fait des études supérieures (Master 1 ou plus) et 71 % travaillaient au moment de la collecte des données.

L'outil « F test-Linear Multiple Regression : Modèle fixe, augmentation R2 », de l'application G*Power (Faul et al., 2007, 2009), a été utilisé pour une analyse de puissance. Nous visions une puissance de 0,80, une erreur alpha de 0,01 (en tenant compte des corrections de Bonferroni : 0,05/7) et une taille d'effet de f^2 = 0,075. L'analyse a déterminé qu'un échantillon de 274 participants était nécessaire. De plus, en utilisant l'outil d'analyse de sensibilité "F test- Linear Multiple regression : Modèle fixe, augmentation du R2", avec une puissance de 0,80, une erreur alpha de 0,0125 et un échantillon de 274 participants, nous serons en mesure de détecter un effet de f^2 = 0,075 et un d de Cohen de 0,548 en supposant que cet effet existe. La taille d'effet minimale recherchée de 0,548 a été choisie sur la base d'une étude antérieure menée par Kotsou (Kotsou et al., 2018). Ainsi, une taille d'effet supérieure à 0,50 est considérée comme un "effet moyen" (Cohen, 1988). Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université Paris 8 (protocole #CE-P8-2021-07) le 21 avril 2021. Les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit, avant la collecte des données. Cette étude a également respecté les normes éthiques, conformément à la Déclaration d'Helsinki révisée en 1989 et à le règlement général sur la protection des données (RGPD), concernant le respect des données privées, l'anonymisation, le consentement libre et éclairé, et le droit des participants de se retirer de la recherche à tout moment.

Suite à une large sollicitation via les réseaux sociaux des co-auteurs (Linkedin, Facebook, Twitter) et de leurs universités respectives en France, les questionnaires en ligne ont été complétés de manière anonyme via Limesurvey (Limesurvey GmbH, 2023). Les participants étaient des adultes (i.e., 18 ans ou plus) francophones qui ont participé sur la base du volontariat et sans contrepartie. L'objectif de l'étude, tel qu'il a été communiqué aux participants, était de mieux comprendre les émotions et la relation que nous entretenons avec elles.

Tableau 6. *Caractéristiques descriptives des variables étudiées.*

						Skewness		Kurtosis	
		n	**α**	**M**	**SD**	**Skewness**	**SE**	**Kurtosis**	**SE**
HADS-A	Anxiété	321	.85	9.27	4.84	0.39	0.14	-0.66	0.27
HADS-D	Dépression	321	.84	5.58	4.29	0.90	0.14	0.24	0.27
WEMWBS	Bien-être	321	.93	3.48	0.73	-0.40	0.14	-0.38	0.27
FMI-ACCEPTANCE	Acceptation	321	.85	2.50	0.63	-0.01	0.14	-0.46	0.27
FMI-PRESENCE	Régulation de l'attention	321	.80	2.78	0.65	-0.24	0.14	-0.32	0.27
DTS	Tolérance à la détresse	321	.93	2.96	0.90	-0.14	0.14	-0.95	0.27
MEAQ-30	Evitement	321	.83	56.08	23.47	0.07	0.14	-0.31	0.27
PECi	Compétences émotionnelles	321	.91	3.40	0.63	-0.26	0.14	-0.24	0.27
PECi-ER	Régulation émotionnelle	321	.82	2.96	0.88	-0.03	0.14	-0.76	0.27
MPoD_t	Décentration	321	.90	3.16	0.72	-0.03	0.14	-0.24	0.27

Notes : HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale, WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales, FMI-ACCEPTANCE : sous-échelle d'accepation du Freiburg Mindfulness Inventory, FMI-PRESENCE : sous-échelle de régulation de l'attention du Freiburg Mindfulness Inventory, DTS: Distress Tolerance Scale, MEAQ-30 : forme courte du Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire, PECi: Profil de Compétences émotionelles, ER-PECi: Sous-échelle de régulation des émotions du Profil de Compétences émotionelles, MPoD-t: Version trait du Metacognitive Processes of Decentering Scale.
L'alpha de Cronbach a été calculé à partir de notre échantillon

1.3.2. Matériels et méthodes

Le questionnaire a commencé par une série de questions sociodémographiques. Les participants ont renseigné des informations telles que le genre (féminin/masculin/autre), l'âge, le statut marital (couple/célibataire) et des informations socio-économiques telles que le niveau d'éducation et la catégorie socioprofessionnelle.

1.3.2.1. Acceptation

L'acceptation a été évaluée à l'aide de la sous-échelle d'acceptation du *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI, Walach et al., 2006; Trousselard et al., 2010 pour la version

française). Elle se compose de 9 items auto-administrés (par exemple, "J'accepte les expériences désagréables") évalués sur une échelle de Likert en quatre points (de 1= Rarement à 4 = Presque toujours). Un score élevé indique un haut niveau d'acceptation. Une bonne cohérence interne a été démontrée dans notre étude (α de Cronbach = 0,85) et dans une étude précédente (.77; Kohls et al., 2009)

1.3.2.2. Monitoring de l'attention

La régulation de l'attention a été évaluée avec la sous-échelle de présence du même questionnaire FMI, à travers 5 items auto-administrés (par exemple, « *Lorsque je remarque une absence d'esprit, je reviens doucement à l'expérience de l'ici et maintenant.* ») et sur la même échelle de Likert en quatre points. Une bonne cohérence interne a été démontrée dans notre étude (α de Cronbach = 0,80) et dans une étude précédente (.69; Kohls et al., 2009). L'alternative bidimensionnelle du FMI peut être utilisée lorsque l'accent est mis sur les mécanismes causaux potentiels (Kohls et al., 2009; Trousselard et al., 2010).

1.3.2.3. Décentration

La capacité à se décentrer a été mesurée à l'aide du *Metacognitive Processes of Decentering Scale - Trait Version* (MPoD-t, Hanley et al., 2020; De Oliveira, Juneau, Stinus, Corman, Michelli, Pellerin, & Shankland, 2024 pour la version française). Le MPoD-t est un questionnaire auto-administré en 15 items (par exemple, *« Je suis capable de me regarder penser.* »), évalués sur une échelle de Likert en cinq points (de 1 = Très rarement ou Jamais à 5 = Très souvent ou Toujours). Un score élevé indique une grande capacité de décentration. Une bonne cohérence interne a été démontrée dans notre étude (α de Cronbach = 0,90) et dans une étude précédente ([.90;.93], Hanley et al., 2020).

1.3.2.4. Tolérance à la détresse

La *Distress Tolerance Scale* (DTS, Simons & Gaher, 2005; Wagener & Blairy, 2015 pour la version française) a été utilisée pour mesurer la tolérance à la détresse. La DTS est un questionnaire auto-administré de 15 items (par exemple, *« Se sentir en détresse ou bouleversé m'est insupportable. »)* évalués sur une échelle de Likert en cinq points (de 1= tout à fait d'accord à 5= tout à fait en désaccord). Le DTS comprend quatre sous-échelles : tolérance (3 items), évaluation (6 items), régulation (3 items) et absorption (3 items). Un score global élevé indique une grande tolérance à la détresse. Une bonne cohérence interne a été démontrée dans notre étude (α de Cronbach = 0,93) et dans une étude précédente (.93; Wagener & Blairy, 2015).

1.3.2.5. Compétences émotionnelles

Pour évaluer les compétences émotionnelles, le *profil de compétences émotionnelles* (PEC, Brasseur et al., 2013) a été utilisé, spécifiquement la sous-échelle intrapersonnelle, qui est un questionnaire auto-administré de 25 items (par exemple, *« Lorsque mes émotions surgissent, je ne comprends pas d'où elles viennent »'* (inversé) ou *« Je suis bon pour décrire mes sentiments »*) évalués sur une échelle de Likert en cinq points (de 1=Jamais ou Pas du tout à 5=Toujours ou Exactement). L'utilisation de cette sous-échelle a permis d'établir un profil de compétences émotionnelles selon cinq catégories : identification des émotions, compréhension des émotions, expression des émotions, régulation des émotions et utilisation des émotions. L'échelle peut également être utilisée pour son score global de compétence émotionnelle intrapersonnelle. Un score élevé signifie une compétence émotionnelle élevée. Une bonne cohérence interne a été démontrée dans notre étude (α de Cronbach = 0,91) et dans une étude précédente (.90, Brasseur et al., 2013).

1.3.2.6. Régulation des émotions

Pour évaluer la régulation des émotions, la sous-échelle de régulation des émotions du *profil de compétences émotionnelles* a été utilisée (PEC-ER; Brasseur et al., 2013). Il s'agit de 5 items auto-administrés (par exemple, *« Lorsque je suis en colère, je trouve qu'il est facile de me calmer. »*), évalués sur une échelle de Likert en cinq points (de 1= Jamais ou Pas du tout à 5= Toujours ou Exactement). Un score élevé correspond à des compétences élevées en matière de régulation des émotions. Une bonne cohérence interne a été démontrée dans notre étude (α de Cronbach = 0,82) et dans une étude précédente (.78, Brasseur et al., 2013).

1.3.2.7. Évitement expérientiel

L'évitement expérientiel a été mesuré à l'aide du *Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire* (MEAQ-30, Sahdra et al., 2016; Baeyens et al., 2015 pour la version française) . Le MEAQ-30 est un questionnaire auto-administré de 30 items (par exemple*, « L'un de mes grands objectifs est de me libérer des émotions douloureuses. »*), divisé en cinq sous-échelles (évitement comportemental, aversion à la détresse, procrastination, distraction et suppression, répression et déni, endurance à la détresse) et évalué sur une échelle de Likert en six points (de 1= Pas du tout d'accord à 6= Tout à fait d'accord). Un score global faible indique un niveau élevé d'évitement expérientiel. Une bonne cohérence interne a été démontrée dans notre étude (α de Cronbach = 0,83) et dans une étude précédente (.90, Baeyens et al., 2015).

1.3.2.8. Anxiété et dépression

Le questionnaire *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS, Zigmond & Snaith, 1983; Lépine et al., 1985 pour la version française) a été utilisé pour mesurer les niveaux d'anxiété et de dépression. Le HADS est un questionnaire auto-administré de 14 items (par exemple, pour l'anxiété "Des pensées inquiétantes me traversent l'esprit" et pour la dépression "J'apprécie toujours les choses que j'appréciais auparavant") avec 7 items qui mesurent l'anxiété

(HADS-A) et 7 items qui mesurent la dépression (HADS-D). Chaque item est évalué entre 0 et 3, ce qui donne un score allant de 0 à 21 pour chaque échelle. Un score élevé indique un niveau élevé d'anxiété ou de dépression. Une bonne cohérence interne a été démontrée dans notre étude (α de Cronbach = 0,85 pour l'anxiété et 0,84 pour la dépression) et dans une étude précédente (.77 for anxiety and .79 for depression Zigmond & Snaith, 1983).

1.3.2.9. Bien-être mental

Le bien-être mental a été évalué à l'aide de *l'échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh* (WEMWBS, Tennant et al., 2007; Trousselard et al., 2016 pour la version française). Le WEMWBS est un questionnaire auto-administré de 14 items (par exemple, "Je me suis senti enjoué", "Je me suis senti bien dans ma peau") évalué sur une échelle de Likert en cinq points (de 1 = Jamais à 5 = Tout le temps). Il comprend deux dimensions : le bien-être hédonique (se sentir heureux, satisfait de la vie) et le bien-être eudémonique (fonctionnement psychologique positif, acceptation, relations satisfaisantes avec les autres et réalisation de soi). Un score élevé indique un niveau élevé de bien-être mental. Il a démontré une bonne cohérence interne dans notre étude (α de Cronbach=.93) et dans une étude précédente ([.85, .89] Trousselard et al., 2016).

1.3.3. Analyse des données

Nous avons effectué des analyses de corrélation et de corrélations partielles, ainsi que des analyses de régression linéaire multiple hiérarchique. Les hypothèses de régression linéaire ont été vérifiées pour tous nos modèles. Nous avons ensuite effectué des analyses de médiation. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Jamovi version 2.0 (The jamovi project, 2023). Une valeur aberrante (outlier) parmi 322 participants a été exclue afin de satisfaire à l'hypothèse de normalité des résidus pour le modèle de la dépression. Il n'y avait

pas de données manquantes, seuls des questionnaires complets ont été utilisés. Les données utilisées dans cette étude sont disponibles sur OSF (https://osf.io/hw96g/).

Dans une analyse de régression multiple, l'ordre d'introduction des covariables peut affecter l'interprétation de leur contribution à la prédiction de la variable dépendante. L'introduction séquentielle de variables indépendantes dans des blocs permet de déterminer comment chaque bloc contribue à la prédiction de la variable dépendante, tout en tenant compte de l'effet des blocs précédents. Dans cette étude, six covariables ont d'abord été introduites (bloc 1), suivies de l'acceptation (bloc 2). La variance expliquée par l'acceptation représente sa contribution à la prédiction de la santé mentale après prise en compte de l'effet des six autres covariables. Pour aller plus loin, nous avons étudié la contribution unique et la variance commune en comparant systématiquement par paires la sous-échelle d'acceptation du FMI au score de la sous-échelle de présence du FMI, de décentration (MPOd-t), d'évitement expérientiel (MEAQ-30), de tolérance à la détresse (DTS), de régulation émotionnelle (PECi-ER) et de compétences émotionnelles (PECi). Des analyses de médiation ont ensuite été réalisées. Une première pour évaluer le rôle médiateur de la sous-échelle d'acceptation du FMI sur le lien entre décentration (MPOd-t) et la santé mentale, c'est-à-dire l'anxiété (HADS-A), la dépression (HADS-D) et le bien-être (WEMWBS) et une seconde pour évaluer le rôle médiateur de la sous-échelle d'acceptation du FMI sur le lien entre régulation de l'attention (sous-échelle de présence du FMI) et la santé mentale.

1.4. Résultats

1.4.1. Corrélations

Une analyse de corrélation de Pearson (voir tableau 7) a révélé que les sept prédicteurs étudiés étaient tous significativement corrélés avec la santé mentale, soit à la psychopathologie, c'est-à-dire au score d'anxiété (HADS-A), de dépression (HADS-D) et de bien-être

(WEMWBS). Les corrélations les plus fortes ont été observées entre l'acceptation et le bien-être (r=.73, p< .001), l'acceptation et la dépression (r=-.60, p <.001), l'acceptation et l'anxiété (r=-.68, p <.001), la tolérance à la détresse et l'anxiété (r=-.66, p <.001). Ces corrélations sont fortes et ont un effet important. Les corrélations les plus faibles ont été observées entre la décentration et la dépression (r=-.30, p <.001), l'anxiété (r=-.43, p .001) et le bien-être (r=-.43, p <.001), ainsi qu'entre la présence et l'anxiété (r=-.43, p <.001). Même si ces corrélations sont plus faibles que les précédentes, elles présentent un effet modéré. **En résumé, tous les concepts étudiés dans cette étude étaient modérément à fortement corrélés avec la santé mentale et le bien-être.**

Les analyses de corrélation de Pearson ont également révélé l'existence de fortes corrélations entre les différents concepts. En particulier, nous avons observé une très forte corrélation entre l'acceptation et les compétences émotionnelles (r=-.72, p <.001). En fait, l'acceptation était très fortement corrélée à tous les construits, mais moins à l'évitement (r=-.60, p <.001) qu'avec les autres construits. La tolérance à la détresse était également fortement corrélée à tous les concepts, en particulier à l'acceptation (r=.70, p <.001), l'évitement expérientiel (r=-.65, p <.001) et la régulation des émotions (r=.64, p <.001). En outre, une autre corrélation forte a été observée entre celui de compétence émotionnelle intrapersonnelle et le score de régulation des émotions (r=-.73, p <.001).

Tableau 7. *Corrélations de Pearson entre les variables étudiées.*

		FMI-ACCEPT	FMI-PRES	DTS	MEAQ-30	PECi	PECi RE	MPoD-t	HADS-D	HADS-A
FMI-ACCEPTANCE	Acceptation	—								
FMI-PRESENCE	Régulation de l'attention	0.67 *	—							
DTS	Tolérance à la détresse	0.70 *	0.44 *	—						
MEAQ-30	Évitement	-0.60 *	-0.50 *	-0.65 *	—					
PECi	Compétences émotionnelles	0.72 *	0.57 *	0.60 *	-0.63 *	—				
PECi-ER	Régulation émotionnelle	0.71 *	0.51 *	0.64 *	-0.50 *	0.73 *	—			
MPoD-t	Décentration	0.62 *	0.46 *	0.50 *	-0.44 *	0.51 *	0.56 *	—		
HADS-D	Dépression	-0.60 *	-0.46 *	-0.52 *	0.44 *	-0.52 *	-0.51 *	-0.32 *	—	
HADS-A	Anxiété	-0.68 *	-0.43 *	-0.66 *	0.55 *	-0.61 *	-0.61 *	-0.43 *	0.60 *	—
WEMWBS	Bien-être	0.73 *	0.59 *	0.59 *	-0.54 *	0.63 *	0.63 *	0.43 *	-0.76 *	-0.64 *

Note : * p < .001

1.4.2. Analyse hiérarchique de régression multiple

Dans la première étape de la régression multiple hiérarchique visant à expliquer l'anxiété (HADS-A), six covariables ont été introduites dans le bloc 1 : DTS, MEAQ-30, PECi-ER, PECi, MPoD-t et la sous-échelle de présence du FMI. L'analyse a montré que ces covariables étaient significativement supérieures au niveau attendu par le hasard (F(6, 314)=57,86, p<0,001) et qu'elles expliquaient 52% de la variance (R^2 ajusté) de l'anxiété. Dans la deuxième étape de la régression multiple hiérarchique, seule la sous-échelle d'acceptation

du FMI a été introduite dans le bloc 2. Ce modèle était statistiquement significatif (F(7, 313)=55.94, p<.001) et expliquait 55% de la variance (R^2 ajusté) de l'anxiété. Seule la sous-échelle d'acceptation du FMI, la DTS et le PECi-ER ont apporté une contribution unique et significative au modèle et a pu prédire l'anxiété de manière significative. L'acceptation globale était une meilleure covariable de l'anxiété (B= -34 ; p <.001) que le DTS (B= -27 ; p <.001) ou l'ER (B=-14 ; p = .030). Il existe une différence statistiquement significative dans la valeur R^2 de 0,03 (F(1, 313) = 21,65, p <0,001) lorsque l'on compare le modèle qui inclut l'acceptation avec le modèle qui ne l'inclut pas. Ainsi, l'inclusion de l'acceptation apporte une valeur ajoutée significative.

De la même manière que ce qui a été présenté ci-dessus, dans la première étape de la régression multiple hiérarchique pour expliquer la dépression (HADS-D), six covariables ont été introduites dans le bloc 1 : DTS, MEAQ-30, PECi-ER, PECi, MPoD-t et la sous-échelle de présence du FMI. L'analyse a montré que ces covariables étaient significativement supérieures au niveau attendu par le hasard (F(6, 314)=31,52, p < 0,001) et qu'elles expliquaient 36 % de la variance (R2 ajusté) de la dépression. Dans la deuxième étape de la régression multiple hiérarchique, seule la sous-échelle d'acceptation de l'IMC a été introduite dans le bloc 2. Ce modèle était statistiquement significatif (F(7, 313)=31,09, p < 0,001) et expliquait 40 % de la variance (R^2 ajusté) de la dépression. Seule la sous-échelle d'acceptation du FMI, la DTS et le MPoD-t ont apporté une contribution unique et significative au modèle et ont pu prédire la dépression de manière significative. L'acceptation globale était une meilleure covariable de la dépression (B=-36, p <.001) que la tolérance à la détresse (B=-16, p =.023) ou la décentration (B=14, p =.015). Il existe une différence statistiquement significative dans la valeur R^2 de 0,03 (F(1, 313)=18,17, p <.001) lorsque l'on compare le modèle qui inclut l'acceptation avec le modèle qui ne l'inclut pas. L'inclusion de l'acceptation apporte donc une valeur ajoutée significative.

Enfin, pour expliquer le bien-être (WEMWBS), six covariables ont été introduites dans le bloc 1 : DTS, MEAQ-30, PECi-ER, PECi, MPoD-t et la sous-échelle de présence de FMI. L'analyse a montré que ces covariables étaient significativement supérieures au niveau attendu par le hasard ($F(6, 314)=63,28$, $p<0,001$) et qu'elles expliquaient 54% de la variance (R^2 ajusté) du bien-être. Dans la deuxième étape de la régression multiple hiérarchique, seule la sous-échelle d'acceptation du FMI a été introduite dans le bloc 2. Ce modèle était statistiquement significatif ($F(7, 313)=64,42$, $p<0,001$) et expliquait 58% de la variance (R^2 ajusté) du bien-être. Seuls l'acceptation, le PECi-ER, le MPoD-t et la présence ont apporté une contribution unique et significative au modèle et ont pu prédire de manière significative la dépression. L'acceptation était une meilleure covariable du bien-être ($B=.40$, $p<.001$) que la régulation émotionnelle ($B=.18$, $p=.003$) ou la décentration ($B=-.10$, $p=.032$) et la régulation de l'attention ($B=.16$, $p<.001$). Il existe une différence statistiquement significative dans la valeur R^2 de 0,04 ($F(1, 313)=32,79$, $p <0,001$) lorsque l'on compare le modèle qui inclut l'acceptation avec le modèle qui ne l'inclut pas. L'inclusion de l'acceptation apporte donc une valeur ajoutée significative.

Enfin, les colinéarités ont été étudiées pour tous les modèles ci-dessus et aucune des variables n'a atteint le seuil critique de la valeur VIF de 10, les valeurs VIF allant de 1,73 à 3,77, et l'autocollinéarité n'était pas significative pour le modèle de l'anxiété ($p=0,094$), de la dépression ($p=0,350$) et du bien-être ($p=0,824$).

1.4.3. Contribution unique et variance commune

Pour aller plus loin, nous avons systématiquement comparé par paires la sous-échelle d'acceptation du FMI au score de la sous-échelle de présence du FMI, de MPOd-t, de MEAQ-30, de DTS, de PECi-ER et de PECi. Les scores totaux combinés ont permis de prédire de manière significative les résultats en matière d'anxiété, de dépression et de bien-être. La sous-

échelle d'acceptation du FMI a permis de prédire plus de variance que les six autres prédicteurs pour tous les résultats. Les résultats (voir tableau 8) indiquent que la sous-échelle d'acceptation du FMI a prédit une variance unique significativement plus importante que les autres prédicteurs pour chaque résultat. Pour certaines variables, telles que la décentration et le monitoring de l'attention, seule l'acceptation est associée à l'anxiété, à la dépression et au bien-être.

Tableau 8. *Contribution commune et unique du FMI-acc, FMI-pres, DTS, MEAQ, PECi-ER, PECi et MPOd-t comme prédicteurs de l'anxiété, de la dépression et du bien-être.*

Scores distincts d'acceptation et de présence (régulation de l'attention)				
	FMI-pres + FMI-acc R2	Variance commune	FMI-pres (pr2)	FMI-acc (pr2)
HADS-A	.46***	.12***	00	.34***
HADS-D	.37***	.17***	00	.20***
WEMWBS	.55***	.20***	.04***	.31***
Scores distincts d'acceptation et de tolérance à la détresse				
	DTS + FMI-acc R2	Variance commune	DTS (pr2)	FMI-acc (pr2)
HADS-A	.52***	.24***	.12***	.16***
HADS-D	.38***	.20***	.03**	.15***
WEMWBS	.54***	.22***	.03**	.29***
Scores distincts d'acceptation et d'évitement expérientiel				
	MEAQ + FMI-acc R2	Variance commune	MEAQ (pr2)	FMI-acc (pr2)
HADS-A	.49***	.17***	.05***	.27***
HADS-D	.37***	.14***	.01*	.22***
WEMWBS	.54***	.15***	.03***	.36***
Scores distincts d'acceptation et de régulation des émotions				
	PECi-ER + FMI-acc R2	Variance commune	PECi-ER (pr2)	FMI-acc (pr2)
HADS-A	.49***	.24***	.06***	.19***
HADS-D	.37***	.19***	.02***	.16***
WEMWBS	.55***	.23***	.06***	.26***
Scores distincts d'acceptation et de compétences émotionelles				
	PECi + FMI-acc R2	Variance commune	PECi (pr2)	FMI-acc (pr2)
HADS-A	.49***	.25***	.06***	.18***
HADS-D	.37***	.20***	.02**	.15***
WEMWBS	.55***	.24***	.05***	.26***
Scores distincts d'acceptation et de décentration				
	MPOd-T + FMI-acc R2	Variance commune	MPOd-T (pr2)	FMI-acc (pr2)
HADS-A	.46***	.12***	00	.34***
HADS-D	.36***	.7***	00	.29***
WEMWBS	.53***	.11***	00	.42***

Notes : HADS-A: Anxiety subscale of Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS-D: Depression subscale of Hospital Anxiety and Depression Scale, WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales R^2 = R^2 ajusté, proportion de la variance de la variable dépendante expliquée par les prédicteurs ; pr^2 = r^2 partiel (proportion de variance attribuable uniquement à un prédicteur spécifique, en contrôlant les autres). * p<.05, ** p<.01 *** p<.001

1.4.4. Modèles de médiation

Une analyse de médiation a été réalisée afin d'évaluer le rôle médiateur de la sous-échelle d'acceptation du FMI sur le lien entre la décentration (MPOd-t) et la santé mentale, c'est-à-dire par rapport au score d'anxiété (HADS-A), de dépression (HADS-D) et de bien-être (WEMWBS). Les résultats (voir tableau 9) ont révélé que l'effet total de la MPoD-t était significatif sur l'anxiété (H1 : B=-2,86, t=-8,47 p<.001), sur la dépression (H1 : B=-1,93, t=-6,15, p<.001) et sur le bien-être (H1 : B=.44, t=8,63, p<.001). Avec l'inclusion de la variable médiatrice (acceptation), l'impact du MPoD-t s'est avéré non significatif sur l'anxiété (B=-.05, t=-.15, p=.880), sur la dépression (B=.49, t=-1.44, p=.149) et sur le bien-être (B=-.03, t=-0.63, p=.531). L'effet indirect du MPoD-t par l'acceptation s'est avéré significatif sur l'anxiété (B=-2.81, t=-9.55, p<.001), la dépression (B=-2.42, t=-8.96, p<.001) et le bien-être (B=.47, t=10.42, p<.001). Cela montre que la relation entre la décentration et la santé mentale positive est entièrement médiatisée par l'acceptation.

Une deuxième analyse de médiation a été effectuée pour évaluer le rôle médiateur de la sous-échelle d'acceptation du FMI sur le lien entre la régulation de l'attention (sous-échelle de présence du FMI) et la santé mentale, c'est-à-dire par rapport au score d'anxiété (HADS-A), de dépression (HADS-D) et de bien-être (WEMWBS). Les résultats (voir tableau 9) ont révélé que l'effet total de la régulation de l'attention était significatif sur l'anxiété (H1 : B=-3,22, t=-8,52, p<.001), sur la dépression (H1 : B=-3,07, t=-9,33, p<.001) et sur le bien-être (H1 : B=.67, t=12,99, p<.001). Avec l'inclusion de la variable médiatrice (acceptation), l'impact du monitoring de l'attention s'est avéré non significatif sur l'anxiété (B=.33, t=-.80, p=.423), sur la dépression (B=-.71, t=-1.78, p=.075) mais toujours significatif sur le bien-être (B=.21, t=3,61, p<.001) L'effet indirect du monitoring de l'attention par l'acceptation s'est avéré significatif sur l'anxiété (B=-3,55, t=-10,06, p<.001), la dépression (B=-2,36, t=-7,81, p<.001) et le bien-être (B=.46, t=9,64, p<.001). Cela montre que la relation entre la régulation de l'attention et la

psychopathologie (anxiété et dépression) est entièrement médiatisée par l'acceptation et partiellement pour la relation entre la présence et le bien-être.

Tableau 9. *Modèles de médiation.*

Analyse de médiation par l'acceptation dans le lien entre santé mentale et décentration (MPOD-T)										
	Effet total (->)-c		Effet direct (->)-c'		Effet indirect de sur (a*b)					
	Coef.	p-value	Coef.	p-value		Coef.	SE	T-value	p-value	95% [CI]
HADS-D Dépression	-1.93	<.001	.49	.149	Mpod-t ->Acceptation -> Dépression	-2.42	.27	-8.96	<.001	[-2.94, -1.89]
HADS-A Anxieté	-2.86	<.001	-.05	.880	Mpod-t –>Acceptation -> Anxiété	-2.81	.29	-9.55	<.001	[-3.39, -2.23]
WEMWBS Bien-être	.44	<.001	-.03	.531	Mpod-t –>Acceptation -> Bien-être	.47	.05	10.42	<.001	[.38, -.13]
Analyse de médiation par l'acceptation dans le lien entre santé mentale et régulation de l'attention (presence)										
	Effet total (->)-c		Effet direct (->)-c'		Effet indirect de sur (a*b)					
	Coef.	p-value	Coef.	p-value		Coef.	SE	T-value	p-value	95% [CI]
HADS-D Dépression	-3.07	<.001	-.71	.075	Présence ->Acceptation -> Dépression	-2.36	.30	-7.81	<.001	[-2.96, -1.77]
HADS-A Anxiété	-3.22	<.001	.33	.423	Presence ->Acceptation -> Anxiété	-3.55	.35	-10.06	<.001	[-4.24, -2.86]
WEMWBS Bien-être	.67	<.001	.21	<.001	Presence ->Acceptation ->Bien-être	.46	.05	9.64	<.001	[.37, .55]

1.5. Discussion

Le premier objectif de cette étude était d'évaluer les associations uniques de l'acceptation avec la santé mentale et le bien-être par rapport à d'autres variables habituellement mesurées comme prédicteurs de ces derniers tels que la tolérance à la détresse, la régulation des émotions, la compétence émotionnelle, l'évitement expérientiel, la régulation de l'attention et la décentration.

Tous les prédicteurs sélectionnés dans cette étude ont montré une corrélation significative avec la dépression, l'anxiété et le bien-être. Cela indique qu'ils sont tous liés à la santé mentale, ce qui est cohérent avec les études précédentes. Cependant, l'acceptation a montré les corrélations négatives les plus fortes avec la santé mentale (anxiété et dépression), tout en montrant les corrélations positives les plus fortes avec le bien-être.

Les résultats des régressions hiérarchiques, après contrôle de toutes les autres covariables, indiquent que l'acceptation a un impact significatif sur l'explication de l'anxiété, de la dépression ou du bien-être. Par conséquent, nous pouvons suggérer que l'acceptation est le meilleur prédicteur de la santé mentale parmi ces covariables. Lorsqu'on les compare par paires, la part de la variance unique attribuable à l'acceptation est toujours plus élevée que celle de l'autre variable. Les variances communes entre les covariables, correspondant à ce qu'elles partagent, sont élevées, comme on pouvait s'y attendre, puisque les variables traitent de la gestion des émotions et que des chevauchements sont donc inévitables.

Ceci est cohérent avec les études précédentes qui ont démontré que l'acceptation était un meilleur prédicteur de santé mentale que la pleine conscience, la compétence émotionnelle ou la régulation émotionnelle (Kotsou et al., 2018). Cela reste vrai même si l'échelle d'acceptation utilisée (AAQ-II) dans les études précédentes a été contestée dans la littérature car elle ne mesure pas réellement l'acceptation mais plutôt le neuroticisme (Gámez et al., 2011).

Cependant, dans notre étude, on peut remarquer que l'évitement expérientiel n'était que faiblement corrélé et ne s’est pas révélé être un prédicteur robuste de la santé mentale en termes de psychopathologie ou de bien-être. Indépendamment, ce construit est légèrement à modérément associé à la santé mentale, expliquant 30% de la variance de l'anxiété, 19% de celle de la dépression et 29% de celle du bien-être. En outre, il présente la contribution unique la plus faible, ou l’une des plus faibles, comparativement aux autres facteurs. En d'autres termes, la contribution de l'évitement expérientiel semble moins pertinente pour expliquer la

santé mentale que les autres facteurs significatifs examinés dans cette étude. De même, alors que l'acceptation est fortement corrélée à tous les autres facteurs considérés, elle l'est moins à l'évitement expérientiel (r=-.60) que d'autres facteurs tels que la tolérance à la détresse (r=.70), les compétences émotionnelles (r=.72) ou la régulation émotionnelle (r=.71). Cela contraste avec nos résultats sur l'acceptation et n'est pas cohérent avec de nombreuses études antérieures ou avec la théorie actuelle qui utilise l'acceptation et l'évitement de manière interchangeable comme étant l'exact opposé l'un de l'autre. En effet, si l'évitement expérientiel et l'acceptation constituaient des opposés directs, nous devrions obtenir une corrélation négative très forte, ou du moins une corrélation plus forte par rapport à d'autres facteurs. Ainsi, nos résultats nous amènent à nous interroger sur la pertinence et la réalité de l'affirmation théorique selon laquelle l'évitement et l'acceptation sont l'opposé l'un de l'autre et se situent sur le même continuum. Une métanalyse (Naragon-Gainey et al., 2017, p. 404, 413) a trouvé des résultats similaires et a également remis en question la théorie selon laquelle l'acceptation et l'évitement sont les deux faces d'un même construit. Ces résultats ont montré que l'ampleur de l'association entre l'évitement expérientiel et l'acceptation n'était que modérée (r = 0,48) et donc plus faible que ce à quoi on pourrait s'attendre si ces deux construits formaient « en réalité une seule dimension bipolaire », une hypothèse qu'ils ont également remise en question.

La recherche a défini l'évitement expérientiel comme une construction multidimensionnelle (Gámez et al., 2011), comprenant six facettes telles que l'aversion à la détresse, l'évitement comportemental, la distraction/suppression, la répression/déni, la procrastination et l'endurance à la détresse, alors que l'acceptation a généralement été reconnue et mesurée comme un concept unidimensionnel. Cela est vrai pour différentes méthodes de mesures telles que l'AAQ-II (malgré ses limites mentionnées précédemment) et le FMI (qui comprend une sous-échelle d'acceptation). En outre, il a été démontré que l'AAQ-II n'est pas une mesure adéquate de l'évitement ou de l'acceptation, mais plutôt du neuroticisme,

notamment parce que ses items se concentrent sur des dysfonctionnements non spécifiques compatibles avec la détresse, en utilisant un vocabulaire caractéristique du neuroticisme (e.g. Gámez et al., 2011; Rochefort et al., 2018). De plus, il est censé mesurer à la fois l'évitement et l'acceptation comme l'inverse l'un de l'autre, voire la flexibilité psychologique, ce qui laisse présager une imprécision théorique. La sous-échelle d'acceptation du FMI que nous avons utilisée ne présente pas ces limites. Elle est censée mesurer uniquement l'acceptation et non l'évitement, et les items décrivent donc en termes positifs la capacité à accepter et à ne pas éviter (e.g., je suis ouvert à, j'accepte), n'utilise pas de vocabulaire tel que l'inquiétude/la peur mais des termes comme "expérience désagréable", "agité" ou "situation difficile" qui ne font pas expressément référence à la détresse, à l'exception d'un terme "stressant". En outre, l'acceptation est également théorisée de manière unidimensionnelle dans les approches fondées sur l'acceptation, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement, qui évoque l'acceptation comme un processus unique parmi d'autres. Toutefois, cette conception unidimensionnelle pourrait être remise en question car certaines définitions de l'acceptation incluent diverses facettes telles que le non-jugement ou la non-réactivité. Les études utilisant l'échelle Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ, Baer et al., 2006) pour mesurer l'acceptation peuvent utiliser celle de non-jugement seule, ou en conjonction avec la sous-échelle de non-réactivité (e.g. Cary et al., 2020) qui est plus proche de la conception des auteurs (Baer et al., 2006). Les items de la sous-échelle d'acceptation du FMI semblent couvrir de nombreux concepts qu'on retrouve dans certaines définitions de l'acceptation, notamment les items relatifs à la non-réactivité (items 8, 10, 11, 12, 13 inversés) tels que "*Je ressens des moments de paix intérieure et de facilité, même lorsque les choses deviennent agitées et stressantes*", l'absence de jugement (item 6), tels que "*Je vois mes erreurs et mes difficultés sans me poser de questions*" ou "*Je vois mes erreurs et mes difficultés sans les juger*" et l'autocompassion (items 4, 9, 14) tel que "*Je suis bienveillant envers moi-même lorsque les choses vont mal*".

Sur cette base, il pourrait être intéressant d'envisager une conceptualisation possible de l'acceptation en tant que concept multidimensionnel.

Ainsi, notre étude semble contribuer à clarifier le concept d'acceptation, en le présentant comme un processus distinct et indépendant de celui de l'évitement expérientiel. L'acceptation ne devrait pas être considérée comme l'exact opposé de l'évitement et cette compétence positive a un impact déterminant sur la santé mentale. Non seulement l'acceptation semble être plus qu'un simple évitement des expériences intérieures, mais elle semble également constituer un processus positif et actif qui implique une disposition volontaire à adopter cette manière d'être en relation avec l'expérience, contrairement à l'évitement expérientiel, qui repose sur une réponse automatique. Par conséquent, l'acceptation est considérée comme un moyen de contribuer au maintien d'une santé mentale optimale.

Le deuxième objectif de l'étude était de déterminer si l'acceptation joue un rôle de médiateur dans la relation entre la décentration ou la régulation de l'attention, d'une part, et la santé mentale et le bien-être, d'autre part. Tout d'abord, nous pouvons remarquer que la décentration a démontré les corrélations les plus faibles avec la santé mentale et le bien-être. Nous avons également remarqué la corrélation la plus faible entre la régulation de l'attention et l'anxiété. Nous avons également observé que l'association unique de la décentration et de la régulation de l'attention avec la santé mentale est faible mais significative. En effet, parmi tous les facteurs étudiés, pris indépendamment, la décentration et la régulation de l'attention expliquent la plus faible variance de l'anxiété (18%) et la décentration explique la plus faible variance de la dépression (10%) et du bien-être (19%). Cela pourrait indiquer que la décentration et la régulation de l'attention pourraient n'être que des aptitudes cognitives intermédiaires, mais qu'elles ne suffiraient pas à elles seules à expliquer les effets sur la santé

mentale si elles n'étaient pas associées à l'acceptation. Ceci est cohérent avec les études précédentes qui ont montré que la régulation de l'attention seule, sans la dimension de l'acceptation, pouvait même augmenter l'anxiété (K. W. Brown et al., 2015; Kohls et al., 2009; Lindsay & Creswell, 2017) ou que l'acceptation et la décentration étaient des processus complémentaires (Lindsay & Creswell, 2015).

Ainsi, lorsque l'acceptation était une covariable du modèle, la décentration restait significativement prédictive de la dépression et du bien-être, ce qui semble confirmer leur complémentarité. Ensuite, nous sommes allés plus loin et avons cherché à savoir si l'acceptation était un médiateur de la relation entre la décentration et la santé mentale. Il apparaît que la relation entre la décentration et la santé mentale semble être bien médiatisée par l'acceptation, que ce soit pour la dépression (83,25% d'effet indirect), l'anxiété (98,16% d'effet indirect) ou le bien-être (93,83% d'effet indirect). Ainsi, la décentration prédit l'acceptation, dans la mesure où la capacité à se décentrer semble être requise avant l'acceptation, et c'est ensuite l'acceptation qui prédit directement la santé mentale.

De même pour la régulation de l'attention, il y avait un effet indirect significatif et fort entre la régulation de l'attention et la psychopathologie (anxiété et dépression) médiatisé par l'acceptation. Ces résultats suggèrent l'importance de la régulation de l'attention sur les expériences intérieures en premier lieu, ce qui permettrait ensuite l'acceptation. En d'autres termes, il semblerait que la régulation de l'attention soit un outil puissant pour parvenir à l'acceptation, mais que l'acceptation seule puisse réduire l'anxiété et la dépression. Il en va différemment pour le bien-être, dans la mesure où la régulation de l'attention a une influence directe sur celui-ci, bien que l'acceptation soit un médiateur partiel de cette relation. Par conséquent, cela pourrait suggérer que la régulation de l'attention n’est pas suffisante lorsque les expériences intérieures sont désagréables. Dès lors, elle pourrait maintenir ou même augmenter la symptomatologie si l’acceptation n’est pas aussi activée. En revanche, lorsque

les expériences intérieures sont agréables, la régulation de l'attention pourrait plus directement accroître le bien-être. Cela indiquerait que le fait de se concentrer sur des émotions positives ou des expériences intérieures agréables ne devrait pas avoir les mêmes conséquences que le fait de se concentrer sur des émotions désagréables. Ainsi, se concentrer sur des expériences intérieures lorsque l'on se sent anxieux ou déprimé pourrait maintenir ou même accroître ces états lorsque les compétences d'acceptation ne peuvent pas être utilisées en combinaison. Ces résultats pourraient suggérer que les compétences de régulation de l'attention devraient être enseignées en même temps que l'acceptation, et non pas seules, en particulier lors de l'exploration d'expériences intérieures désagréables. Par conséquent, comme l'apprentissage de l'acceptation peut prendre plus de temps (Baer, Carmody, et al., 2012; Desbordes et al., 2015; Lindsay & Creswell, 2017) et qu'il n'est pas évident de savoir comment nous pourrions enseigner l'acceptation sans commencer par la régulation de l'attention (Lindsay & Creswell, 2017), les pratiques initiales proposées dans de tels programmes pourraient se concentrer sur les émotions agréables, puis se concentrer sur les émotions désagréables lorsque les participants acquièrent plus d'expérience.

1.5.1. Limites et orientations futures

Les résultats présentés ci-dessus doivent être interprétés à la lumière des limites suivantes. Tout d'abord, des mesures autorapportées ont été utilisées, ce qui peut entraîner des biais car il peut être difficile d'être en contact avec ses propres émotions. Par conséquent, des mesures biologiques, telles que le CO2 Challenge (Levitt et al., 2004), ou comportementales pourraient être mises en œuvre pour limiter ce biais. En outre, l'acceptation a été mesurée à l'aide d'une sous-échelle d'acceptation d'un questionnaire sur la pleine conscience. De futures études pourraient développer une échelle spécifique pour mesurer l'acceptation. De même, le score de régulation émotionnelle est basé sur une sous-échelle du PEC, ce qui explique une partie de la corrélation entre ces construits. De futures études pourraient également utiliser une

échelle spécifique pour mesurer ce concept. De plus, dans notre étude, c'est l'acceptation qui prédit le mieux la santé mentale (dépression et anxiété) et non l'évitement. Néanmoins, il serait intéressant d'examiner de plus près les liens entre eux, c'est-à-dire la relation entre l'acceptation et les autres facteurs. Pour éviter les réponses multiples ou aléatoires dans un questionnaire auto-administré, nous aurions pu ajouter un item de contrôle de l'attention. Toutefois, dans cette étude, nous avons vérifié la cohérence interne ainsi que les valeurs aberrantes (outliers) afin d'éviter d'inclure de tels participants dans les analyses de données.

En ce qui concerne l'échantillon sélectionné, il se peut que notre échantillon ne soit pas suffisamment représentatif puisqu'il comprend une majorité de femmes ou de personnes ayant un niveau d'éducation élevé. Ainsi, les études futures pourraient bénéficier d'une plus grande diversité en termes d'éducation et de genre. En outre, la présente étude est basée sur un échantillon non clinique, alors que d'autres études pourraient être menées sur des échantillons cliniques spécifiques afin d'explorer davantage la relation entre les variables d'intérêt. Les travaux futurs pourraient également examiner l'association des facteurs étudiés avec des caractéristiques individuelles ou démographiques, telles que le genre, ou examiner comment les facteurs socio-environnementaux peuvent être liés à ces construits.

En ce qui concerne la conception de l'étude et les analyses, nous avons utilisé un design transversal qui ne permet pas de conclure à un quelconque lien de causalité. Par conséquent, des recherches futures pourraient étudier le rôle prédictif de l'acceptation par le biais d'un modèle expérimental ou longitudinal. Les liens de causalité établis sont théoriques, cependant, d'un point de vue mathématique, les régressions dans les études corrélationnelles ne permettent pas de confirmer un lien de causalité. Par conséquent, les études futures devront manipuler les variables prédictives plutôt que de les mesurer de manière corrélationnelle afin de confirmer la direction de la causalité. Comme mentionné dans des études antérieures (Bernstein et al., 2015) , les variables considérées dans cette étude sont proches et peuvent se chevaucher sur le plan

conceptuel, ce qui pourrait potentiellement affecter la robustesse de la régression linéaire multiple.

Malgré ces limites, notre étude contribue à la littérature en démontrant et en clarifiant le rôle majeur de l'acceptation dans la santé mentale, à l'aide d'une échelle qui mesure ce concept. Parmi les nombreux autres facteurs explicatifs qui ont déjà prouvé séparément leur contribution aux troubles émotionnels et au bien-être dans des études antérieures, l'acceptation apparaît comme le plus fort et le plus robuste par rapport aux autres facteurs. On peut donc conclure que l'acceptation semble être un facteur essentiel de la santé mentale et qu'elle devrait être mise en avant dans les interventions préventives et thérapeutiques afin de prévenir ou de surmonter les troubles émotionnels.

1.6. Conclusion

En conclusion, nos résultats permettent de mieux comprendre les concepts d'acceptation et d'évitement expérientiel. Les résultats de notre étude contribuent à la différenciation de ces deux concepts qui semblent être des constructions distinctes et non pas simplement des opposés l'un de l'autre. Ainsi, l'acceptation ne consiste pas seulement à éviter les expériences intérieures. C'est bien plus que cela. L'acceptation doit impliquer une volonté qui va au-delà du simple fait d'éviter les expériences inconfortables. Si le fait de ne pas éviter peut représenter la première étape du processus d'acceptation, ce n'est que le début d'un chemin plus complexe vers l'acceptation. Cela remet en question les évaluations qui ont mesuré l'acceptation et l'évitement avec les mêmes échelles et donc le rôle de l'évitement dans les troubles anxieux qui était considéré comme aussi central que l'acceptation. Comme il ne s'agit pas des mêmes concepts, ces évaluations et résultats antérieurs doivent être interprétés et utilisés prudence. En outre, cela signifie que les interventions devraient se concentrer sur l'amélioration et le renforcement de l'acceptation plutôt que de cibler l'évitement expérientiel.

Enfin, nos résultats ont permis de mieux comprendre que la régulation de l'attention et la décentration sont des compétences cognitives intermédiaires et des outils puissants pour parvenir à l'acceptation, mais que seule l'acceptation peut réduire l'anxiété et la dépression.

Chapitre 2. Influence de l'attachement sur l'acceptation expérientielle et rôle médiateur de la tolérance à la détresse : une étude quantitative

2.1. Résumé

Cette étude évalue l'influence de l'attachement sur l'acceptation puis explore le rôle médiateur de la tolérance à la détresse. L'acceptation est une stratégie de régulation émotionnelle fondée sur l'ouverture aux expériences internes, sans les modifier, ni les éviter. Elle est considérée comme adaptative, équilibrée et associée à une meilleure santé mentale. La sécurité d'attachement favorise les stratégies adaptatives, tandis que l'insécurité semble liée à des stratégies inadaptées. De même, la tolérance à la détresse, capacité à faire face aux expériences internes difficiles, semble associée à des stratégies plus adaptées. Dès lors, mieux comprendre le rôle de l'attachement permettrait d'éclairer ses effets sur les capacités d'acceptation et d'ajuster les interventions en conséquence.

330 adultes ont complété des mesures d'attachement (RSQ), d'acceptation (MPFI) et de tolérance à la détresse (DTS). Des régressions simples et hiérarchiques ont identifié les dimensions prédictrices et des médiations ont examiné les liens indirects via la tolérance à la détresse.

Les dimensions d'anxiété et d'évitement d'attachement sont négativement associées à l'acceptation (R^2 ajusté = .07 et .13). La régression hiérarchique montre que l'évitement constitue le prédicteur le plus fort ($\beta = -0{,}31$) par rapport à l'anxiété ($\beta = -0{,}15$), le modèle expliquant 15 % de la variance de l'acceptation ($p < .001$). La tolérance à la détresse médie partiellement ces relations (anxiété : $\beta = -0{,}13$; évitement : $\beta = -0{,}16$).

Ces résultats confirment l'importance du rôle de l'attachement dans l'acceptation : les deux dimensions d'insécurité (anxiété et évitement) sont associées à une diminution de l'acceptation. La capacité à s'ouvrir aux expériences internes semble plus difficile en cas d'insécurité d'attachement, surtout pour la dimension d'évitement. Cela souligne l'intérêt d'adapter les interventions basées sur l'acceptation (e.g., MBCT, MBSR, ACT) selon le style d'attachement, en intégrant un renforcement ciblé de la tolérance à la détresse, afin de soutenir le développement de la capacité à accepter chez les personnes présentant plus d'insécurité.

2.2. Introduction

2.2.1.1. Régulation émotionnelle

La régulation des émotions est reconnue comme un processus transdiagnostique sous-jacent à la psychopathologie (Cludius et al., 2020) et de nombreuses études ont pu mettre en évidence le rôle central de le RE dans le développement et le maintien de troubles psychopathologiques (pour revue voir Sloan et al., 2017).

La RE désigne un ensemble de processus physiologiques, cognitifs ou comportementaux par lesquels les individus tendent à moduler la nature et l'intensité de leurs émotions (Gross & Thompson, 2007). Plus précisément, elle fait référence aux « *processus par lesquels les individus influencent les émotions qu'ils ressentent, le moment où ils les ressentent, ainsi que la manière dont ils font l'expérience de ces émotions et les expriment* » (Gross, 1998, p. 5). Plus spécifiquement, la RE peut être mise en œuvre à travers diverses stratégies. Aussi, les stratégies de RE ont fait l'objet de recherches pour évaluer leur efficacité. Il a été démontré que les stratégies de RE inadaptées, telles que la distraction, l'évitement comportemental, la suppression de l'expression émotionnelle, la consommation de substances ou la rumination sont associées à des niveaux accrus de psychopathologie. En revanche, les stratégies adaptatives reconnues, comme l'acceptation, la réévaluation cognitive, l'expression

émotionnelle, la résolution de problèmes sont corrélées à une meilleure santé mentale (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Néanmoins, cette classification en stratégies adaptatives ou inadaptée apparaît insatisfaisante, dans la mesure où l'adaptation d'une stratégie ne dépend pas uniquement de sa nature, mais également du contexte dans lequel elle est mise en œuvre. Plus récemment, une classification empirique des stratégies de RE a été proposée à partir d'une méta-analyse (Naragon-Gainey et al., 2017), selon leur structure sous-jacente relative au degré d'engagement émotionnel. Dans cette classification, les stratégies d'engagement adaptatif comprennent les stratégies dites d'approche (e.g., acceptation, réévaluation, pleine conscience) et font face aux stratégies de désengagement, qui correspondent aux tentatives d'éviter ou d'échapper à ses propres émotions (e.g., évitement, suppression expressive) et à celles de persévération cognitive qui consistent à adopter des stratégies de rumination ou d'inquiétude. Les personnes présentant des symptômes plus élevés de troubles émotionnels utilisent fréquemment des stratégies de désengagement et de persévération et rarement des stratégies d'engagement (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010).

2.2.1.2. Acceptation

Parmi les stratégies adaptatives et d'engagement, l'acceptation est une stratégie de régulation émotionnelle (e.g., Aldao et al., 2010; Webb et al., 2012) qui consiste à s'ouvrir à sa propre expérience interne sans chercher à la modifier ou à l'éviter. Ainsi, l'acceptation se distingue des autres stratégies de régulation des émotions (e.g., réévaluation cognitive, rumination, distraction, etc.) qui reposent sur une forme de modification active d'un état émotionnel en termes de qualité, intensité, durée ou fréquence de l'émotion (Gross, 2015b). Néanmoins, elle est bien considérée comme une stratégie de régulation des émotions (e.g., Aldao et al., 2010; Naragon-Gainey et al., 2017).

L'acceptation est une stratégie adaptative et équilibrée (e.g., Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Hayes, Strosahl, et al., 1999; Heffner et al., 2003), reliée à une meilleure santé mentale (Ribeyron et al., 2025).

De plus, l'acceptation des expériences internes est un mécanisme clé des approches dites de 3ème vague des thérapies cognitives et comportementales basées sur la pleine conscience et l'acceptation (*Mindfulness and Acceptance-Based Interventions*, MABI). Ces interventions comprennent notamment le programme de réduction du stress basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR ; Kabat-Zinn, 1990), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT ; Segal et al., 2002), la thérapie d'acceptation et d'engagement (Acceptance and Commitment Therapy, ACT ; Hayes, Strosahl, et al., 1999) ou encore la thérapie comportementale et dialectique (TCD ; Linehan, 1993a). L'acceptation est donc ciblée et développée dans ces approches et semble représenter le processus principal de leur efficacité (Lindsay & Creswell, 2017). Des revues systématiques ont pu démontrer l'impact positif des MABI sur la diminution des symptômes dans les troubles anxieux (Haller et al., 2021; Vøllestad et al., 2012), les troubles dépressifs (Strauss et al., 2014), les troubles du sommeil (Rash et al., 2019), le stress (Sanada et al., 2016), le trouble de stress post traumatique (Boyd et al., 2018), les troubles du comportement alimentaire (Turgon et al., 2019), les addictions aux substances et comportementales (e.g., Cavicchioli et al., 2018; Sancho et al., 2018) et dans les troubles psychotiques (e.g., Jansen et al., 2020; Louise et al., 2018).

Ainsi l'acceptation semble être une stratégie fondamentale de régulation émotionnelle et un processus central dans la santé mentale.

Dernièrement, il a été mis en avant que l'efficacité de la régulation émotionnelle dépend non seulement du type de stratégie employée, mais aussi de l'interaction entre les caractéristiques de la situation et les traits individuels de la personne qui régule ses émotions (Aldao & Tull, 2015; Bonanno & Burton, 2013; Gross, 2015b; Sheppes et al., 2011). De même, il semblerait qu'un potentiel dispositionnel diffère d'un individu à l'autre (e.g., Berking et al., 2008; Gratz & Roemer, 2004; Tull & Aldao, 2015), notamment du fait de capacités telles que la tolérance à la détresse (Naragon-Gainey et al., 2017) ou encore du style d'attachement (e.g., Mikulincer & Shaver, 2019). Ainsi, il est probable que ces dispositions influencent la capacité d'acceptation en tant que stratégie de RE.

2.2.1.3. Attachement

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1969, 1973, 1980) postule depuis longtemps que les relations précoces avec les figures d'attachement jouent un rôle central dans la structuration de la régulation émotionnelle tout au long de la vie, à travers les modèles internes opérants (Bowlby, 1973; Bretherton & Munholland, 2008; Cassidy, 1994; Marvin & Britner, 2008; Shaver & Mikulincer, 2002).

Les individus ayant un attachement sécure sont plus confiants dans leur capacité à faire face aux situations de détresse et utilisent des stratégies de régulation émotionnelle plus adaptatives (e.g., résolution de problèmes, réévaluation cognitive). En revanche, les individus présentant un attachement insécure ont tendance à recourir à des stratégies inadaptées, instables et inadéquates, limitant la capacité à réguler efficacement les émotions face au stress (Mikulincer & Shaver, 2019). L'attachement insécure est d'ailleurs considéré comme un facteur de risque des troubles mentaux (Calvo et al., 2022; Cortés-García et al., 2019; Malik et al., 2015; Mallinckrodt & Wei, 2005; Messina et al., 2023; Mortazavizadeh & Forstmeier, 2018) et joue ainsi un rôle sur le bien-être (Kafetsios, 2004; Karreman & Vingerhoets, 2012; Magai, 2008).

Les perturbations dans le sentiment de sécurité d'attachement conduisent au développement de stratégies d'attachement secondaires (Main, 1990) à savoir, l'anxiété et l'évitement. L'anxiété d'attachement se caractérise par la crainte que les autres ne soient pas disponibles en cas de besoin et par une recherche anxieuse de soutien et d'amour, tandis que l'évitement d'attachement reflète une méfiance envers les intentions des autres et une tendance à l'autosuffisance (Mikulincer & Shaver, 2019). Ces stratégies secondaires sont initialement adaptatives au moment du développement, dans la mesure où elles permettent à l'enfant de s'ajuster à ses figures d'attachement présentant des défaillances. Cependant, elles deviennent inadaptées à l'âge adulte lorsqu'elles se cristallisent en un modèle relationnel rigide et systématique. D'autant plus que ces stratégies d'attachement insécure encouragent une activation et une suppression répétées des émotions négatives, tout en maintenant un recours constant à des représentations mentales déformées de soi et des autres, ce qui contribue à une mauvaise santé physique et mentale (Mikulincer & Shaver, 2016). En outre, l'hyperactivation du système d'attachement, associée à l'anxiété d'attachement ainsi que la désactivation du système d'attachement, liée à l'évitement d'attachement, sont des éléments clés pour comprendre les différences individuelles dans la régulation émotionnelle (Mikulincer & Shaver, 2016, 2019). En effet, les individus présentant un attachement évitant régulent leurs émotions en bloquant ou inhibant leurs états émotionnels, tandis que ceux à l'attachement anxieux vont les hyperactiver en les intensifiant. L'évitement d'attachement privilégie des stratégies de suppression, de distanciation cognitive et de désengagement émotionnel. A l'inverse, l'attachement anxieux privilégie des stratégies comme la rumination, caractérisée par une focalisation excessive sur la détresse (Mikulincer & Shaver, 2019).

L'attachement à l'âge adulte est généralement conceptualisé à travers deux modèles théoriques complémentaires. Tout d'abord, le modèle à quatre dimensions de Bartholomew et

Horowitz (1991) repose sur l'image que l'individu développe de lui-même (positive ou négative) et des autres. Ce modèle distingue quatre styles ou prototypes d'attachement : l'attachement sécure repose sur une vision positive de soi et des autres, favorisant des relations équilibrées. Le style d'attachement préoccupé intègre une vision négative de soi et positive des autres, menant à une peur de l'abandon et à une dépendance relationnelle. Le style détaché s'appuie sur une vision positive de soi et négative des autres, se traduisant par une réserve émotionnelle et une préférence pour l'indépendance. Enfin, le style craintif repose sur une vision négative de soi et des autres, entraînant une instabilité émotionnelle et une ambivalence face à l'intimité. Un autre modèle validé empiriquement est celui bidimensionnel (Hazan & Shaver, 1987), qui repose sur deux dimensions principales. D'une part, l'anxiété qui est caractérisée par une peur du rejet et une hyperactivation du système d'attachement associée au style préoccupé, et d'autre part, l'évitement qui reflète une réserve émotionnelle face à l'intimité et une désactivation du système d'attachement associée aux styles détaché et craintif. Le modèle bidimensionnel offre une représentation plus dynamique des stratégies d'attachement, en intégrant les mécanismes de désactivation et d'hyperactivation du système d'attachement décrits par Mikulincer et Shaver (2016). Dans ce cadre, l'attachement sécure se caractérise par une absence d'anxiété et d'évitement, favorisant une régulation émotionnelle adaptative et des relations interpersonnelles équilibrées (Fraley & Shaver, 2021).

Récemment, les résultats d'une étude longitudinale (Girme et al., 2021), explorant des données recueillies pendant 40 ans (Sroufe et al., 2009), ont confirmé les postulats théoriques en montrant l'association entre le type d'attachement chez l'enfant et l'utilisation de stratégies spécifiques de régulation émotionnelle à l'âge adulte. Girme et ses collaborateurs (2021) ont procédé à une intégration de la classification des stratégies de Naragon-Gainey (2017) avec celles de l'attachement afin de proposer un modèle unique, faisant correspondre stratégies de

régulations émotionnelles à celles d'attachement, suggérant que chaque catégorie de stratégie repose sur des profils d'attachement différents et donc sur des bases développementales distinctes (Girme et al., 2021). Ils se réfèrent dans leur étude aux trois stratégies d'attachement identifiées chez l'enfant (Cassidy, 1994; Main, 1990) qui évoluent à l'âge adulte en trois profils distincts, à savoir, la sécurité, l'anxiété et l'évitement d'attachement. La **sécurité d'attachement** favorise les stratégies de co-régulation et implique la recherche de proximité avec les proches et l'engagement dans la résolution de problèmes**. L'anxiété d'attachement** favorise des stratégies d'hyperactivation impliquant une amplification des expressions émotionnelles négatives et une dépendance envers les proches. Enfin, **l'évitement d'attachement** favorise des stratégies de désactivation qui consistent à supprimer ou minimiser les émotions négatives pour limiter la souffrance anticipée liée à la dépendance envers les proches (Mikulincer et al., 2003; Shaver & Mikulincer, 2002). Ainsi dans le modèle de Girme (2021) intégrant celui de Naragon-Gainey (2017), l'attachement sécure est relié aux stratégies d'engagement, l'attachement évitant aux stratégies de désengagement et d'hyporégulation des émotions, alors que l'attachement anxieux est relié aux stratégies de persévération cognitive et d'hyperactivation.

2.2.1.4. Tolérance à la détresse

De même, la tolérance à la détresse définie comme la capacité à tolérer des événements internes désagréables (Smith et al., 2019), est une autre capacité dispositionnelle centrale dans l'habileté à réguler ses émotions et semble associée à de plus hauts niveaux d'acceptation et à une moindre utilisation de stratégies inadaptées comme la persévération cognitive (Naragon-Gainey et al., 2017). La faible tolérance à la détresse est associée à des difficultés de régulation des émotions (Bardeen et al., 2015; Jeffries et al., 2016; Leyro et al., 2010) et conduit au développement et au maintien de la psychopathologie (Barlow et al., 2004; Linehan, 1993a; Orsillo & Batten, 2005). Elle constitue également un facteur de risque pour l'anxiété (S. E.

Taylor, 1999), les comportements problématiques liés au **trouble de la personnalité borderline** (Linehan, 1993a), ainsi que le développement et le maintien des **troubles du comportement alimentaire** (e.g., Corstorphine et al., 2007).

2.2.2. Objectifs et hypothèses

Cette étude a pour objectif principal d'examiner l'influence de l'attachement sur l'acceptation. Plus précisément, nous nous attendons à ce que les dimensions insécures (anxiété et évitement) soient associées à une moindre acceptation et que la sécurité soit associée à une plus grande capacité d'acceptation.

L'objectif secondaire de cette étude est d'évaluer le rôle de la tolérance à la détresse dans cette relation. Nous faisons l'hypothèse que la tolérance à la détresse joue un rôle de médiateur dans la relation entre les dimensions d'attachement et l'acceptation, expliquant en partie pourquoi l'attachement facilite (sécure) ou entrave (insécure) la capacité d'acceptation. Nous explorerons également l'hypothèse d'un rôle de modérateur : la tolérance à la détresse pourrait renforcer ou atténuer la relation entre la dimension d'attachement et l'acceptation.

Ainsi, clarifier l'impact des dimensions d'attachement pourrait enrichir la compréhension du processus et affiner les interventions basées sur l'acceptation. De même, une meilleure compréhension du rôle de la tolérance à la détresse pourrait permettre de cibler ce processus en amont ou parallèlement aux approches visant à développer l'acceptation, tout en offrant une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents à cette stratégie de RE.

2.3. Méthodologie

2.3.1. Participants et procédure

L'échantillon non clinique était composé de N = 330 adultes (283 femmes (85,76%), 46 hommes (13,94%) et 1 non précisé (0,3%) de la population générale francophone. Les

participants étaient âgés de 20 à 75 ans (âge moyen = 42,86 ans, médiane = 43 ans, écart-type = 11,31). 238 vivaient en couple, 92 étaient célibataires. 54,85% avaient un niveau d'éducation élevé (master ou plus), 283 étaient des adultes actifs professionnellement (voir Tableau 10).

Dans G*Power (Faul et al., 2007, 2009), avec l'onglet F test – Linear Multiple Regression: Fixed model, R^2 increase, et en fixant une puissance statistique de 0,80, un risque alpha de 0,01 (correspondant à la correction de Bonferroni appliquée à cinq tests : 0,05/5), ainsi qu'une taille d'effet moyenne de f^2 = 0,15, le nombre minimal de participants requis est estimé à 127. L'analyse de sensibilité, réalisée avec le même onglet, indique qu'avec une puissance de 0,80, un risque alpha de 0,0125 et un échantillon de 127 participants, il est possible de détecter une taille d'effet de f^2 = 0,15 (correspondant à d \approx 0,77), si celle-ci existe. La taille d'effet minimale recherchée (f^2 = 0,15) a été choisie car, une taille d'effet supérieure à d = 0,50 est considérée comme moyenne (Cohen, 1988).

Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'université Paris 8 (protocole #CE-P8-2021-07) le 21 avril 2021. Les participants ont donné leur consentement libre et éclairé par écrit, avant la collecte des données. Cette étude a également respecté les normes éthiques, conformément à la déclaration d'Helsinki révisée en 1989 et à l'American Psychology Association, concernant le respect des données privées, l'anonymisation, le consentement libre et éclairé et le droit des participants de se retirer de la recherche à tout moment.

Suite à une large sollicitation via les réseaux sociaux de l'autrice de la présente thèse et de ses directrices de thèse (Linkedin, Facebook, Twitter) et de leurs universités respectives en France, les questionnaires en ligne ont été complétés de manière anonyme via *Limesurvey* (Limesurvey GmbH, 2023). Les participants étaient des adultes (i.e., 18 ans ou plus) francophones qui ont participé sur la base du volontariat et sans contrepartie. L'objectif de

l'étude, tel qu'il a été communiqué aux participants, était de mieux comprendre les relations et les émotions.

Tableau 10. *Caractéristiques descriptives des variables étudiées.*

	Tolérance à la détresse (DTS)	Acceptation (MPFI)	Modèle d'ANXIETE	Modèle d'EVITEMENT
N	330	330	330	330
Alpha de Cronbach	.83	.92	.80	.68
Moyenne	2.89	3.92	2.43	2.75
Ecart-type	1.00	1.07	1.00	0.68
Minimum	1.00	1.60	1.00	1.25
Maximum	5.00	6.00	5.00	4.63
Skewness	-0.06	0.02	0.43	0.11
SE skewness	0.13	0.13	0.13	0.13
Kurtosis	-0.75	-0.79	-0.72	-0.36
SE kurtosis	0.27	0.27	0.27	0.27

2.3.2. Matériel et méthode

2.3.2.1. Acceptation

L'acceptation a été évaluée à l'aide de la sous-échelle d'acceptation du *Multidimensional Psychological Flexibility Inventory* (MPFI) (Rolffs et al., 2018) dans sa version française (Ribeyron et al., en préparation). Elle comprend 5 items auto-administrés (e.g., « *j'ai été ouvert(e) à toutes mes émotions, agréables comme désagréables », « Lorsque j'ai eu une pensée ou une émotion contrariante, j'ai essayé de l'accueillir plutôt que de l'ignorer* ») évalués sur une échelle de Likert à 6 points (de 1 = jamais vrai à 6 = toujours vrai). Un score élevé indique un haut niveau d'acceptation. L'échelle a démontré une excellente consistance interne dans notre étude (cronbach's a = .92) et dans l'étude de validation originale (cronbach's a = .80 à .96) (Rolffs et al., 2018).

2.3.2.2. Attachement

Les dimensions d'attachement ont été évaluées avec le *Relationship Style Questionnaire* (RSQ ; Griffin & Bartholomew, 1994) ou Questionnaire des échelles de relation dans sa traduction française (Guédeney et al., 2010). C'est un auto-questionnaire comportant 30 items évalués sur une échelle de Likert en 5 points (de 1 = pas du tout comme moi à 5 = tout à fait comme moi).

Le RSQ a été conçu comme un outil global, combinant des items issus de plusieurs mesures couramment utilisées pour l'évaluation de l'attachement chez l'adulte, permettant aux chercheurs d'utiliser différentes conceptualisations. Ainsi, la cotation de la RSQ a fait l'objet de plusieurs propositions (Kurdek, 2002), celle de Bartholomew et Horowitz (1991) a permis d'obtenir des scores pour 4 prototypes (détaché, sécure, préoccupé et craintif), néanmoins ils ne sont pas censés être catégoriels mais dimensionnels. Toutefois la validité est faible, Griffin et Bartholomew (1994) ont trouvé des coefficients de consistance interne pour les sous-échelles allant 0.41 to 0.71. Un modèle à deux dimensions a également été suggéré par les auteurs à partir des dimensions des prototypes : le modèle de soi et des autres, renommé en évitement et anxiété par Mikulincer & Shaver (2007, p. 83). Une autre proposition de cotation repose sur les dimensions d'anxiété et d'évitement pour laquelle nous utiliserons la cotation de Simpson et al. (1992) reconnue par Kurdek (2002) comme ayant la meilleure validité. Elle s'appuie sur la perspective de Brennan et al. (1998), selon laquelle les styles d'attachement sont mieux représentés par le degré auquel une personne évite la proximité avec autrui (évitement) et s'inquiète d'être non aimée ou abandonnée (anxiété). La dimension d'anxiété est évaluée à travers 5 items (11, 18, 21, 23, 25) et celle d'évitement à travers 8 items (10, 12, 13, 15, 20, 24, 29, 30).

Dans notre étude, ce modèle a montré une très bonne consistance interne pour l'anxiété (α de Cronbach = .80) et acceptable pour l'évitement (α = .68), tout comme dans d'autres études (α = .81 à .85 ; Roisman et al., 2007).

2.3.2.3. Tolérance à la détresse

La tolérance à la détresse a été évaluée avec *l'échelle de tolérance à la détresse* version courte dans sa version française (Wagener & Blairy, 2015) a été utilisée pour évaluer la tolérance à la détresse. La DTS-SF est un questionnaire auto-administré de 4 items (e.g., « *Être tourmenté(e) ou contrarié(e) est toujours une épreuve majeure pour moi* »), évalués sur une échelle de Likert à 5 points (de 1 = tout à fait d'accord à 5 = tout à fait en désaccord). La DTS-SF est une version raccourcie de la DTS originale (Simons & Gaher, 2005) contenant l'item ayant la plus forte charge factorielle de chaque sous-échelle (tolérance, évaluation, régulation et absorption) formant ainsi un facteur unique de tolérance à la détresse.

Un score global élevé indique une forte tolérance à la détresse. Cette échelle a montré une bonne consistance interne dans notre étude (α de Cronbach = .83) ainsi que dans une étude précédente (α = .81 Garner et al., 2018).

2.4. Résultats

Avant d'effectuer les analyses principales, les hypothèses d'homogénéité des variances et de normalité des distributions ont été examinées conformément aux recommandations statistiques pour les analyses paramétriques (Tabachnick et al., 2019). La normalité des résidus des distributions a été évaluée à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov (KS), recommandé pour les échantillons de grande taille (N > 300 Razali & Wah, 2011). Les résultats indiquent que toutes les variables respectent l'hypothèse de normalité (ps > .05), suggérant que les résidus distributions ne présentent pas de déviation majeure. L'homogénéité des variances a été évaluée à l'aide des tests de Levene et Bartlett pour chacune des variables principales. Toutes les

variables respectent cette hypothèse (ps > .05). Ces résultats permettent de confirmer que les conditions d'application des analyses paramétriques (régressions linéaires) sont respectées.

2.4.1. Corrélations et régressions

Afin d'explorer plus finement les relations entre l'attachement et l'acceptation, nous avons procédé à l'analyse des corrélations et des régressions linéaires.

2.4.1.1. Corrélations entre les deux dimensions d'attachement et l'acceptation

L'étude des corrélations a révélé une association négative significative entre l'acceptation et l'anxiété d'attachement ($r = -0.26$, $p < .001$, IC 95% [-0.36, -0.16]) ainsi que l'évitement d'attachement ($r = -0.36$, $p < .001$, IC 95% [-0,27, -0.45]). L'acceptation est reliée négativement à l'insécurité d'attachement, signifiant qu'elle semble rendre plus difficile l'acceptation : Plus une personne a d'anxiété ou d'évitement d'attachement, moins elle a de ressources pour accepter ses émotions.

2.4.1.2. Analyse des régressions linéaires entre attachement et acceptation

Des analyses de régressions linéaires simples ont été effectuées afin d'examiner l'effet de l'attachement sur l'acceptation émotionnelle (voir Tableau 11). L'anxiété et l'évitement d'attachement sont significativement associés à une plus faible acceptation (R^2 ajusté = .07 et .13, respectivement), avec des coefficients négatifs pour l'anxiété (β= -.26, IC 95 % [-.37, -.16], $p < .001$) et pour l'évitement (β= -. 36, IC 95 % [-.46, -.26], $p < .001$). Ces résultats suggèrent que l'insécurité d'anxiété ou d'évitement conduisent à plus de difficultés d'acceptation.

Des analyses de régressions linéaires multiples hiérarchiques ont été effectuées afin d'examiner l'effet de l'attachement sur l'acceptation émotionnelle. Une régression linéaire

hiérarchique a été réalisée afin d'examiner la contribution unique de chaque dimension d'attachement (anxiété, évitement) dans la prédiction de l'acceptation. Le modèle final est significatif ($F(2, 327) = 29{,}19$, $p < .001$) et explique 15% de la variance de l'acceptation (R^2 ajusté = .15) indiquant une contribution modérée des dimensions d'attachement. La dimension d'anxiété a d'abord été introduite (modèle 1) et explique 7 % de la variance de l'acceptation, soit une proportion significative (R^2 ajusté = 0.07, $F(1, 328) = 24.41$, $p < .001$). L'ajout de la dimension d'évitement (modèle 2) a entraîné une augmentation de la variance expliquée de l'acceptation (15%) ($\Delta R^2 = 0{,}08$, $F(1, 327) = 31{,}70$, $p < .001$) et a amélioré la qualité du modèle.

L'analyse de régression multiple a révélé que les deux dimensions (anxiété et évitement) sont significativement associées à une diminution l'acceptation, mesurée par le MPFI. Cependant, l'évitement d'attachement apparaît comme un prédicteur plus puissant ($\beta = -0{,}31$, IC 95 % [−0,42 ; −0,20]) que l'anxiété ($\beta = -0{,}15$, IC 95 % [−0,26 ; −0,04]). Ces résultats suggèrent que l'attachement insécure, et notamment l'évitement, entrave la capacité à accepter les expériences émotionnelles.

Tableau 11. *Régressions hiérarchiques multiples des dimensions d'attachement.*

Prédicteur / modèle	β (standardisé)	IC 95 %	t	p-value	R^2 ajusté	ΔR^2	F	ΔF	p-value
Intercept.	5.65	[]	24.07	<.001					
Anxiété	-0.15	[-0.26, -0.04]	-2.74	0.007					
Évitement	-0.31	[−0.42, −0.20]	-5.63	<.001					
Modèle 1 - *Anxiété*					0.07	–	24.41	–	<.001
Modèle 2 - *Évitement*					0.15	0.08	29.19	31.70	<.001

Enfin, nous avons souhaité tester l'effet d'interaction de l'anxiété et de l'évitement d'attachement avec l'acceptation. Les résultats de la régression multiple hiérarchique indiquent que l'anxiété et l'évitement d'attachement sont tous deux associés de manière indépendante à

un niveau plus faible d'acceptation. Toutefois, l'ajout du terme d'interaction entre les deux dimensions n'améliore pas significativement le modèle ($\Delta R^2 = .01$, $p = .121$), ce qui suggère que leur effet combiné ne dépasse pas la somme de leurs effets individuels (voir Tableau 12). Ainsi, un profil d'attachement caractérisé à la fois par une faible anxiété et un faible évitement, est bien associé à une forte acceptation, mais cet effet est additif, sans interaction modératrice entre les deux dimensions.

Tableau 12. *Régressions hiérarchiques multiples avec effet d'interaction des dimensions d'attachement sur l'acceptation.*

Prédicteur / modèle	β (standardisé)	IC 95 %	t	p-value	R^2 ajusté	ΔR^2	F	ΔF	p-value
Intercept.	6.48	[]	11.01	<.001					
Anxiété	-0.16	[-0.27, -0.05]	-2.17	0.007					
Évitement	-0.30	[−0.41, −0.20]	-3.70	<.001					
Anxiété x Évitement	0.08	[−0.02, 0.18]	1.55	0.121					
Modèle 1 - *Anxiété*					0.07	–	24.41	–	<.001
Modèle 2 - *Évitement*					0.15	0.08	29.19	31.70	<.001
Modèle 3 - *Interaction*					0.15	0.01	20.35	2.41	0.121

2.4.1.3. Analyse de comparaison de moyennes

Enfin, une comparaison catégorielle des scores d'acceptation entre les individus classés comme sécures et ceux classés comme insécures a été réalisée à l'aide d'un test t pour échantillons indépendants. Le classement reposait sur un découpage médian des scores d'anxiété (médiane = 2,20) et d'évitement (médiane = 2,75) d'attachement, les participants présentant à la fois une anxiété et un évitement faibles (i.e., des scores inférieurs aux deux médianes) étant considérés comme sécures, les autres comme insécures. Les résultats indiquent une différence significative entre les deux groupes, $t(328) = -4.94$, $p < .001$, avec un niveau d'acceptation plus élevé chez les participants sécures (Mdiff = −0.64 ; IC 95 % [−0.87 ; −0.37]). La taille d'effet est modérée ($d = -0.62$), ce qui suggère un effet important du style

d'attachement sur la capacité d'acceptation et que les individus sécures présentent un niveau d'acceptation supérieur à celui des individus insécures (anxieux et évitant) (voir Tableau 13 et Figure 7).

Ces résultats viennent compléter et renforcer les analyses de régression en montrant que les individus ayant un profil d'attachement sécure présentent une capacité d'acceptation significativement plus élevée que les individus insécures.

Tableau 13. *Statistiques descriptives de l'acceptation selon le groupe d'attachement sécure ou insécure.*

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	ET	ES
MPFI Acceptation	**insécure**	245	3.75	3.80	1.05	0.07
	sécure	85	4.39	4.40	1.00	0.11

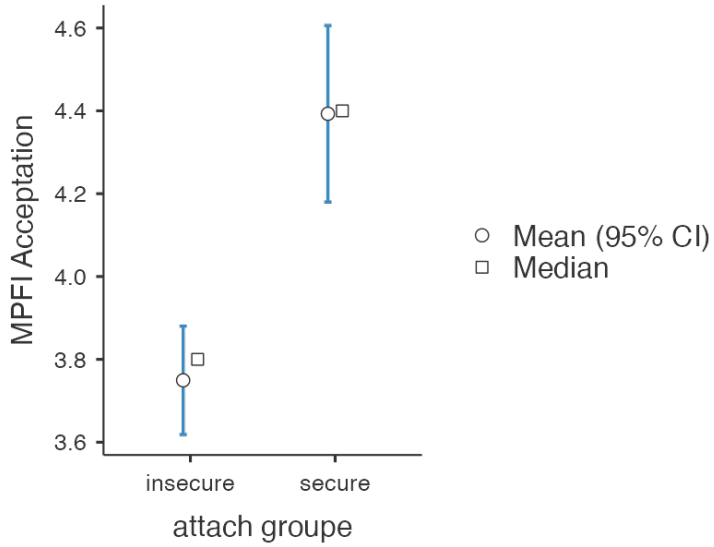


Figure 7. *Diagramme en points avec intervalles de confiance (95 %) moyennes (cercles) et médianes (carrés) de l'acceptation (MPFI) selon deux groupes d'attachement (sécures et insécures)*

Pour aller plus loin, une analyse de variance unidirectionnelle à un facteur (ANOVA de Welch, en raison d'une hétérogénéité des variances) a été conduite afin de comparer les niveaux d'acceptation entre trois profils d'attachement : sécure, anxieux et évitant, également définis à partir d'un découpage médian. Plus précisément, les profils d'attachement ont été définis à partir d'un découpage médian des scores d'anxiété (médiane = 2,20) et d'évitement (médiane = 2,75). Les participants présentant des scores inférieurs aux deux médianes ont été classés

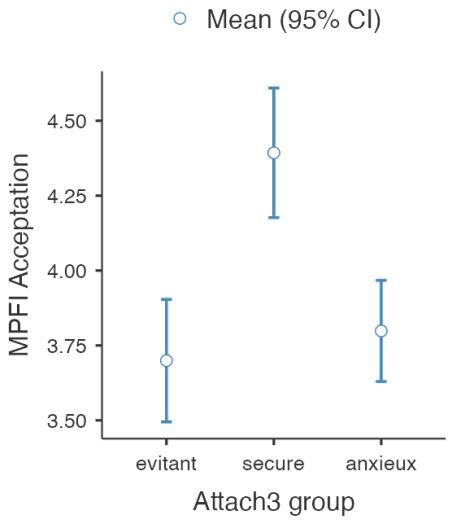
comme sécures. Ceux ayant un score élevé en anxiété mais faible en évitement ont été classés comme anxieux, et ceux ayant un score élevé en évitement mais faible en anxiété comme évitants. En cas de scores élevés dans les deux dimensions, les participants ont été classés selon le score le plus élevé (anxieux ou évitant). Les résultats révèlent un effet significatif du style d'attachement sur l'acceptation, $F(2, 237) = 12.48$, $p < .001$. La taille d'effet obtenue ($\eta^2 = 0.07$) indique que le style d'attachement explique environ 7 % de la variance de l'acceptation, ce qui correspond à un effet de taille modérée selon les critères de Cohen (1988). Les analyses post-hoc (Tukey) montrent que les participants ayant un attachement sécure présentent un niveau d'acceptation significativement plus élevé que les participants évitants (Mdiff = 0.69, $p < .001$, $d = 0.67$) et anxieux (Mdiff = 0.59, $p < .001$, $d = 0.57$). En revanche, aucune différence significative n'est observée entre les profils anxieux et évitants ($p = .734$, $d = 0.10$). Ces résultats suggèrent que les personnes présentant une insécurité d'attachement (anxieuse ou évitante) ont un niveau d'acceptation inférieur à celui des individus sécures (voir Tableau 14 et Figure 8).

Tableau 14. *Statistiques descriptives, analyse de variance (ANOVA) et comparaisons post hoc pour l'acceptation (MPFI) selon les groupes d'attachement (évitant, sécure et anxieux).*

Groupe	N	M	ET	ES			
Évitant	121	3.70	1.14	0.10			
Sécure	85	4.39	1.00	0.11			
Anxieux	124	3.80	0.95	0.09			
Effet	SC	ddl	CM	F	p	η^2	
Groupe d'attachement	26.74	2	13.37	12.48	<.001		
Résidus	26.74	2	13.37	12.48	<.001	0.07	
Total	350.25	327	1.07				
Comparaisons post hoc	Diff. Moy	ES	ddl	t	p(Tukey)	d de Cohen	IC 95 %
Évitant - Sécure	-0.69	0.15	327.00	-4.74	<.001	-0.67	[-0.95 ; -0.39]
Évitant - Anxieux	-0.10	0.13	327.00	-0.75	0.734	-0.10	[-0.35 ; 0.16]
Évitant - Anxieux	0.59	0.15	327.00	4.08	<.001	0.57	[0.29 ; 0.86]

Notes. Les comparaisons sont basées sur les moyennes marginales estimées. M : moyenne ; ET : Écart-type ; ES : erreur standard ; SC : somme des carrés ; ddl : degrés de liberté ; CM : carré moyen ; Diff. Moy : différence de moyennes ; IC : intervalle de confiance.

Figure 8. *Diagramme en points avec intervalles de confiance (95 %) Moyennes (cercles) et médianes (carrés) de l'acceptation (MPFI) selon 3 groupes d'attachement (évitant, sécure et anxieux).*



2.4.2. Relations entre la tolérance à la détresse et l'acceptation

2.4.2.1. Corrélations et régressions

Des analyses de corrélation et de régressions linéaires ont été effectuées afin d'examiner les relations et l'influence entre la tolérance à la détresse et l'acceptation. Une corrélation de Pearson a montré une relation positive modérée et significative entre la tolérance à la détresse (DTS) et l'acceptation (MPFI) ($r = 0.39$, IC 95 % [0.30 ; 0.48], $p < .001$). Une régression linéaire confirme que la tolérance à la détresse prédit significativement l'acceptation ($F(1, 328) = 60.03$, $p < .001$), expliquant 15 % de la variance (R^2 ajusté = .15). La tolérance à la détresse est un prédicteur positif et significatif de l'acceptation ($\beta = 0.39$, IC 95 % [0.29 ; 0.49], $p < .001$), suggérant qu'une meilleure tolérance à la détresse émotionnelle facilite l'acceptation des expériences internes.

2.4.2.1. Analyses de médiation

Tableau 15. *Estimations des médiations de la tolérance à la détresse (DTS) entre l'attachement et l'acceptation (MPFI).*

Dimension d'anxiété d'attachement						
Effet / chemin	Est.	SE	IC 95 %	Z	p	% Méd.
Effets de médiation						
Indirect (a x b)	-0.13	0.03	[-0.20 ; -0.08]	-4.27	<.001	46.34
Direct (c)	-0.15	0.06	[-0.26 ; -0.03]	-2.65	0.008	53.66
Total (c + a x b)	-0.28	0.05	[-0.39 ; -0.17]	-5.18	<.001	100.00
Estimation des chemins						
Anxiété → Tolérance à la détresse (a)	-0.36	0.05	[-0.45 ; -0.26]	-7.19	<.001	
Tolérance à la détresse → Acceptation (b)	0.37	0.06	[0.25 ; 0.49]	5.98	<.001	
Anxiété → Acceptation (c)	-0.15	0.06	[-0.26 ; -0.03]	-2.65	0.008	
Dimension évitement d'attachement						
Effet / chemin	Est.	SE	IC 95 %	Z	p	% Méd.
Effets de médiation						
Indirect (a x b)	-0.16	0.04	[-0.24 ; -0.09]	-3.83	<.001	27.30
Direct (c)	-0.42	0.08	[-0.58 ; -0.25]	-4.99	<.001	72.70
Total (c + a x b)	-0.57	0.08	[-0.72 ; -0.42]	-7.57	<.001	100.00
Estimation des chemins						
Évitement → Tolérance à la détresse (a)	-0.48	0.08	[-0.63 ; -0.31]	-6.01	<.001	
Évitement → Acceptation (b)	0.33	0.06	[0.21 ; 0.45]	5.54	<.001	
Évitement → Acceptation (c)	-0.42	0.08	[-0.58 ; -0.25]	-4.99	<.001	

Note. Est. = estimation de l'effet non standardisé ; SE = erreur standard ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 % ; Z = statistique de Wald ; % Méd. = pourcentage de médiation. Les coefficients a, b et c renvoient respectivement au chemin prédicteur → médiateur, médiateur → variable dépendante et prédicteur → variable dépendante (chemin direct).

Une analyse de médiation a été réalisée pour examiner si la tolérance à la détresse médiatise la relation entre les dimensions d'attachement et l'acceptation (voir Tableau 15). Les résultats montrent que la dimension d'anxiété est négativement associée à l'acceptation à la fois directement (β = -0,15, p = 0.008) et indirectement via une moindre tolérance à la détresse (β = -0,13, p < .001), indiquant une médiation partielle. La dimension d'évitement est également négativement associée à l'acceptation avec un effet direct (β = -0,42, p < .001)

et un effet indirect via une moindre tolérance à la détresse (β = -0,16, p < .001), suggérant aussi une médiation partielle. L'effet total de l'évitement sur l'acceptation est plus marqué (β = -0,57, p < .001) que celui de l'anxiété (β = -0,28, p < .001), indiquant que l'évitement exerce une influence plus forte sur la diminution de l'acceptation, en partie expliquée par une tolérance à la détresse plus faible. Ces résultats indiquent que les dimensions d'anxiété et d'évitement influencent l'acceptation à la fois directement et indirectement via une capacité à tolérer la détresse plus faible.

2.4.2.1. Analyse de modération

Une analyse de modération a été réalisée pour tester si la tolérance à la détresse (DTS) module la relation entre les dimensions d'attachement et l'acceptation. Cependant, aucun effet d'interaction n'est significatif (ps > .05), indiquant que la tolérance à la détresse n'influence pas la force de la relation entre les styles ou dimensions d'attachement et l'acceptation. Ces résultats suggèrent que les styles ou dimensions d'attachement et la tolérance à la détresse sont indépendamment associés à l'acceptation.

2.5. Discussion

2.5.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'examiner dans quelle mesure les dimensions d'attachement influencent la capacité d'acceptation des expériences internes. Nos résultats confirment l'importance de l'attachement dans l'acceptation, suggérant qu'un attachement sécure la facilite tandis que l'insécurité (anxieuse et évitante) la limite.

Plus précisément, nos résultats ont montré que les individus ayant une insécurité d'attachement (anxiété et évitement) sont associés à des niveaux plus faibles d'acceptation. Ces résultats s'inscrivent en cohérence avec la littérature indiquant que les attachements

insécures conduisent à utiliser des stratégies de RE moins adaptées (Girme et al., 2021; Mikulincer & Shaver, 2019). Nos analyses de corrélations et de régressions confirment ces tendances : l'anxiété et l'évitement d'attachement prédisent des niveaux moins élevés d'acceptation, révélant que l'insécurité d'attachement limite la capacité à accueillir les expériences internes. Cela est conforme à la théorie de l'attachement indiquant que l'hyperactivation et la rumination ou la désactivation et l'évitement associés à l'insécurité d'attachement limitent la capacité à réguler les émotions de manière adaptative (Mikulincer & Shaver, 2019) et donc à accueillir les expériences internes difficiles. Dès lors, ces résultats suggèrent que la capacité d'acceptation est limitée par l'insécurité d'attachement. L'insécurité d'attachement, en activant ces mécanismes de défense émotionnels, limite donc la possibilité d'adopter une posture d'acceptation expérientielle face à l'anxiété ou à d'autres états internes aversifs.

De plus, l'évitement d'attachement apparaît comme étant le prédicteur le plus fort, ce qui suggère que la distanciation vis à vis de l'expérience émotionnelle et la difficulté d'accès à l'émotion (Mikulincer & Shaver, 2016, p. 217) caractéristique de l'évitement d'attachement, constituent des obstacles majeurs à l'acceptation expérientielle, peut-être davantage que la surcharge émotionnelle liée à l'anxiété d'attachement, ce qui appuie l'idée que l'acceptation nécessite un accès suffisant à l'émotion pour pouvoir s'y ouvrir.

Le regroupement en catégories d'attachement (sécure/insécure), permet de confirmer que la sécurité d'attachement, comprise comme une anxiété et un évitement faible, est associée à une acceptation significativement plus élevée. Cela est cohérent avec la littérature (e.g., Girme et al., 2021; Mikulincer & Shaver, 2019; Naragon-Gainey et al., 2017) qui souligne l'association entre l'attachement sécure et l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle dites adaptatives, parmi lesquelles figure que l'acceptation.

Au-delà de cette confirmation empirique, nos résultats permettent d'enrichir la compréhension des déterminants de l'acceptation. Nos données mettent en lumière l'ancrage de la capacité à s'ouvrir à ses expériences internes dans les modèles internes opérants, en particulier ceux liés aux représentations de soi et de ses propres expériences internes comme sources de sécurité ou de menace. Ainsi, les styles d'attachement pourraient agir sur la régulation émotionnelle comme des facteurs prédisposants à l'adoption de stratégies dites d'engagement telles que l'acceptation pour les attachements sécures, ou à l'adoption de stratégies de désengagement ou de persévération cognitive, respectivement pour les attachements évitants et anxieux.

2.5.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire de cette étude était d'examiner le rôle de la tolérance à la détresse dans la relation entre l'attachement et l'acceptation.

Tout d'abord, les résultats indiquent une association positive entre la tolérance à la détresse et l'acceptation. Cela est cohérent avec les travaux antérieurs qui ont montré qu'une faible tolérance à la détresse est associée à l'utilisation de stratégies inadaptées tandis qu'une meilleure tolérance est liée à l'utilisation de stratégies adaptatives telles que l'acceptation (Jeffries et al., 2016; Naragon-Gainey et al., 2017). Ainsi, si l'attachement a une influence directe sur l'acceptation, les résultats indiquent qu'elle semble aussi être influencée indirectement par la tolérance à la détresse. Les résultats de la médiation révèlent des mécanismes identiques pour les deux dimensions d'insécurité d'attachement. Les dimensions d'anxiété et d'évitement influencent négativement l'acceptation à la fois directement et indirectement par le biais d'une moins bonne tolérance à la détresse. Cela confirme que l'insécurité d'attachement entrave directement la RE et l'utilisation de stratégies adaptatives (e.g., Girme et al., 2021; Mikulincer & Shaver, 2019; Naragon-Gainey et al., 2017), mais également que la tolérance à la détresse accentue cette tendance et joue également un rôle dans

le choix ou non de stratégies adaptatives (Jeffries et al., 2016; Naragon-Gainey et al., 2017). Contrairement aux attentes toutefois, la tolérance à la détresse n'a pas d'effet modérateur dans la relation entre l'attachement et l'acceptation. Les résultats montrent que l'effet d'interaction entre la tolérance à la détresse et l'attachement n'est pas significatif, quel que soit les styles ou dimensions d'attachement. Cela signifie que la relation entre acceptation et attachement ne varie pas en fonction du niveau de tolérance à la détresse.

2.5.2.1. Comment l'attachement pourrait affecter la capacité à accepter

Dans le cadre et la trajectoire développementale, telle que conceptualisée par la théorie de l'attachement, une figure d'attachement sécurisante permet à l'enfant d'apprendre à réguler ses émotions. D'une part, elle constitue un modèle à suivre de régulation émotionnelle adaptée et, d'autre part, elle procure à l'enfant une sécurité nécessaire pour explorer à la fois son environnement externe mais aussi ses expériences internes, tout en sachant qu'il peut revenir vers elle en cas de besoin. Il peut donc expérimenter des émotions désagréables dans un contexte dans lequel il se sait soutenu. Petit à petit, via les modèles internes opérants (MIO), il va intérioriser cette base de sécurité que constituait sa figure d'attachement.

Fort de ces théories explicatives, nous pouvons faire un parallèle avec la régulation des émotions et plus particulièrement la capacité à accepter les expériences internes. En effet, il a été établi que les relations précoces avec les figures d'attachement influencent durablement la structuration de la RE à travers les MIO (Bowlby, 1973; Bretherton & Munholland, 2008; Cassidy, 1994; Marvin & Britner, 2008; Shaver & Mikulincer, 2002). Un attachement sécure favorise l'usage de stratégies dites adaptatives, tandis qu'un attachement insécure (anxieux ou évitant) conduit à des stratégies moins efficaces, telles que la rumination ou la suppression émotionnelle (Mikulincer & Shaver, 2019). Ces dynamiques, fondées sur l'hyperactivation ou la désactivation du système d'attachement (Main, 1990), expliquent des différences individuelles dans la régulation émotionnelle (Mikulincer & Shaver, 2016).

Pour réussir à accepter nos propres émotions, on peut faire l'hypothèse qu'il semble nécessaire d'avoir appris cela, soit dans le cadre d'interventions basées sur la pleine conscience et l'acceptation (MABI), soit dans sa propre trajectoire développementale en ayant déjà eu un modèle externe reproduisant les principales étapes du processus d'acception. Intéressons-nous à cette dernière hypothèse plus précisément. On peut penser qu'une relation précoce sécurisante permettrait d'expérimenter l'acceptation en extériorisant ses différents sous-processus. En effet, dans une relation sécurisante, la figure d'attachement pourrait accompagner le sujet dans l'acceptation de son expérience interne au moment où celle-ci se manifeste. Ainsi, une figure d'attachement pourrait alors servir de processus d'acceptation externe au sujet, lui offrant ainsi un modèle d'ouverture aux émotions, qu'il pourra par la suite intérioriser par la répétition de l'expérience. Ces processus appris, reproduits et intégrés deviendront ensuite des processus d'acceptation internalisés et une stratégie de RE sur laquelle s'appuyer.

La théorie de l'attachement et les modèles internes opérants peuvent aussi aider à comprendre les différences individuelles, entre les profils anxieux et évitants, qui peuvent entraver la capacité à s'ouvrir aux expériences internes. Concernant les individus présentant un attachement plus fortement évitant, caractérisé par une mise à distance des émotions et une représentation de soi autonome et auto-suffisante en termes de régulation, l'ouverture à certaines expériences internes (e.g. jalousie, colère, envie, tristesse) peut entrer en conflit avec cette conception de soi et provoquer une dissonance suscitant un inconfort important. De plus, la mise à distance des expériences menaçantes ne favorise pas l'ouverture à celles-ci, qui demande au préalable à être reconnues et identifiées. Chez les personnes présentant un attachement anxieux, caractérisé par une faible estime de soi et un sentiment d'auto-efficacité réduit, l'exposition aux expériences internes, surtout si elles sont en lien avec une problématique relationnelle telle que le rejet, constitue un défi à plusieurs niveaux. Tout

d'abord, l'intensité des émotions liée à une tendance à l'hyperactivation de leur système d'attachement (e.g., Wei et al., 2005) peut rendre l'ouverture à celles-ci plus difficile et effrayante. Ensuite, la vision négative de soi, caractéristique de l'anxiété d'attachement et, notamment, les doutes de soi sur leur auto-efficacité, peut rendre la perception de cette tâche d'acceptation comme plus difficilement atteignable et menaçante. Ainsi, ces différences laissent entrevoir la difficulté d'aborder l'acceptation de manière indifférenciée, étant donné que les variations individuelles d'attachement abordent des problématiques et enjeux spécifiques qui peuvent influencer l'accessibilité et la mise en œuvre de cette stratégie.

2.5.3. Limites et perspectives théoriques et cliniques

Plusieurs limites doivent être prises en compte. Premièrement, la nature transversale de l'étude ne permet pas d'établir de relations causales. Deuxièmement, les mesures utilisées sont basées sur des auto-questionnaires, susceptibles d'introduire des biais tels que la désirabilité sociale ou l'effet de conformité. De plus l'outil de mesure de l'attachement (RSQ) semble présenter des limites, avec notamment de multiples cotations et aux cohérences internes parfois faibles (Kurdek, 2002). Les futures recherches pourraient explorer ces mécanismes en utilisant des approches expérimentales ou longitudinales et en intégrant des mesures physiologiques de la tolérance à la détresse (réactivité au stress, régulation vagale) ou évaluer l'attachement avec d'autres questionnaires notamment en hétéroévaluation. Quatrièmement, la représentativité de l'échantillon pourrait être limitée avec une majorité de participants femmes ou de personnes ayant un haut niveau d'éducation, ce qui pourrait restreindre la généralisation des résultats. Ainsi, les études futures pourraient tirer parti d'une plus grande diversité en termes de niveau d'éducation et de genre. De plus, la présente étude repose sur un échantillon non clinique, alors que des recherches ultérieures pourraient être menées sur des échantillons cliniques spécifiques afin d'explorer plus en détail la relation entre l'acceptation et l'attachement. Enfin, le fait que certains participants aient pu acquérir des compétences d'acceptation à la suite d'interventions

préalables basées sur l'acceptation et la pleine conscience n'a pas été contrôlé, ce qui pourrait constituer un facteur influençant leur niveau d'acceptation actuel qui pourrait être pris en compte par de futures recherches.

Les résultats de cette étude soulignent le rôle clé de l'attachement dans la capacité d'acceptation, ouvrant ainsi des perspectives théoriques et cliniques importantes. D'un point de vue théorique, ces résultats renforcent l'idée que l'attachement joue un rôle fondamental dans le développement et la mise en œuvre de stratégies de régulation émotionnelle, en particulier de l'acceptation. La présente étude suggère que cette capacité à accepter ses émotions est modulée par le style d'attachement, confirmant que l'attachement sécure est associé à une meilleure aptitude à accepter les émotions, tandis que l'attachement insécure (anxiété et évitement) tend à entraver cette capacité. Il serait intéressant d'examiner dans des recherches futures si l'amélioration de l'attachement est associée à une meilleure capacité d'acceptation à long terme. De plus, si la tolérance à la détresse explique en partie pourquoi l'attachement influence l'acceptation, des recherches futures pourraient explorer d'autres mécanismes sous-jacents potentiels tels que l'autocompassion. Celui-ci pourrait être influencé par l'attachement également.

L'insécurité d'attachement peut constituer un obstacle à l'acceptation et par conséquent rendre sa mise en œuvre plus compliquée. D'un point de vue clinique, ces résultats soulignent l'importance d'intégrer une évaluation de l'attachement dans les interventions basées sur l'acceptation (MABI). L'insécurité d'attachement peut constituer un obstacle à l'intégration et à la mise en pratique de la stratégie d'acceptation, rendant le processus plus complexe et plus long pour certains individus. Il apparaît donc pertinent d'adapter le contenu et le déroulement de ces interventions en fonction du profil d'attachement des patients. Cela suggère que l'accès à la stratégie d'acceptation et son apprentissage pourraient être plus longs et difficiles pour les individus présentant un attachement insécure. Il serait donc pertinent d'en tenir compte dans

les MABI, en adaptant les processus d'apprentissage aux spécificités liées à l'attachement. Plus précisément, les résultats suggèrent des pistes d'adaptation spécifiques en fonction des dimensions d'anxiété et d'évitement. Pour les individus présentant un attachement anxieux, (i.e. avec une tendance à l'hyperactivation émotionnelle, une recherche constante de soutien et une peur du rejet), les interventions pourraient en premier lieu créer une relation thérapeutique sécurisante pour renforcer le sentiment de sécurité émotionnelle et d'auto-efficacité en termes de régulation émotionnelle, mais aussi enseigner des stratégies de RE pour diminuer la réactivité et l'intensité émotionnelle (e.g., relaxation, techniques de respiration, etc.) avant d'enseigner l'acceptation expérientielle, puis encourager une acceptation progressive des états émotionnels négatifs, notamment ceux créés dans des cadres relationnels qui peuvent engendrer une forte activation émotionnelle pour les conduire à dissocier leur détresse émotionnelle du rejet interpersonnel. Pour les individus présentant un attachement évitant (i.e. une tendance à désactiver et émotionnellement distant), les interventions devraient donc encourager la reconnexion émotionnelle par des exercices de focalisation de l'attention centrés sur les sensations corporelles dans un premier temps, travailler sur la tolérance à la vulnérabilité en exposant progressivement le patient à des expériences émotionnelles négatives dans un cadre sécurisé et favoriser l'expression émotionnelle et la recherche de soutien dans les relations interpersonnelles et au sein de la relation thérapeutique. De futures recherches expérimentales pourraient tester dans les MABI ces enseignements différenciés selon l'attachement anxieux ou évitant.

Vers une intervention combinée alliant attachement et acceptation

Les résultats de cette étude suggèrent également la possibilité de concevoir une intervention basée sur l'acceptation spécifique qui intègrerait à la fois un travail sur l'attachement et l'enseignement de l'acceptation. Cette approche combinée viserait un double objectif, à savoir aller vers plus de sécurité d'attachement en travaillant sur la modification des

schémas internes (MIO) dysfonctionnels mais aussi renforcer la capacité d'acceptation en développant l'apprentissage de celle-ci en tant que stratégies de RE. En intégrant simultanément le travail sur l'attachement et l'acceptation, cette approche permettrait de lever les barrières spécifiques à l'attachement insécure tout en favorisant une meilleure régulation émotionnelle. L'amélioration de la sécurité d'attachement pourrait ainsi faciliter l'acceptation des états émotionnels inconfortables, créant une dynamique thérapeutique synergique, où la sécurité relationnelle et l'ouverture expérientielle se renforcent mutuellement.

2.6. Conclusion

Cette étude confirme que la sécurité d'attachement est un facteur clé dans la capacité d'acceptation. Tandis que la sécurité facilite l'ouverture aux expériences internes, l'insécurité tend à la limiter. Ainsi, la capacité à s'ouvrir aux expériences internes semble plus difficile en cas d'insécurité d'attachement, surtout pour la dimension d'évitement. En effet, l'insécurité d'attachement influence de manière différenciée la capacité d'acceptation selon le degré d'anxiété ou d'évitement, chacun étant associé à des obstacles spécifiques au processus d'ouverture aux expériences internes douloureuses. Au-delà de l'influence directe de l'attachement sur l'acceptation, la tolérance à la détresse joue aussi un rôle médiateur. Cela souligne l'intérêt d'adapter les interventions basées sur l'acceptation (e.g., MBCT, MBSR, ACT) selon le style d'attachement, en intégrant un renforcement ciblé de la tolérance à la détresse, afin de soutenir et renforcer le développement de la capacité à accepter chez les personnes présentant plus d'insécurité.

Chapitre 3. Modélisation, modérateurs et bénéfices perçus de l'acceptation expérientielle dans un contexte d'anxiété : une étude qualitative basée sur la théorisation ancrée

3.1. Résumé

L'acceptation est une stratégie de régulation émotionnelle visant à accueillir l'anxiété sans la modifier, ni l'éviter. Bien qu'elle soit centrale dans les interventions basées sur la pleine conscience et l'acceptation (MABI), ses mécanismes expérientiels restent peu explorés. Cette étude vise à modéliser les sous-processus impliqués dans l'acceptation de l'anxiété, afin d'enrichir la compréhension de cette stratégie, d'identifier les facteurs qui en facilite ou freine la mise en œuvre, ainsi que les conséquences perçues par les individus qui y recourent. Un total de 26 adultes ayant une expérience préalable des MABI ont été recrutés via des réseaux professionnels. Ils ont participé à des entretiens semi-structurés explorant leur vécu de l'acceptation face à l'anxiété. L'analyse qualitative des données, basée sur la Grounded Theory, a suivi un processus de codage ouvert, axial et sélectif, permettant d'identifier les catégories clés et leurs interrelations. Les résultats ont montré que l'acceptation de l'anxiété se déploie à travers plusieurs étapes et sous-processus interconnectés : (1) Observer à travers le corps (focalisation sur l'expérience intéroceptive) ; (2) Ne pas réagir (décentration et non-réactivité face à l'expérience interne d'anxiété) ; (3) Identifier et reconnaître l'anxiété ; (4) Valider et normaliser (reconnaître l'anxiété comme une expérience humaine légitime) ; (5) Rester avec et laisser exister (demeurer présent à l'anxiété en la laissant se déployer). Néanmoins, la mobilisation vers l'acceptation exige un effort important en situation de forte anxiété et

plusieurs facteurs facilitateurs ont pu être identifiés tels que l'appui sur la psychoéducation, le cadre des MABI ou encore l'autocompassion notamment. Enfin, les conséquences perçues de l'acceptation apparaissent liées tant à l'expérience d'anxiété qu'au rapport à soi.

Ces résultats affinent la compréhension de l'acceptation comme processus structuré de régulation émotionnelle. Ce modèle met en évidence une dynamique active impliquant plusieurs mécanismes sous-jacents à l'acceptation de l'anxiété. Il ouvre la voie à des interventions cliniques plus ciblées et à l'exploration des variations individuelles et contextuelles de ces sous-processus.

3.2. Introduction

La régulation des émotions, et plus particulièrement celle de l'anxiété, constitue un enjeu majeur dans la santé mentale. Depuis plusieurs années, la psychologie clinique connait une évolution vers une approche centrée sur les dimensions de psychopathologie, c'est-à-dire sur les processus sous-jacents et transversaux impliqués dans les troubles, plutôt que sur les catégories diagnostiques issues du modèle médical taxonomique (Kotov et al., 2017). Cette perspective transdiagnostique a des répercussions importantes tant sur le plan théorique, en encourageant l'élaboration de modèles intégratifs et dynamiques, que sur le plan clinique et thérapeutique, en soutenant le développement d'interventions ciblant des processus dimensionnels transversaux, tels que la régulation des émotions.

La régulation des émotions désigne un ensemble de processus physiologiques, cognitifs ou comportementaux par lesquels les individus tendent à moduler la nature et l'intensité de leurs émotions (Gross & Thompson, 2007). Plus précisément, elle fait référence aux « *processus par lesquels les individus influencent les émotions qu'ils ressentent, le moment où ils les ressentent, ainsi que la manière dont ils font l'expérience de ces émotions et les*

expriment » (Gross, 1998, p. 5). C'est un facteur qui joue un rôle clé dans la santé mentale et le bien-être (Gross & Levenson, 1997; Watkins & Brown, 2002). Lorsqu'elle est inadaptée, la régulation émotionnelle est impliquée dans l'étiologie, la maintenance et l'aggravation des troubles émotionnels (anxiété et dépression) et plus généralement de la psychopathologie (e.g., Gross & Muñoz, 1995; Kring & Sloan, 2010; Mennin et al., 2007; Sloan et al., 2017; Werner & Gross, 2010). De plus, il a été établi que l'amélioration de la régulation émotionnelle était un mécanisme commun de changement en psychothérapie (Gratz & Tull, 2010; Tull & Aldao, 2015). Plus spécifiquement, la RE peut être mise en œuvre à travers diverses stratégies. Aussi, les stratégies de RE ont fait l'objet de recherches pour évaluer leur efficacité. Ainsi, il a été démontré que les stratégies de régulation émotionnelle inadaptées, telles que l'évitement, la suppression, la rumination ou la consommation de substances, étaient associées à une psychopathologie accrue, tandis que les stratégies adaptatives, comme l'acceptation, la réévaluation cognitive ou la résolution de problèmes, étaient liées à une meilleure santé mentale (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Cette catégorisation des stratégies en fonction de leur caractère adapté ou inadapté apparaît insatisfaisante, ce caractère n'étant pas intrinsèque mais semblant plutôt dépendre du contexte dans lequel la stratégie est mise en œuvre. Une méta-analyse (Naragon-Gainey et al., 2017) a permis de classer les stratégies de régulation émotionnelle en trois catégories selon leur structure sous-jacente, identifiée par le degré d'engagement émotionnel qu'elles représentent, à savoir : l'engagement adaptatif, le désengagement et la persévération cognitive. Ainsi, le désengagement représente les tentatives d'éviter ou d'échapper aux émotions, la persévération cognitive, consiste à adopter des stratégies de rumination ou d'inquiétudes, alors que l'engagement adapté implique un engagement avec la détresse et comprend les stratégies dites d'approche comme l'acceptation, la pleine conscience et la réévaluation cognitive. Notons que la pleine conscience est définie comme un processus de régulation de l'attention visant à maintenir une conscience immédiate

et non élaborative de l'expérience présente, accompagnée d'une attitude envers celle-ci caractérisée par la curiosité, l'ouverture à l'expérience et l'acceptation (Bishop et al., 2004, p. 234). Elle a donc deux composantes distinctes, à savoir la régulation de l'attention et l'acceptation (Bishop et al., 2004), mais elle semble toutefois principalement entendue dans l'étude (Naragon-Gainey et al., 2017) comme un déploiement de l'attention. Cette classification des stratégies de RE selon leur engagement émotionnel a des conséquences au niveau psychopathologique puisqu'il a été démontré, tant dans les cadres théoriques que dans les études empiriques, que les efforts pour fuir ou éviter la détresse et l'engagement persévérant dans celle-ci tendent à exacerber et maintenir la pathologie(e.g., l'évitement dans l'anxiété : Cisler & Koster, 2010; la rumination fréquente dans la dépression : Liu & Thompson, 2017). De même, les personnes présentant des symptômes plus élevés de troubles émotionnels utilisent fréquemment des stratégies de désengagement et de persévération et rarement des stratégies d'engagement (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010).

Parmi les stratégies de régulation émotionnelle d'engagement (Naragon-Gainey et al., 2017), l'acceptation consiste à s'ouvrir à ses émotions qu'elles soient agréables ou désagréables sans chercher à les éviter. C'est donc une stratégie de régulation émotionnelle considérée comme adaptée et équilibrée (e.g., Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Eifert & Heffner, 2003; Hayes, Bissett, et al., 1999) et considérée comme une facteur central de la santé mentale et du bien-être (Ribeyron et al., 2025). L'acceptation est définie comme une ouverture expérientielle à la réalité du moment présent (Roemer & Orsillo, 2002) et implique une décision consciente d'abandonner son intention de vivre des expériences différentes, ainsi qu'un engagement actif à ressentir les émotions comme des émotions, à observer les pensées comme des pensées, à accueillir les souvenirs comme des souvenirs, etc. (Hayes, Strosahl, et al., 1999, p. 77). L'acceptation constitue toutefois une stratégie de

régulation émotionnelle particulière dans la mesure où son objectif initial n'est pas de moduler l'intensité de l'émotion, mais plutôt de l'accueillir telle qu'elle est et de rester avec. Bien que considérée comme une stratégie de régulation des émotions (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Naragon-Gainey et al., 2017), elle se distingue des autres stratégies, qui reposent sur une forme de modification active d'un état émotionnel en termes de qualité, intensité, durée ou fréquence de l'émotion (Gross, 2015b), car son intention fondamentale n'est pas d'altérer directement l'émotion, mais de transformer le rapport que l'individu entretient avec celle-ci.

3.2.1. Le rôle central de l'acceptation dans les MABI

L'acceptation est au cœur des approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience (Mindfulness and Acceptance Based Interventions – MABI). Celles-ci comprennent notamment les interventions basées sur la pleine conscience telles que la Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1990), la Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al., 2002), sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes, Strosahl, et al., 1999) et la thérapie comportementale dialectique (TCD ; Linehan, 1993a).

Un modèle théorique, le Monitor and Acceptance Theory (MAT ; Lindsay & Creswell, 2017), a expliqué les effets des entrainements à la pleine conscience en s'appuyant sur les deux composantes du modèle de Bishop et al. (2004), à savoir la régulation de l'attention qui permet d'orienter son attention sur le moment présent (Chiesa et al., 2011) et l'acceptation de l'expérience dudit moment. L'acceptation est ici entendue comme un terme générique englobant non-réactivité, équanimité, non-jugement et ouverture. Or ces notions, bien qu'appartenant au même réseau nomologique, sont reconnues comme des concepts distincts. Par exemple, l'équanimité est définie comme un état mental (ou disposition) caractérisé par une attitude stable face aux expériences (internes/externes, agréables/désagréables)(Desbordes et al., 2015). Le non-jugement et la non-réactivité constituent deux des cinq facettes de la pleine conscience, identifiées par Baer (2006), qui décriraient l'acceptation, respectivement comme

s’abstenir de tout jugement ou de toute auto-critique à propos du fait de vivre une expérience, et ne pas y réagir de manière impulsive. Tandis que l’ouverture à l’expérience peut faire référence à une disposition, un trait de personnalité, caractérisé par la curiosité et la réceptivité aux nouvelles expériences (Costa Jr & McCrae, 1992). Ainsi, le MAT (Lindsay & Creswell, 2017) démontre que la régulation de l’attention peut accroître la conscience des émotions négatives et intensifier la réactivité affective si elle n’est pas accompagnée de l’acceptation. En revanche, l’acceptation, en modifiant la relation à l’expérience, réduit efficacement cette réactivité. Les études de validation du MAT sont basées sur le démantèlement des interventions, qui consiste à isoler pour évaluer individuellement les différents composants des programmes de pleine conscience, confirment que l’acceptation est un mécanisme essentiel de la régulation émotionnelle et de la réduction du stress (Lindsay, Young, et al., 2018). Ainsi, l’acceptation est considérée comme l’ingrédient principal des interventions basées sur la pleine conscience (MBI), le simple contrôle de l’attention ne suffisant pas à améliorer la régulation émotionnelle, et conduirait même à intensifier les affects désagréables. Néanmoins, il reste à clarifier le rôle de l’acceptation seule (sans régulation de l’attention), celle-ci n’étant pas enseignée de manière isolée à ce jour (Lindsay & Creswell, 2017). Une méta-analyse récente (Stein & Witkiewitz, 2020) a confirmé que l’acceptation était le composant actif efficace sur le stress des interventions basées sur la pleine conscience, par rapport au monitoring de l’attention seul (Chin, Lindsay, et al., 2019; Lindsay, Chin, et al., 2018; Lindsay, Young, et al., 2018). Par ailleurs, les auteurs de la méta-analyse (Stein & Witkiewitz, 2020) suggèrent de chercher dans le futur à mieux définir et opérationnaliser l’acceptation pour comprendre les mécanismes de son effet sur les résultats.

C’est à travers les théories et les interventions de pleine conscience que l’acceptation a été la plus étudiée. Si pendant des décennies, la majorité des recherches se sont concentrées sur

l'efficacité des interventions basées sur l'acceptation et la pleine conscience (MABI), l'intérêt pour les mécanismes sous-jacents est plus récent.

L'acceptation est définie comme une composante et un mécanisme clé du changement de la pleine conscience. C'est le cas dans le modèle de Bishop et al. (2004), aujourd'hui largement reconnu, selon lequel l'acceptation est une composante de la pleine conscience aux côtés de la régulation de l'attention. Cependant, plusieurs autres modèles théoriques ont cherché à décrire les mécanismes à l'œuvre dans la pleine conscience, incluant de manière implicite ou explicite l'acceptation. C'est le cas du modèle de Baer (2003) selon lequel, l'exposition, le changement cognitif, l'autorégulation, la relaxation, et l'acceptation sont des mécanismes clés de la pleine conscience.

Pour Shapiro, Carlson, Astin et Freedman (2006), l'attention, l'intention (i.e., raison pour laquelle on pratique) et l'attitude (i.e., manière dont on est attentif, c'est-à-dire avec patience, compassion et non-attachement ou lutte) sont les trois composantes essentielles de la pleine conscience, reprises dans la formule « *On purpose paying attention in a particular way* » (être délibérément attentif d'une manière particulière). Ainsi l'acceptation est principalement intégrée dans la dimension de l'attitude, qui représente la manière dont l'expérience est vécue, c'est-à-dire avec ouverture et curiosité. On pourrait également penser qu'elle est comprise également dans l'intention, en tant que motivation sous-jacente à la pratique.

Pour Brown, Ryan et Creswell (2007), des processus sous-jacents expliquent les effets bénéfiques de la pleine conscience. L'un de ces processus est l'insight qui correspond à une prise de recul face aux pensées et émotions transitoires, soit une perceptive décentrée. Un autre mécanisme est l'exposition volontaire qui réduirait la réactivité émotionnelle en faisant face aux expériences désagréables. Dans leur modèle, le non-attachement constitue également un processus clé en facilitant la capacité à accepter ou choisir délibérément ce qui est (*willingness*) sans s'y accrocher, tout comme l'amélioration du fonctionnement corps-esprit via, notamment,

une meilleure régulation du stress. Tous ces processus favorisent un fonctionnement intégré, caractérisé par une meilleure régulation de soi, une plus grande autonomie et des capacités relationnelles accrues.

Un autre modèle explicatif des mécanismes sous-jacents à la pleine conscience est celui proposé par Grabovac, Lau et Willett (2011), fondé sur les textes bouddhistes. Il identifie plusieurs processus clés, parmi lesquels figurent l'acceptation/compassion (en tant qu'attitude qui aide à refocaliser l'attention en empêchant le jugement et la prolifération mentale qui en résulte. Ici l'acceptation est comprise comme une « *qualité de conscience* » qui n'implique pas la cognition.

Un autre modèle, en cinq dimensions, a été développé à partir d'une analyse factorielle dans l'outil psychométrique *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, Baer et al., 2006). Ce sont l'observation, la description, l'action avec conscience, le non-jugement de l'expérience intérieure et la non-réactivité à l'expérience intérieure. Toutefois, ce qui mesure exactement l'acceptation dans la FFMQ n'est pas clair. Certaines études peuvent utiliser la sous-échelle de non-jugement (Bohlmeijer et al., 2011) alors que d'autres ajoutent aussi celle de non-réactivité (Cary et al., 2020), ce qui semble correspondre davantage à la position première des auteurs (Baer et al., 2006).

Enfin, même si l'acceptation n'est pas expressément citée et développée dans leur revue théorique, Hölzel et ses collaborateurs (2011) ont identifié et décrit quatre mécanismes fondamentaux sur lesquels la pleine conscience agit, en s'appuyant sur des recherches empiriques et sur les neurosciences : la régulation de l'attention, la conscience du corps, la régulation des émotions et le changement de perspective sur soi. Ainsi, selon les auteurs, la pleine conscience favorise la (a) régulation de l'attention, en entraînant la capacité à ramener volontairement l'attention sur un objet d'ancrage. Elle développe une (b) perception accrue des sensations corporelles, facilitant une meilleure reconnaissance des états internes. Elle renforce

la (c) régulation émotionnelle à travers des processus complémentaires de réévaluation cognitive et d'exposition, extinction et reconsolidation avec une exposition répétée aux stimuli anxiogènes, sans réponse défensive, qui facilite la diminution progression des réponses automatiques d'anxiété. Enfin, elle favorise (d) un changement de perspective sur soi en encourageant la décentration. Les pensées et émotions sont perçues comme des événements transitoires plutôt que des éléments qui définissent l'identité, réduisant la fusion cognitive. Ainsi, les auteurs suggèrent que la pleine conscience pourrait agir comme un mécanisme d'exposition, extinction et reconsolidation.

Revenons plus en détail sur ces processus liés à l'exposition avec prévention de la réponse (EPR) (Foa & Kozak, 1986), méthode thérapeutique établie et reconnue dans le traitement des troubles anxieux, et notamment des TOC et des phobies. L'EPR consiste à exposer de manière volontaire une personne à des stimuli redoutés, provoquant par exemple de l'anxiété et à empêcher la réaction automatique apparentée à un comportement de sécurité, par exemple l'évitement. Ce dernier peut être manifeste (e.g., éviter d'être en contact avec un objet phobogène) ou cognitif (e.g., éviter par les pensées). La présentation répétée du stimulus conditionné (situation redoutée) en l'absence du stimulus non conditionné (réponse habituelle) entraîne donc l'extinction des réponses conditionnées par une désensibilisation à l'inconfort et une réponse différente à celui-ci. Ainsi, le conditionnement de la peur est un processus d'apprentissage qui consiste à associer un stimulus conditionné neutre (e.g., un son) à un stimulus non conditionné (e.g., un choc qui provoque la peur). Après plusieurs associations, la présentation du stimulus conditionné suscitera directement la peur. On obtient l'extinction d'une réponse conditionnée après une présentation répétée du stimulus conditionné (le son) en l'absence du stimulus non conditionné (le choc). Par ailleurs, il convient de noter que l'extinction n'efface pas l'association initiale conditionnée mais formerait une nouvelle trace mnésique, la mémoire du conditionnement initial étant conservée et celle relative à l'extinction

superposée (Quirk, 2002; Rescorla, 2001) ou bien reconsoliderait la mémoire avec de nouvelles associations (Inda et al., 2011; Rossato et al., 2010). La consolidation de la mémoire représente la stabilisation d'un souvenir en mémoire à long terme et qui sera donc moins susceptible d'être perturbé par de nouveaux événements. La théorie de la reconsolidation de la mémoire établit que le souvenir d'un événement le rend malléable pendant quelques heures et peut déstabiliser sa trace mnésique. Durant cette fenêtre de plasticité, le souvenir peut être mis à jour pendant sa réactivation, par la pharmacologie ou la psychothérapie, avant d'être à nouveau consolidé et stocké en mémoire à long terme. C'est donc, en principe, ce que permettrait l'EPR selon les auteurs précédemment cités.

D'autres modèles de pleine conscience co-existants ont pu mettre en avant le rôle central de la régulation de l'attention plus précisément (K. W. Brown & Ryan, 2003; Carmody, 2009; Lutz et al., 2008). L'acceptation serait alors davantage un antécédent (i.e., une intention) de la régulation de l'attention, par une attitude d'ouverture et de curiosité facilitant la focalisation de l'attention pour la ramener vers les sensations (Grabovac et al., 2011) ou une conséquence de la pleine conscience (Grégoire et al., 2016, p. 12).

3.2.2. Effet de l'acceptation sur l'anxiété

Il a été recommandé d'étudier une émotion en particulier dans les recherches sur la régulation émotionnelle car les stratégies peuvent varier selon l'émotion visée . L'anxiété est « *un phénomène physiologique naturel : en réponse à un danger ou à un stress, le fonctionnement de notre organisme se modifie, avec le plus souvent une accélération du rythme cardiaque, des troubles du sommeil, une augmentation de la transpiration et, parfois, des difficultés à respirer ou une mise en retrait.* » (INSERM, 2021). Comme toute émotion, l'anxiété provoque des manifestations généralement transitoires, mais lorsque celles-ci deviennent durables, intenses et envahissantes, elles relèvent d'une anxiété pathologique ou d'un trouble émotionnel. Parmi eux, les troubles anxieux sont répertoriés dans le DSM sous

forme de regroupement de symptômes (par exemple : trouble anxieux généralisé, phobie, trouble panique, etc.). Toutefois, l'anxiété est présente dans de nombreuses pathologies mentales ou somatiques au-delà des seuls troubles anxieux. Des revues systématiques ont pu démontrer l'impact positif des MABI sur la diminution des symptômes dans les troubles anxieux (Haller et al., 2021; Vøllestad et al., 2012), même délivrées en ligne (Reangsing et al., 2023).

3.2.3. Les modérateurs liés à l'acceptation

L'autocompassion a été identifiée comme un facteur influençant le recours à des stratégies de régulation émotionnelle adaptatives (Berking & Whitley, 2014; Paucsik et al., 2023). L'autocompassion (Neff, 2003b) consiste en une attitude bienveillante envers soi-même face à la souffrance. Elle repose sur trois composantes fondamentales : (1) la bienveillance envers soi (*self-kindness*), qui consiste à adopter une attitude chaleureuse et compréhensive plutôt que critique ; (2) la reconnaissance de l'humanité commune (*common humanity*), qui implique de voir ses difficultés comme faisant partie de l'expérience humaine partagée ; et (3) la pleine conscience (*mindfulness*), qui permet d'accueillir ses émotions avec équilibre, sans évitement ni amplification. L'autocompassion est associée à une meilleure régulation émotionnelle, une réduction de l'anxiété et de la dépression, ainsi qu'un renforcement du bien-être psychologique (Neff, 2011).

3.2.4. Problématique et lacunes dans la littérature

La plupart des études concernant les MABI et l'acceptation se concentrent principalement sur des mesures quantitatives reposant le plus souvent sur des questionnaires auto-administrés et mesurant l'impact de l'acceptation mais pas l'expérience vécue. C'est pourquoi il est suggéré d'engager des recherches avec des méthodes qualitatives qui permettraient notamment de comprendre les processus de changement (Jando & Dionne,

2024). En effet, si les études quantitatives montrent des effets bénéfiques globaux de l'acceptation, elles n'éclairent que partiellement sur la manière dont l'acceptation émerge, les étapes qui jalonnent son évolution ou encore les difficultés qui peuvent venir entraver le processus ou les facteurs modérateurs qui en conditionnent l'efficacité. Enfin, la littérature s'intéresse encore trop peu aux bénéfices perçus de l'acceptation au-delà de la simple réduction symptomatique. Par ailleurs, il a été suggéré d'étudier les processus qui sous-tendent l'acceptation ainsi que l'opérationnalisation de celle-ci (Wojnarowska et al., 2020b). De plus, les facteurs modérateurs et les processus à l'œuvre chez les individus qui pratiquent l'acceptation dans la régulation de leur anxiété sont encore peu étudiés.

Les recherches sur la pleine conscience et l'acceptation suggèrent que l'acceptation de l'anxiété est bénéfique, mais comment les personnes opérationnalisent-elles cette acceptation de leur anxiété en pratique ? Quels facteurs influencent la capacité d'une personne à accepter son anxiété ? Quelles conséquences observent-t-elles sur leur anxiété et leur régulation émotionnelle ?

Face à ces lacunes, la présente étude s'inscrit dans une démarche qualitative afin d'explorer le processus d'acceptation de l'anxiété, ses modérateurs susceptibles d'en faciliter ou entraver la mise en œuvre et les bénéfices perçus par ceux qui la pratiquent. Notre objectif est de comprendre et décrire les mécanismes qui entrent en jeu quand les individus optent pour l'acceptation de leur anxiété. Pour répondre à cet objectif, nous nous appuyons sur les principes de la Grounded Theory (Corbin & Strauss, 2015), une méthode qualitative reconnue pour sa capacité à faire émerger un modèle théorique ancré (*grounded*) dans les données empiriques. Cette méthode rigoureuse offre la possibilité de proposer une conceptualisation du phénomène d'acceptation de l'anxiété, en s'appuyant sur les témoignages d'individus la pratiquant dans leur vie quotidienne. Cela permet de se rattacher et de s'appuyer sur les expériences vécues et authentiques qui positionnent l'acceptation dans une démarche de régulation émotionnelle pour

faire face à l'anxiété quotidienne et ainsi déceler des difficultés dans sa mise en œuvre ou compréhension.

3.2.5. Objectifs de l'étude

Plus précisément, cette étude vise à explorer l'expérience subjective d'acceptation en répondant aux questions suivantes : Quels sont les processus impliqués dans l'acceptation de l'anxiété ? Quels sont les modérateurs qui influencent ces processus ? C'est-à-dire les facteurs facilitant ou entravant l'acceptation. Et enfin, quels sont les bénéfices perçus de l'acceptation (i.e., changement dans le rapport à l'anxiété, impacts sur le bien-être et la régulation émotionnelle) ? En répondant à ces questions, nous espérons contribuer à une compréhension plus fine des processus d'acceptation telle qu'elle est vécue et pratiquée pour faire face à l'anxiété mais également fournir des pistes concrètes pour les professionnels de santé mentale.

3.2.6. Apports et implications

Cette étude propose un modèle explicatif de l'acceptation de l'anxiété en identifiant ses processus et modérateurs. Elle s'intéresse aussi aux transformations possibles conséquentes à l'acceptation et permet de mieux comprendre comment les individus régulent leur anxiété avec l'acceptation, au-delà des mesures quantitatives existantes. Ces résultats pourront enrichir les interventions thérapeutiques basées sur l'acceptation et la pleine conscience (MABI), en identifiant les leviers pour faciliter l'apprentissage de l'acceptation. En intégrant les modérateurs et les processus constituant l'acceptation, cette étude peut aider à développer des outils et interventions mieux adaptées aux difficultés spécifiques des individus souhaitant réguler leur anxiété.

3.3. Méthodologie

3.3.1. But de la recherche

L'objectif de notre étude était de proposer un modèle de l'acceptation de l'anxiété, en identifiant les sous-processus impliqués dans ce phénomène. L'analyse des perspectives des personnes pratiquant l'acceptation dans leur vie quotidienne s'avère essentielle pour comprendre comment elles en font l'expérience, la mettent en œuvre et s'approprient les mécanismes en jeu. Cette approche permet de clarifier un concept souvent perçu comme abstrait et flou, en mettant en lumière ce qui se joue au cours du processus d'acceptation : ses différentes étapes ou sous-processus, les médiateurs et modérateurs qui en facilitent l'engagement, ainsi que les obstacles potentiellement rencontrés. Enfin, nous nous intéresserons aux bénéfices rapportés par les participants.

3.3.2. Considérations éthiques

L'étude a été préalablement approuvée par un comité d'éthique de la recherche universitaire (CE-P8- 2021-07 et CE-P8-2024-06-01). Tous les participants à cette étude ont donné par écrit leur consentement libre et éclairé.

3.3.3. Design de l'étude

L'approche de la Grounded Theory de Strauss et Corbin (2015) a été utilisée dans cette étude. L'écriture de cet article a été guidée par le *Guideline for Reporting and Evaluation Grounded Theory research studies* (Berthelsen et al., 2018), le *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Tong et al., 2007) et le *Standard for Reporting Qualitative Research* (O'Brien et al., 2014). Cette méthodologie vise à produire une théorie inductive, dite ancrée dans les données, permettant de rendre compte d'un phénomène à partir de l'analyse

systématique du matériau empirique (Willig, 2013), où le chercheur joue un rôle actif dans l'interprétation et la construction de sens à partir des données recueillies.

3.3.4. La Grounded Theory

La *Grounded Theory* est une méthodologie qualitative ancrée dans les données de terrain qui vise à générer une théorie directement issue des données empiriques (Glaser & Strauss, 1967). Parmi les principaux courants qui se sont distingués, reflétant des différences méthodologiques et épistémologiques, nous avons opté pour la version de Corbin et Strauss (2015). Alors que la *Grounded Theory* classique (Glaser & Strauss, 1967) s'inscrit dans une approche positiviste et inductive pure, où la théorie émerge des données sans influence préalable de cadres théoriques et où le chercheur est considéré comme un observateur neutre, la version ultérieure (Corbin & Strauss, 2015) introduit une approche plus structurée et systématique, intégrant des outils analytiques tels que le codage axial, dans une visée de généralisation. Elle s'appuie sur trois étapes de codage et d'analyse, ouvert, axial et sélectif. Cette approche suit une perspective plus flexible et constructiviste, reconnaissant la subjectivité et l'interprétation du chercheur et la possibilité d'utiliser de manière souple le codage axial pour soutenir une élaboration théorique plus créative, tout en conservant une rigueur méthodologique.

3.3.5. Chercheur

Avec la *Grounded Theory*, le chercheur doit faire preuve d'autoréflexivité sur la manière dont il influence le processus de recherche puisque la théorie finale, construite à partir des données ancrée, est à la fois dans les représentations des participants et celles du chercheur (Corbin & Strauss, 2015, p. 27-29). Par conséquent, nous notons que cette recherche a été menée par une doctorante et psychologue-psychothérapeute formée aux MABI (MBCT, ACT

et DBT), lui conférant préalablement des connaissances théoriques et pratiques sur l'application de l'acceptation.

3.3.6. Participants

Les recrutements et les entretiens ont eu lieu entre septembre 2024 et janvier 2025. Les participants (N = 26) ont été recrutés via une annonce diffusée sur le réseau social professionnel Linkedin, auprès des membres d'une association d'instructeurs de pleine conscience MBSR et d'une association de thérapeutes ACT. Les critères de l'annonce de recrutement étaient de parler couramment le français, d'avoir suivi au moins une intervention basée sur la pleine conscience et l'acceptation délivrée par un thérapeute certifié et de pratiquer régulièrement l'acceptation pour faire face à leurs expériences d'anxiété. Assez rapidement, et conformément au processus d'échantillonnage théorique de la Grounded Theory, l'échantillonnage de l'étude a évolué pour recruter des personnes plus expérimentées, étant pour la plupart elles-mêmes instructrices ou thérapeutes de pratiques basées sur la pleine conscience et l'acceptation. Toutefois et afin de garantir un éventail de perspectives larges pour la saturation théorique, des personnes avec peu d'expérience et des personnes expérimentées ont aussi participé aux entretiens.

Les personnes intéressées étaient invitées à contacter par e-mail la doctorante (JR) qui leur transmettaient par retour de mail la notice d'information détaillant l'étude et les conditions de participation, ainsi que le formulaire de consentement libre et éclairé à signer avant de débuter l'étude. Un rendez-vous en visioconférence était alors fixé.

3.3.7. Collecte des données

A la date convenue, un entretien approfondi avec la doctorante (JR) se déroulait en visioconférence et était constitué d'un entretien semi-structuré composé de questions ouvertes

qui invitaient le participant à explorer son expérience de l'acceptation. Les entretiens ont eu lieu en visioconférence sur Zoom et ont été enregistrés puis retranscrits pour être analysés.

3.3.8. Guide d'entretien

Un guide d'entretien semi-structuré (Annexe 17) a été élaboré et utilisé dans cette étude. La grille d'entretien était composée de 19 questions reparties en 6 axes. Les participants ont été interrogés sur leurs expériences concernant le rapport à l'émotion d'anxiété et les stratégies habituelles de RE de l'anxiété, la conceptualisation et la mise en œuvre concrète de l'acceptation pour faire face à l'anxiété, en identifiant également les motivations et les freins contextuels ou internes à son utilisation, enfin, l'effet de l'acceptation sera exploré pour comprendre ce que devient l'émotion d'anxiété pendant et après l'utilisation de l'acceptation.

3.3.9. Analyse des données

Conformément à la méthodologie de la *Grounded Theory* (Corbin & Strauss, 2015), la collecte et l'analyse des données ont été effectuée simultanément. C'est-à-dire que les données ont été collectées, codées et analysées à la suite de chaque entretien. Et, conformément à l'échantillonnage théorique (Corbin & Strauss, 2015, p. 134-151), les questions des entretiens ont été modifiées en fonction des manquements ou des besoins perçus dans les données. La *Grounded Theory* permet au chercheur une flexibilité dans la collecte des données afin d'étayer l'analyse et la théorie qu'il est en train de faire émerger (Corbin & Strauss, 2015, p. 135). L'échantillonnage théorique a été arrêté lorsque la saturation théorique a été atteinte, c'est-à-dire lorsque la collecte de données supplémentaires n'ajoutaient plus de nouveaux concepts ni de propriétés ou dimensions aux catégories établies (Corbin & Strauss, 2015, p. 134). Le nombre de participants n'était pas prédéfini et après 3 premiers entretiens il a été décidé de faire évoluer l'échantillon pour recruter des participants plus expérimentés dans les MABI car il a été constaté que les personnes avec moins d'expériences pouvaient opérationnaliser

l'acceptation comme un évitement ou n'avaient pas toujours une représentation fine du concept, ce qui pouvaient amener à des données moins exploitables. De même, la plupart des participants lors des premiers entretiens avaient une pratique et des connaissances liées principalement à la pleine-conscience. Pour avoir une meilleure représentation des MABI, nous avons donc orienté le recrutement vers les thérapeutes pratiquant l'ACT.

L'analyse continue des données a été utilisée pour identifier de manière inductive les thèmes ou catégories centraux. Des mémos ont également été rédigés pour explorer les relations entre les codes et les catégories. Et l'émergence de la théorie s'est faite de manière progressive et itérative.

Les entretiens transcrits automatiquement ont été codés par la doctorante (JR), en concertation avec les directrices de recherche, à l'aide du logiciel MAXQDA (2024). Nous avons analysé les données en suivant un processus inductif en 3 phases : codage ouvert, codage axial et codage sélectif. Tout d'abord, nous avons procédé à un codage ouvert ligne par ligne de toutes les transcriptions d'entretiens en attribuant un code à chaque verbatim directement lié aux objectifs de la recherche (Corbin & Strauss, 2015, p. 86-87), cela permettant d'identifier les concepts émergents. Au fur et à mesure de l'émergence des codes, ceux-ci ont été regroupés en 11 catégories plus abstraites, elles-mêmes regroupées en 3 axes. Les relations au sein des catégories, et entre elles, ont été découvertes au fur et à mesure du codage axial et sélectif. La méthode comparative constante (Glaser & Strauss, 1967) a permis d'établir des similitudes entre les déclarations des participants afin de soutenir le développement d'un cadre analytique. La discussion avec les directrices de thèse lors des étapes importantes du codage ouvert, axial et sélectif a permis de garantir la clarté et la qualité de celui-ci. Les transcriptions ont été relues afin de voir si de nouveaux codages émergeaient, ainsi les catégories ont été continuellement comparées aux données initiales. Un recodage a même eu lieu avec les participants de la variables ACT afin d'voir un regard totalement neuf sur les codes.

3.3.1. Description de l'échantillon

Notre échantillon (voir Tableau 16) est composé de 26 participants (H= 7 et F=19), âgés entre 31 et 68 ans. Ils connaissent, sont formés et pratiquent l'acceptation principalement à travers les thérapies ACT (N=10), MBSR (N=9), MBCT (N=4) ou une autre MABI (N=3). Certains participants sont instructeurs de pleine conscience (N=11) ou thérapeutes ACT (N=8), d'autres sont seulement utilisateurs de l'acceptation à titre individuel (N=7). Parmi les professions liées à la santé mentale, on trouve dans nos participants des psychologues (N=12), un psychiatre (N=1), un psychomotricien (N=1) et un psychopraticien (N=1).

Tableau 16. *Caractéristiques descriptives des participants.*

N°	Genre	Age	Profession	MABI principales	Pratique (en années)	Instructeur MBI ou thérapeute ACT (en années)
1	H	29	Psychologue	MBCT, ACT	4, 2	NON
2	F	49	Professeur d'EPS	Mindful'up, MBSR	10	NON
3	F	39	Éducatrice spécialisée	MBSR	4	NON
4	F	51	Psychologue	MBSR, Yoga	4	NON
5	F	37	Enseignante spécialisée	MBCL, MBSR	1	NON
6	F	44	Psychologue	MBCT, Fovea, Compassion	16	10
7	F	30	Psychologue	MBCT, compassion, ACT	8	5
8	H	51	Psychologue	MBCT, Fovea	15	11
9	F	51	Psychologue	MBCT	10	5
10	F	59	Sophrologue, prof de yoga	MBSR, Yoga	7	3
11	F	53	Infirmière	MBSR	10	3
12	F	53	Instructrice pleine conscience	MBSR	20	6
13	F	43	Psychologue	Compassion	27	11
15	F	57	Instructrice pleine conscience	MBSR	20	5
16	F	53	Coach	MBSR	9	6
17	F	36	Cadre médico-social	MBSR	5	NON
18	H	68	Ostéopathe (retraité)	MBSR, bouddhisme	28	9
19	F	52	Orthophoniste	ACT	10	10
20	F	41	Psychopraticienne	ACT	3	3
21	H	51	Psychomotricien	ACT	2	NON
22	F	31	Psychologue	ACT, DBT	3	3
23	H	61	Pair de santé	ACT	1	NON
24	F	45	Psychologue	ACT	1	1
26	H	56	Psychiatre	ACT	10	10
27	H	48	Psychologue	ACT	9	8
29	F	45	Psychologue	ACT, MBCT	10	10

3.4. Résultats

Les résultats sont présentés sous 3 axes :

1. Faire le choix de l'acceptation
2. Les processus d'acceptation
3. Les transformations liées à l'acceptation

L'axe 1 examine les obstacles à l'engagement dans l'acceptation lors d'une expérience d'anxiété, ainsi que les facteurs facilitants cette mobilisation et l'acceptation elle-même. **L'axe 2** explore le processus d'acceptation en détail, en identifiant les différentes étapes notamment. Enfin, **l'axe 3** s'intéresse aux effets de l'acceptation et aux transformations qui en découlent, tant sur l'expérience et le rapport à l'anxiété elle-même que sur l'évolution de soi.

3.4.1. Axe 1 - Faire le choix de l'acceptation

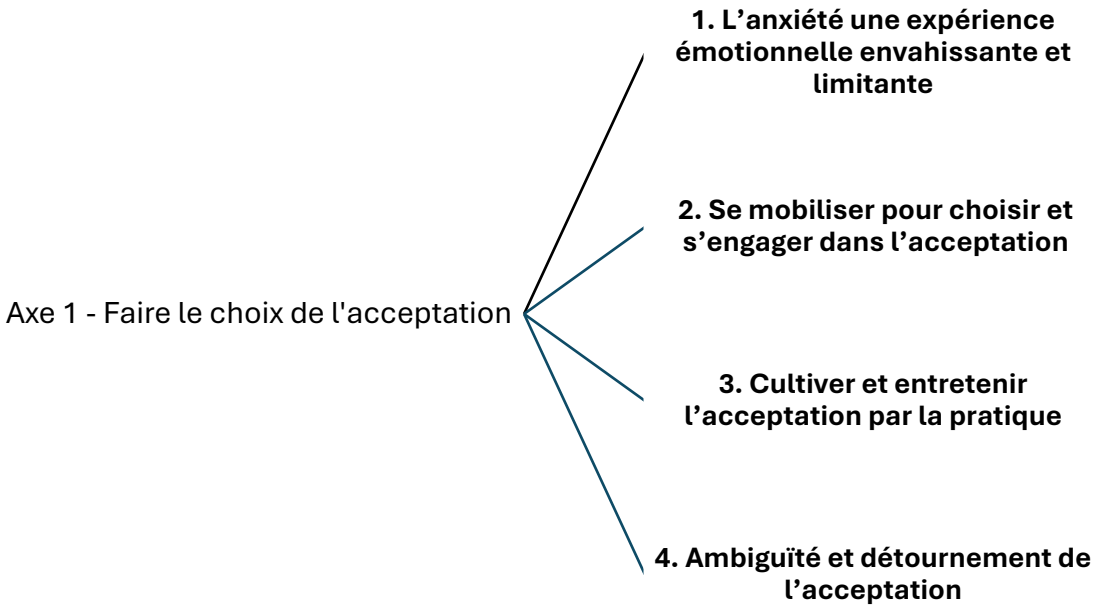


Figure 9. *Schéma en arborescence de l'axe 1 – Faire le choix de l'acceptation et ses sous-catégories.*

L’anxiété constitue une expérience émotionnelle pouvant s’avérer particulièrement envahissante et limitante et qui nécessite une mobilisation active pour réussir à se tourner vers l’acceptation. Se mobiliser pour s’engager dans un processus d’acceptation représente un choix conscient et proactif qui peut être soutenu par plusieurs leviers facilitateurs. De plus, la compréhension et le maintien de ce processus s’inscrit dans une approche expérientielle, où la pratique régulière joue un rôle central.

3.4.1.1. L’anxiété : une expérience émotionnelle envahissante et limitante

A. L’anxiété comme une submersion

L’anxiété est décrite comme une expérience qui peut être particulièrement envahissante et limitante, entrainant alors un blocage qui consiste à rester focalisé sur les pensées sans pouvoir en sortir. Les participants décrivent une expérience de perte de contrôle et d’impossibilité de s’extraire des pensées.

> *« Ouais, comme si, en fait, j'allais être submergée, je sentais que j'allais être submergée et, qu'en fait, l'émotion étant tellement intense que la boucle de pensée ne puisse pas être arrêtée, que je suis attrapée par le truc et je suis dedans, et quand je suis dedans et que cette boucle de pensée est alimentée, alimente d'autres pensées, en fait, ça me fait la crise d'anxiété. »*
>
> Participant 16 - 335 - 336
>
> *« Quand je n'arrive pas à laisser passer les pensées justement. Quand ça reste et que, enfin, que ça déborde quoi, ça déborde. »*
>
> Participant 5 - 312 - 316

L’anxiété crée une agitation qui peut se manifester au niveau cognitif ou comportemental, notamment par une urgence à réagir.

> *« J'ai besoin d'aller mettre le doigt où ça fait mal. Je ne peux pas laisser les choses sans rien faire, j'insiste, je répète les choses, je m'agite, je peux monter la voix, je peux ouais. Je m'agite un peu dans tous les sens. Oui, ça prend des formes variées, ça peut être corporel, ça peut être en pensée, ça peut être en paroles, ça peut être en action tout de suite. Voilà, de vouloir résoudre. »*
>
> Participant 19 - 24

Les participants peuvent alors avoir l'impression que c'est l'anxiété qui guide leurs comportements et leurs actions.

> *« J'ai été longtemps, euh complètement le pantin de mes émotions. »*
> Participant 23 - 262
> *« Je m'en rends compte pour plein de moments où (...) faut que je fasse ça, ça, ça, guidée par mon anxiété, que tout soit bien »*
> Participant 5 - 380

Et au niveau cognitif, l'anxiété se situe notamment par des pensées en boucle envahissantes particulièrement difficiles à supporter, créant épuisement et blocage. Cette hyperactivité cognitive, fréquemment qualifiée de « rumination » par les participants, en mobilisant les ressources attentionnelles, les empêche de se concentrer sur autre chose que ces pensées répétitives et limite alors leur disponibilité mentale pour d'autres taches ou d'autres pensées.

> *« Oui, c'est des pensées en boucle. Voilà, c'est des pensées qui, à un moment donné, on n'arrive pas à se vider la tête. La tête est toujours préoccupée en fait. C'est à dire qu'il y a toujours quelque chose. Et des fois, la journée de travail je me la fais la nuit. J'ai passé huit heures de travail la nuit, plus presque que sur une situation où, par exemple, le moindre, petit, la moindre situation, le moindre petit déclencheur, c'est à dire une situation vécue dans la journée qui dure deux secondes, elle va me travailler derrière pendant des heures... Et ça, c'est ça qui est un peu... c'est épuisant. »*
> Participant 3 - 65
> *« En fait c'est pas l'anxiété qui est pas tolérable pour moi, mais c'est la partie rumination qui est intolérable. C'est à dire que la rumination, elle est extrêmement difficile pour moi à gérer. Elle est extrêmement désagréable parce que, en fait, j'arrive à rien faire. C'est à dire que j'arrive pas à me concentrer sur les choses sur lesquelles je devrais me concentrer. Par exemple, là, j'ai une conversation avec toi et je suis un peu anxieux en ce moment, donc j'ai quand même un peu de mal à me concentrer. C'est à dire que ma tête, elle part et revient, et part et revient. Donc la rumination, c'est la composante qui est le plus désagréable et difficile à gérer dans cette anxiété que je pourrais ressentir. »*
> Participant 1 - 58
> *« C'est vrai qu'il y a des personnes qui ont tendance à dire : Je passe à autre chose, j'y pense pas. Moi, je peux pas. Je ne le fais pas, mais aussi parce que je ne peux pas, c'est parce que ça prend trop de place (...) c'est que je suis envahie par tout ça."*
> Participant 24 - 250

Cette hyperactivité cognitive empêche également de raisonner normalement ou d'évaluer objectivement une situation.

> *« Parce qu'en fait, dans les moments d'anxiété, en fait, c'est assez flou dans ma tête, ça va dans tous les sens. »*

Participant 1 - 130

« Des fois j'avais tendance à être submergée, euh à plus pouvoir rien faire ou réfléchir, réfléchir objectivement à quoi que ce soit. »

Participant 24 - 282

La lutte, la recherche de contrôle et l'anticipation, qui ont par ailleurs pu être valorisées par les participants, ont comme effet de les maintenir dans la spirale d'anxiété.

« Je la valorisais (NDLR : l'anticipation) c'est-à-dire, que pour moi, c'était même quelque chose de super important de pouvoir toujours tout anticiper, de contrôler et d'avoir un plan B, C, D. »

Participant 16 - 38

« Avant tout ça, j'ai pensé que j'étais quelqu'un qui était suffisamment intelligent pour anticiper tout et pour toujours trouver la bonne solution. Mais en fait, ça, c'était avant. Et je pensais que c'était mon point fort. Mais finalement, en fait, c'est ce qui était aussi mon handicap dans le sens où à vouloir tout anticiper et tout contrôler, bah j'en suis paralysé. »

Participant 1 - 174

B. L'anxiété peut limiter l'accessibilité à l'acceptation

Lorsque l'anxiété est vécue comme une expérience de submersion, il peut être difficile de prendre conscience de la nécessité et du besoin d'accepter. L'anxiété agit comme une spirale, une boucle dont il est particulièrement difficile de s'extraire, car cela demande de la disponibilité mentale.

« C'est des situations où je n'arrive pas à prendre les deux secondes de recul qui me font enclencher ces processus-là. De me dire : « Ok, ben maintenant respire un coup, ouvre-toi, va regarder ce qui se passe à l'intérieur de toi, accepte. Voilà, dis-toi, que ça fait partie du jeu et que c'est comme ça ». Et ce qui fait que ça ne marche pas, c'est alors, je sais pas si c'est des situations du coup qui sont trop prenantes, ou si c'est une histoire de juste pas arriver à faire stop une fraction de seconde pour enclencher tout ça en fait. Mais euh, mais c'est les... Ouais, c'est une histoire de d'y porter attention un tout petit instant pour pouvoir euh... Mais je pense que, euh..., c'est pas une histoire d'expérience plus difficile les unes que les autres ou de contexte. Je pense que c'est une histoire de juste, de se connecter à ça et de se rappeler qu'à ce moment-là, tout ça peut aider quoi. Et voilà. Mais si j'y pense pas, parce que je suis prise complètement euh à fond dans un truc pro qui me prend tout mon espace ou dans une situation perso. »

Participant 17 - 350

« C'est justement à un moment donné sortir, c'est ça qui est difficile. »

Participant 3 - 393

« C'est juste de penser une seconde, il faut que je me déconnecte une seconde pour pouvoir enclencher tout ça, quoi. »

Participant 17 - 352

La difficulté à aller vers l'acceptation et à accepter peut dépendre de la nature de la situation, de son contexte ou de la source qui la provoque. Selon qu'elle concerne une dimension personnelle ou professionnelle ou qu'elle impacte plus ou moins intensément le sujet, l'accès à une démarche d'acceptation sera plus ou moins facile.

Ainsi, la capacité à accepter peut être influencée par le contexte de l'expérience d'anxiété, selon qu'il touche à la sphère professionnelle ou personnelle. Et pour la plupart des participants c'est dans la sphère personnelle qu'il semble plus difficile de s'engager vers l'acceptation, car c'est aussi là qu'ils sont le plus activés émotionnellement.

> *« Dès que ça touche les très proches... Avec les amis, je suis assez habile et assez ajustée. Mais dès qu'il s'agit de mes proches, je suis moins raisonnable. Et puis je suis complètement, je me laisse complètement happer dans mes habitudes et ma réactivité. »*
> Participant 19 - 20
> *« J'ai plus de résistance à aller creuser mes failles et à accepter mes failles sur le plan perso ou à accepter. Voilà ce que ce que là j'aurais pu faire autrement, euh, enfin, je suis, plus je suis beaucoup plus - je sais pas comment dire - je suis plus bienveillante envers moi-même sur le plan professionnel, à pouvoir me dire là t'as pas fait bien, là t'as pas fait bien ; que sur le plan personnel ou euh, où ça vient me toucher davantage. En fait, ça me touche plus au niveau perso, de devoir aller creuser tout ça. »*
> Participant 17 - 318 - 320
> *« Là où il y a plus d'émotions pour moi, plus d'enjeux, c'est avec mes proches en fait."*
> Participant 19 - 16

La capacité à aller vers l'acceptation et à accepter peut aussi varier selon les enjeux sous-jacents perçus par les participants et la pression ressentie.

> *« Quand il y a des enjeux. Là, par exemple, les partiels. Enfin, il y a quand même un enjeu de devoir faire ça en un an et puis qu'il faut que je finisse mon master en deux ans. Euh, enfin, voilà, c'est y'a quand même plusieurs enjeux quoi. »*
> Participant 5 - 320
> *« Quand je me mets des objectifs qui ne sont pas possibles. »*
> Participant 10 - 391

De même, la crainte d'être confronté à l'anxiété – en particulier lorsqu'elle est liée à des thématiques à forte charge émotionnelle - peut limiter la capacité à aller vers l'acceptation, notamment en réduisant la motivation à s'y exposer activement.

« Ma tête me raconte que c'est un très très gros dossier et que je n'ai pas envie. Je n'ai pas envie de me connecter à cet inconfort-là. J'ai la flemme. Je me dis que ça va être dangereux. Je ne me sens pas équipée pour y aller toute seule, il y a des choses que je n'ai pas envie d'aller rouvrir. Ouais, ouais, pas envie, pas envie. Et là il y a, pour le coup, la perception un peu d'une menace en fait. »

Participant 19 - 294

Ou lorsque l'anxiété est associée à des problématiques perçues comme plus profondes, anciennes et en lien avec des traumatismes passés ou précoces.

« Alors il y a des sujets qui sont plus difficiles. C'est ce que je vous disais tout à l'heure, c'est les sujets de mes... quand ça me touche affectivement et où il y a des... c'est peut-être les sujets anciens enfin voilà concernant les les.... Oui, c'est peut-être qu'on va voir avec ma propre histoire (...) Où, en fait, il peut y avoir des liens peut-être plus compliqués peut-être, plus anciens qui ont été figés un peu plus profondément »

Participant 12 - 500-504

« C'est mon schéma de fonctionnement, et ça, je pense que c'est lié, en effet à des choses à des traumas de la petite enfance, vraiment des choses qui remontent à très loin, d'où la difficulté de les contrôler. »

Participant 3 - 389

Finalement, on peut supposer que c'est toujours l'intensité de l'anxiété qui peut rendre l'accès à l'acceptation plus difficile. En effet, qu'il s'agisse des enjeux liés ou de la dimension touchée, cela a pour conséquence d'augmenter l'intensité. Ainsi, l'intensité des émotions, c'est-à-dire quand l'anxiété est trop forte, représente un frein à l'engagement vers l'acceptation.

« En fait, dès qu'il y a trop d'émotions, je peux encore vite partir dans la loupe grossissante de l'anxiété qui me fait partir dans le virtuel, soit par des espèces de nécessité de résoudre un peu tout de suite ce qui me rend anxieuse. Une forme d'agitation. »

Participant 19 - 18

« Je pense, c'est le niveau d'intensité de du truc, quoi, qui fait que ça va être plus difficile. »

Participant 18 - 404

« Quand je suis submergée par cette anxiété, je ne pense pas à ça. » (NDLR : l'acceptation)

Participant 1 - 154

L'intensité de la lutte, le jugement et les émotions secondaires désagréables qui découlent de l'anxiété, comme la frustration ou la culpabilité, vont rendre plus difficile l'accès au processus d'acceptation.

« Je pense que c'est la frustration qui empêche aussi l'acceptation. C'est quand on a un truc en tête, on se dit : Ah, super, je vais faire une super fête et il y a cette émotion qui vient et on n'a pas envie de la vivre ! Elle vient gâcher un peu le truc et du coup on peut être frustré. »

Participant 13 - 228

« Il y a cette idée de jugement de son expérience, en disant : Pourquoi tu me mets dans cet état pour ce truc-là. (…) ou bien tu as été négligente. (…) Et donc là, il y a vraiment cette culpabilité qui va se rajouter et je pense que l'élément le plus compliqué, c'est la culpabilité aussi. Oui, la culpabilité et la colère. »

Participant 9 - 473

C'est aussi la multiplication des sources d'anxiété, l'accumulation, qui provoque une surcharge émotionnelle et rend l'acceptation difficile.

« Le surplus d'anxiété justement, mais de plusieurs situations différentes. »

Participant 11 - 446

« Moi, je pense que c'est quand il y a une accumulation de choses. »

Participant 5 - 318

De plus, l'anxiété lorsqu'elle est intense est une expérience qui peut être effrayante. Par conséquent, être dans une démarche d'acceptation peut donc s'avérer particulièrement difficile.

« L'anxiété, lorsque l'on est une personne anxieuse, on vit des choses euh, qui parfois peuvent être terrifiantes. (..) c'est difficile de dire : ouvrez-vous à ça »

Participant 9 - 497

3.4.1.2. Se mobiliser pour choisir et s'engager dans l'acceptation

Au cours d'une expérience d'anxiété, choisir de s'engager dans l'acceptation ne va pas de soi car cela demande de se mobiliser activement pour faire un pas de côté face à ses réactions automatiques. Cet engagement peut s'appuyer sur différents leviers, identifiés dans les récits des participants, tels que le cadre des MABI et les pratiques formelles de méditation, la psychologie des émotions et la psychoéducation, le rattachement à ce qui est porteur de sens et à ce qui est important, le développement d'une bienveillance envers soi et d'une autocompassion, les expériences antérieures concluantes, ainsi que la capacité à faire un autre choix consciemment si nécessaire. Par ailleurs, l'acceptation ne semble pouvoir être pleinement comprise qu'à travers l'expérience directe de la pratique, laquelle s'avère également essentielle pour cultiver et entretenir ce processus dans le temps, en préservant sa qualité et son efficacité.

A. Choisir d'accepter demande de se mobiliser pour faire un pas de côté

Entrer dans les pratiques d'acceptation exige un effort, d'une part car cela demande de s'engager dans une voie qui ne va pas de soi et, d'autre part, car il faut pouvoir s'extraire de l'envahissement de l'anxiété, tel que nous l'avons décrit précédemment.

> *« Mais je trouve que, malgré tout, ça demande quand même toujours un effort de se poser pour méditer.(...) Pour moi, pour ma part, ça demande quand même toujours un effort plutôt que de faire autre chose dans le quotidien, euh d'une vie normale de famille. Voilà, je ne suis pas perchée sur ma montagne toute la journée ! Je trouve que ça demande toujours un effort de temps, de prendre ce temps-là, ça demande quand même toujours un petit effort. Euh, je sais pas si le terme effort est bien choisi... Si, parce que c'est la mise en route, de : « Allez ok, je consacre aujourd'hui du temps à ça, et puis encore, demain, et après-demain, et tout le temps un petit peu de temps, une demi-heure une heure par jour ». Ça, ça demande quand même un effort pour moi. »*
>
> Participant 10 - 49

> *" quand j'arrive encore à la rationaliser (ndlr : l'anxiété)."*
>
> Participant 3 - 405

Aussi, s'engager dans un processus d'acceptation demande d'avoir de l'énergie disponible, car il faut pouvoir mobiliser des ressources mentales et physiques.

> *« Je dirais que ça dépend du moment, ça dépend de la fatigue »*
>
> Participant 15 - 254

De même, il est nécessaire de disposer de temps suffisant à consacrer à cela, afin de prendre une pause et de se mobiliser pour accueillir l'anxiété.

> *« Déjà, ce qui m'aide à prendre conscience que j'avais besoin de cet exercice, c'est déjà avoir du temps. »*
>
> Participant 1 - 150

> *« Parce que sans doute à ce moment-là, j'ai pas la disponibilité. Je pense que ça demande quand même une pratique dans le quotidien, mais aussi une certaine disponibilité. »*
>
> Participant 12 - 422

Cette disponibilité mentale, physique et temporelle peut alors permettre de faire une pause, de s'isoler et de s'accorder un moment pour prendre conscience de ce qui est présent afin aller vers une pratique d'acceptation. Cela permet de se demander ce dont on a besoin pour son bien-être, tout de suite :

« J'ai besoin de prendre un petit moment, de m'isoler, de m'arrêter et de prendre conscience de ce qui se passe dans mon corps et dans ma tête. Et c'est seulement à ce moment-là que je peux déclencher ce processus d'acceptation. Mais sans prendre le temps de s'arrêter et de prendre conscience de ce qui se passe, je ne peux pas accepter. »

Participant 1 - 114

« Je vais aller me poser, je vais ralentir parce que je sens que ça s'agite, donc je vais aller me poser pour pouvoir accueillir. »

Participant 6 - 263

Se mobiliser peut parfois nécessiter un appui extérieur à soi, tel que le recours à un stimulus extérieur (e.g., musique, entourage) pour faciliter la prise de recul et engager le processus.

« À pas mal de moments de mettre de la musique, ça me permet d'avoir une toute petite prise de distance, quand même aussi avec quelque chose que je pouvais être en train de vivre là. »

Participant 17 - 370

« Il va y avoir un signal dans mon environnement qui va me dire : t'es partie, là ! Tu t'es fait hameçonner, comme on dit. Je pense à mon fils, qui me dit : Ah mais non, tu vas pas recommencer ! Parce qu'en fait pour moi, c'était pas de l'anxiété, c'était normal. »

Participant 29 - 311-313

B. S'appuyer sur le cadre des MABI et les pratiques formelles de méditation pour s'engager

Faire un choix conscient de s'engager dans les pratiques d'ouverture demande une certaine disponibilité mentale et devient très difficile lorsque les participants sont envahis par l'anxiété. C'est pourquoi les pratiques formelles d'acceptation peuvent contribuer à enclencher le processus qu'il aurait été difficile d'engager autrement. Par exemple, faire entrer l'acceptation dans une routine préétablie permet de passer outre la difficulté précédemment décrite de la nécessité de prendre conscience de l'anxiété présente pour entrer dans le processus d'acceptation. Ou bien, il est possible aussi de faire le choix d'entrer dans une pratique lorsque le besoin se manifeste et est conscientisé.

« La décision de se mettre sur le tapis, sur le coussin et de méditer. Quoi qu'il arrive, c'est vraiment ça l'expérience de MBSR : On s'y met, il y a un timer et je reste en fait. »

Participant 4 - 446

« Déjà, premièrement, c'est la routine. Parce que me dire que je dois le faire (..) systématiquement dans ma routine et rendre cette pratique automatique, fait que je le fais. Cette prise de conscience que je dois faire l'exercice n'est plus nécessaire, parce que

je le fais simplement parce que c'est dans ma routine. Donc ça, c'est quelque chose qui aide, parce que dans ce cas-là, je n'ai pas besoin de cette prise de conscience. »

Participant 1 - 150

La méditation peut représenter un socle, tel un cadre rassurant et guidant, qui permet d'aller vers l'acceptation.

« Moi, je trouve qu'une bonne manière de pratiquer l'acceptation, c'est de faire de la méditation en fait. »

Participant 19 - 356

Ce cadre de méditation formelle peut même parfois être le seul accès à l'acceptation.

« Mais une fois que j'ai arrêté, c'est à dire que là, pour le moment, c'est juste un exercice que je fais de manière formelle, c'est à dire que je m'assois, je mets l'enregistrement que j'ai fait. Donc quand j'arrête l'enregistrement, je bascule sur le fonctionnement normal. Donc j'ai pas réussi encore à généraliser l'acceptation en dehors de ces moments de pratique formelle. »

Participant 1 - 116

Pour être en pleine conscience et entrer dans un processus d'acceptation, il peut être aidant de s'appuyer sur le guidage d'un enregistrement audio.

« En fait, c'est vraiment quelque chose qui me permet de cadrer ce que j'ai fait pendant cet exercice-là pour le moment. C'est peut-être ça le problème aussi, vu que j'ai absolument besoin de l'audio pour le moment. Bah en fait je ne fais pas l'acceptation sans cet audio. »

Participant 1 -158 – 159

Pour d'autres participants, peut-être plus expérimentés, au contraire, l'absence de guidage préenregistré permet d'adapter le déroulement de l'exercice d'acceptation à leur propre rythme et à leur temporalité.

« La différence, c'est que quand c'est moi qui me guide, je suis vraiment l'actrice principale de ce que je suis en train de faire, et du coup, je vais être beaucoup moins dispersée et au contraire beaucoup plus concentrée. »

Participant 7 - 303

Aussi, se rappeler qu'on souhaite être dans une démarche d'ouverture, c'est-à-dire s'appuyer sur l'intention qu'on s'est donnée de s'ouvrir à son expérience interne, peut constituer une aide dans ce processus, comme un cap à tenir pour aller vers l'acceptation

« De ne pas oublier l'intention. En fait l'intention de, cette intention de déjà commencer par voir ce qui est là. »

Participant 4 – 362

C. S'appuyer sur la psychologie des émotions et la psychoéducation des MABI

S'appuyer sur la psychologie des émotions et la psychoéducation, permet d'apprendre comment fonctionnent les émotions, quel est leur rôle et leur utilité. De ce fait, comprendre que ressentir de l'anxiété est une expérience courante, adaptative et normale, faisant partie du fonctionnement de l'être humain, aide à aller vers l'acceptation et notamment vers la validation et la normalisation de l'expérience.

« Moi, je pense que je suis une personne assez anxieuse, j'en suis consciente maintenant. Je me souviens de mes parents qui me disaient, ma mère particulièrement qui me disait : Tu as le tracas sain. On disait d'avoir le tracas sincère. Je me tracassais un petit peu toujours pour tout, avec une forte habileté à prévoir ce qui pouvait se passer de pire, c'est à dire comme si j'avais un méga radar à imaginer tout ce qui pourrait mal se passer en fait, et donc une proportion assez naturelle à détecter ce qui peut pourrait mal se passer, ce qui pourrait être un peu menaçant, ce qui pourrait être dangereux. Après évidemment, quand j'ai su que c'était un peu normal, c'est devenu un peu plus un ingrédient de mon expérience en fait. »

Participant 19 - 12 - 16

De même, savoir et comprendre que les émotions, et de surcroît l'anxiété, passent, changent et se transforment, facilite le fait de rester avec elles plutôt que de les éviter ou les rejeter.

« J'essaye de faire avec plutôt et d'attendre que ça passe. Mais voilà, il est juste d'essayer de reconnaître que là, c'est ça que je suis en train de ressentir et que ce n'est pas grave, et de me dire que de toute façon, ça s'est déjà produit et que ça va passer puisque ça s'est déjà produit et que ce n'est pas la peine d'essayer de de faire comme si tout allait bien. »

Participant 17 - 68

De la même manière, savoir et avoir conscience que les pensées ne sont que des phénomènes transitoires peut aider à s'en détacher.

« Alors ce que ce qui m'a le plus aidé, c'est le fait d'avoir ces pensées, et puis de les laisser passer en fait, au lieu de rester fixée dessus. Et ça m'aidait beaucoup à m'endormir aussi parce que du coup, quand j'avais une pensée : Hop, je la laissais passer sans la juger. »

Participant 5 – 90

« Il y a la concentration sur la sensation physique et voir qu'elle se dissout ou qu'elle passe qui m'aide à traverser les processus et à renforcer cette acceptation des choses »

Participant 16 - 334

Tout cela revient à saisir l'impermanence des phénomènes, qui ne font que passer. Connaître le caractère éphémère des expériences internes peut aider à s'engager dans l'ouverture.

« Ces petits instants de libération en fait, ouais ça nous permet… Cette acceptation de ce qui est là avec l'impermanence, l'intensité, c'est une porte de liberté en fait. »

Participant 16 - 304

« Depuis que j'ai découvert cette conscience corporelle et cette capacité à laisser se dissoudre la sensation physique une fois que je l'ai traversée, il y a comme un soulagement en fait, de me dire : Ah, ben c'est passé, ce n'est pas si grave que ça, ou ça aussi c'est passé. »

Participant 16 - 332

« Défusion et méditation, ça se rencontre vraiment dans le sens où on fait l'expérience que les ressentis, les pensées, c'est quelque chose, mais qui ne définit pas entièrement et que c'est plus éphémère et une information ponctuelle. Donc ça, ça apporte beaucoup. »

Participant 24 - 45

De plus, dans les MABI, l'accent est mis sur la reconnaissance du rejet des expériences internes (la lutte) et de son absence d'efficacité. Ainsi, les participants ont pu apprendre et constater que l'évitement et la lutte étaient inutiles ou trop énergivores, et, c'est à partir de ce moment que l'acceptation a été possible pour beaucoup d'entre eux.

« C'est quand j'ai constaté les conséquences de m'acharner à lutter contre et à chercher des solutions qui n'existaient pas. Je me suis rendue compte des conséquences sur moi, sur mes proches potentiellement aussi, vu que je ruminais beaucoup. Et là, je me suis dit : Bon, ça marche pas. »

Participant 22 - 283 – 287

Encore faut-il avoir conscience de ce qu'est un évitement. Car, pour plusieurs participants l'évitement consisterait à chercher à ne pas rester avec la situation. Ainsi, pour certains, être envahi par l'anxiété s'apparenterait à rester avec et donc serait l'inverse de l'évitement. Or, quand une situation prend toute la place, qu'on est envahi par l'émotion et/ou les pensées répétitives, il s'agit aussi d'un évitement ou d'une stratégie de régulation émotionnelle (de type persévération cognitive) pour réguler l'anxiété.

« Le ressentir, c'est pas une lutte, mais c'est pas une acceptation non plus. C'est vrai qu'il y a des personnes qui ont tendance à dire : Je passe à autre chose, j'y pense pas. Moi, je peux pas ! Je ne le fais pas mais aussi parce que je ne peux pas, c'est parce que ça prend trop de place. (...) C'est pas tant que je l'accepte ou que je ne lutte pas, c'est que je suis envahie par tout ça. »

Participant 24 - 250

D'autres participants ont pu d'ailleurs constater que la rumination est un évitement.

« Et en fait, mon esprit essaye de me libérer de cette sensation, en essayant de ruminer pour trouver une solution pour sortir de cette situation problématique. Et du coup, cette rumination, c'était une manière de s'échapper à ça. »

Participant 1 - 70

Dans les MABI, les métaphores sont particulièrement utilisées et peuvent aider à s'engager vers le processus d'acceptation.

« Mais c'est vraiment la métaphore du marin, du navigateur qui est très parlante. C'est que, un bon marin ne choisit pas le mauvais temps ou le beau temps, une fois qu'il est parti, s'il y a des tempêtes, tout ce qu'il peut faire, c'est juste ajuster la voile pour avancer dans la direction qu'il souhaite. C'est très très parlant, de plus se mettre en face de la réalité. »

Participant 20 - 188

« Mais simplement de plus laisser autant toute cette place. Donc c'est là. C'est comme sur un tableau, il y a une toile, il y a ça, il y a ce truc qui est là, je lui laisse sa place, mais j'arrête d'être complètement dans un focus, là-dessus de : Il faut pas, il faut pas, il faut pas, c'est horrible. Maintenant, j'élargis plus mon attention, sur ok c'est là. »

Participant 22 - 38

« J'essaye aussi d'utiliser beaucoup de métaphores, parfois j'utilise le pied chinois. C'est un petit rouleau en papier, on met les deux doigts dans le rouleau. Et si on se débat, bah on ne peut pas vraiment y arriver »

Participant 9 - 515

D. Se rattacher au sens et à ce qui est important

Se rattacher à ce qui est important peux permettre d'aller quand même vers l'acceptation lorsque l'anxiété paralyse.

« Et puis il faut trouver un compromis c'est-à-dire, que je me pose souvent la question : qu'est-ce que je veux vraiment ? »

Participant 26 - 308

Prendre conscience de la valeur et de la portée d'une situation et de l'importance subjective qu'on lui donne, même si elle génère de l'anxiété, peut faciliter son acceptation.

« par exemple (...), le soutien aux étudiants, ça vient participer à une anxiété en soi parce que ça me rajoute (ndlr : du travail). Mais une fois que j'y suis, ça a tellement de sens, c'est tellement intéressant, je me sens tellement utile et puis ce qu'amènent les étudiants, ça me ça me renchérit, enfin, ça m'enrichit sur plein de choses. Ça me booste, je sors à sept heures du soir en pleine forme. Et du coup, j'accepte davantage les difficultés que je peux rencontrer, et finalement j'arrive à plus relativiser les choses. (...) Que ce soit au niveau du travail, de la vie perso, d'accepter l'anxiété, parce que ça a du sens, ouais, c'est clair. D'accepter l'anxiété parce qu'elle a du sens quelque part ou ça va donner du sens par la suite. Euh, c'est, c'est ça paraît cohérent, je suis ok pour vivre ça. »

Participant 8 - 302 – 306

D'autant plus que l'anxiété peut se manifester précisément parce qu'elle signale la présence d'une problématique importante. En tant qu'émotion adaptive, elle met en lumière ce qui active, les enjeux et préoccupations significatifs.

« L'histoire qu'on se raconte là : je ne peux plus, moi ce n'est pas de mon âge, moi j'ai mal, moi j'ai pas le temps parce que je travaille trop etc... Toutes ces histoires qu'on va commencer à se raconter en fait, elles nous informent sur ce qui nous éloigne de ce dont on a besoin pour vivre une vie un peu moins anxieuse et un peu plus dans l'ici et maintenant. »

Participant 4 - 450

« Ça se raccorde à pourquoi je fais ça, pourquoi je suis inquiet pour un patient. Ok je suis très inquiet, mais en fait, c'est le boulot que je veux faire, c'est lui qui est important et c'est chouette quoi. »

Participant 27 - 66

E. Faire preuve de bienveillance envers soi et d'autocompassion

Faire preuve de bienveillance envers soi-même et envers son expérience, et, plus encore, entrer dans une démarche d'autocompassion peut favoriser une posture d'ouverture.

« Ce qui me vient spontanément, c'est la bienveillance envers soi-même aussi. C'est-à-dire, que dans cette idée d'accepter que ce soit l'anxiété ou pas, il faut être un peu un peu bienveillant envers soi-même »

Participant 17 - 408

Certains participants ont pu constater que ce regard compassionné sur soi s'est même révélé être un tournant dans leur pratique d'acceptation, la faisant évoluer d'une exigence envers soi à une pratique moins contraignante et moins directive.

« C'est ce regard compassionnel parce que je crois que c'était ça qui restait le plus dur, le plus bétonné. C'est... même dans l'acceptation. Donc au début, je me voyais avec des pensées : « Mais accepte ! Tu sais comment tu dois accepter ! En plus tu es instructrice en pleine conscience ! ». C'est plus le travail sur la compassion pour soi qui a été vraiment, je pense que là, je vous parle de béton, ça a fait tomber le mur de béton. (...) La méditation,

j'avoue qu'au début ça m'aidait, hein, mais c'était très, très carré, comme ça, très encore très mentalisé quoi. C'est mon chemin qui me permet de dire ça aujourd'hui. Et puis après la pratique, mais il y avait quand même encore des résistances, et donc j'ai continué et j'ai fait un groupe sur l'autocompassion en tant que participante. Puis, après, j'ai fait des formations sur l'autocompassion et pour moi, c'est ce chemin-là qui a permis d'avoir vraiment ce regard plus doux et plus bienveillant sur ce qui est en train de se passer. (...) Enfin il y a ma copine anxieuse et puis ma copine exigeante, et donc il y avait plutôt ces exigences, quoi donc même dans ce qu'on ressentait ou dans cette anxiété : il faut faire face, il faut accepter, mais ce n'est pas de l'acceptation. Mais voilà que ce regard compassionnel, c'est plus doux, plus pour moi. »

(Participant 29 - 42-46)

F. S'appuyer sur l'expérience

Prendre conscience qu'on a déjà vécu et dépassé des expériences d'anxiété, qu'on est parvenu à les accepter ou s'appuyer sur l'expérience collective via les témoignages d'autres personnes

« S'appuyer sur une expérience où j'ai finalement accepté ce qui s'est passé en moi, c'est à dire de revivre un scénario. (...) sur un partage d'expériences individuelles du passé qui ont marchées et un partage collectif qui fait que on pourrait s'appuyer sur l'expérience collective. »

Participant 8 - 317 – 321

« C'est la répétition de voir que ça marche »

Participant 26 – 350

G. Faire un autre choix de RE consciemment

Un autre choix que celui de l'acceptation peut être entrepris, en toute conscience, afin de faire baisser l'anxiété. Lorsque l'activation est trop intense et qu'on sort de ses limites de tolérance à la détresse émotionnelle par exemple, il peut être alors nécessaire de faire d'abord diminuer l'anxiété.

« Je dirais que si l'anxiété est trop forte, euh ouais je ne vais pas être dans l'acceptation, mais je vais être dans l'action directe. En fait, c'est à dire qu'il va falloir que je fasse quelque chose pour baisser l'anxiété quoi. »

Participant 7 - 232

« Ou si vraiment je sens que ça, ça, c'est, c'est les couteaux que je ressens à ce moment-là, euh, je me dis: Bon, allez hop. allez, on va marcher, on va courir, on va faire autre chose. »

Participant 16 - 340

C'est aussi faire preuve de bienveillance et prendre soin de soi de se demander ce qu'on peut supporter comme inconfort émotionnel. Et si l'intensité de l'inconfort dépasse leurs

capacités de tolérance, alors les participants ont compris qu'il était nécessaire de chercher à réguler leur anxiété par d'autres stratégies. Il n'est pas recommandé de persister dans une démarche d'acceptation qui pourrait amplifier ou maintenir une détresse non supportable.

> *« Rester avec à ce moment-là, en tout cas, dans la philosophie du MBSR que j'ai développée, ce n'est pas prendre soin de soi, et c'est pas rester dans des limites acceptables. En fait, il y a cette notion d'équilibre, d'explorer ces limites sans jamais les dépasser. Et il n'y a pas cette posture de samouraï en fait, où coûte que coûte, je reste avec ma tempête. Non, a un moment donné, il faut prendre soin de soi et il faut penduler entre l'exploration de ce qui est et l'acceptable. »*
>
> Participant 16 - 360
>
> *« De même, par exemple, je souffre de migraines chronique. Accepter alors ok, on est d'accord, ce n'est pas accepter la douleur, mais lâcher la lutte par rapport à la douleur, accepter que ce soit qu'on soit désespéré là. Parfois ce n'est pas possible, je ne peux pas faire une pratique d'acceptation, et donc parfois une pratique, on va dire pas d'évitement, mais en tout cas une autre pratique de prise de distance est importante. Alors, même si la pleine conscience, c'est quelque chose qui, surtout l'autocompassion, m'anime beaucoup, je sais que ce n'est pas le seul chemin qui... A un moment donné, avec beaucoup de flexibilité, il est important d'aller vers autre chose. »*
>
> Participant 9 - 499

Les circonstances peuvent ne pas se prêter à l'acceptation, alors les participants peuvent faire le choix de se distraire de l'anxiété.

> *« Donc parfois je mets un enregistrement avec de l'hypnose pour pouvoir me dire : Là non. Là, le scan corporel avant de t'endormir, ce n'est pas ce dont tu as besoin là maintenant, et parfois je m'autorise à plutôt à écouter quelque chose de l'ordre, d'un accompagnement hypnotique pour m'endormir, quoi. »*
>
> Participant 9 - 499

Ou bien, il est parfois suggéré d'agir directement sur la situation sans passer par l'acceptation. En effet il semble admis par beaucoup de participants que l'acceptation s'utilise dans les cas où on ne peut pas modifier la situation qui crée l'anxiété.

> *« Sans ces cas-là, c'est plus que je vais essayer d'agir sur la situation finalement, plus que sur l'émotion. »*
>
> Participant 7 - 236
>
> *« Finalement, si on peut modifier une situation qui nous fait souffrir, pourquoi rester là-dedans ? »*
>
> Participant 22 - 277

3.4.1.3. Cultiver et entretenir l'acceptation par la pratique

S'engager dans l'acceptation résulte d'un choix conscient et anticipé, dans le sens où il repose sur une pratique régulière et la volonté de s'ouvrir à ses expériences.

A. Comprendre par la pratique : une approche expérientielle

Pratiquer semble être la pierre angulaire de l'acceptation car la compréhension théorique n'est pas suffisante. Encore faut-il réussir à l'appliquer, car l'application reste toujours difficile.

> *« J'ai bien connaissance de comment ça fonctionne. Après, entre le savoir et l'application, voilà, il y a encore un peu de travail, disons. »*
> Participant 3 - 43
> *« Rationnellement, on comprend vite, en fait. Ok c'est quoi et qu'est ce qu'il y a à faire, mais le faire le pratiquer combien de fois je me suis vue... je me disais: Ben, oui, ben accepte, et en fait, j'étais tout, sauf dans l'acceptation, quoi voilà, j'en ris. »*
> Participant 29 -384

Pour des participants, la compréhension de l'acceptation semble expérientielle et ne pourrait avoir lieu qu'en pratiquant.

> *« C'est à dire que moi, on peut me décrire cette expérience par tous les mots, mais je pourrais jamais m'en approcher si je l'expérimente pas moi-même. »*
> Participant 1 - 184

Car, même l'expérience de l'impression de ne pas y arriver est en soi un matériau pour aider à mieux comprendre ce qu'est l'acceptation.

> *« Voilà, c'est juste un positionnement et même quand on a l'impression que ça ne marche pas, ça marche quand même. C'est comme quand on pose un bâton dans une eau qui semble stagner, puis quand on met au bâton une référence, on s'aperçoit que, finalement, il y a un petit courant. »*
> Participant 18 - 480

B. Améliorer et entretenir l'acceptation par un entraînement régulier

L'acceptation est un processus évolutif qui gagne en efficacité et fluidité avec l'expérience.

« Pour moi, c'est plutôt facile, ouais. (…) C'est avec la méditation, avec la pratique. Au fur et à mesure de la pratique, ça vient naturellement. »

Participant 15 - 258 – 260

« C'est beaucoup facile, c'est très automatique. Mes capacités d'observation sont largement meilleures. »

Participant 26 - 270

Ou bien un processus qui peut évoluer et passer d'une gestion de l'anxiété vers une posture plus franche d'ouverture.

« Alors je ne dirais pas forcément que ma pratique de l'accueil a évolué, ou de l'ouverture. Mais disons que je suis passé d'un premier temps où vraiment, c'était de la gestion de l'anxiété. Pendant des années, j'ai pratiqué ce qu'on appelle la voie du calme, et à partir d'un moment, j'ai senti que je pouvais me détendre un peu par rapport à ça, que les choses s'étaient un peu aplanies et que je pouvais m'ouvrir aux sensations, émotions, etc. Et que je ne serais pas emmené comme un fétu de paille dans un dans un ruisseau, comme ça pouvait être le cas avant. »

Participant 18 - 416 - 418

Cette compréhension expérientielle ne vient pas tout de suite mais demande du temps. Initialement, lorsque les participants débutent, il semble fréquent d'être davantage dans une démarche intellectuelle plutôt qu'expérientielle.

« La méditation, j'avoue qu'au début ça m'aidait, hein, mais c'était très, très carré, comme ça, très encore très mentalisé. Ça, c'est mon chemin qui me permet de dire ça aujourd'hui. »

Participant 29 - 45

Selon des participants, pour conserver sa qualité, la pratique d'acceptation se doit d'être régulière.

« Je pense qu'il faut vraiment réussir à pratiquer régulièrement, sinon je trouve que ça s'oublie en fait. »

Participant 5 - 366

Cette pratique régulière de l'acceptation, semble s'apparenter à ce que les participants nomment une « hygiène mentale », c'est-à-dire des actions pour prendre soin de leur santé mentale, pour la préserver et l'entretenir.

« Donc l'idée, c'est pouvoir avoir, on va dire une hygiène mentale. »

Participant 9 - 489

L’entrainement régulier permet de développer des automatismes, de porter plus naturellement et spontanément l’attention sur les ressentis internes.

> *« Là, dans ce moment-là, dans ces situations-là, le fait de pratiquer avec l'intention d'être juste disponible et en conscience par rapport à ce qui est là. C'est ça qui fait de la place, en fait, le fait de pratiquer régulièrement, moi, c'est comme ça que je fais pour faire de la place et juste voir ce qui est là en fait. Et donc effectivement dans la pratique parce que c'est un peu une source d'information en fait, c'est une source d'information sur mon état. »*
>
> Participant 4 - 294

L’entrainement régulier permet une prise de recul plus rapide face aux expériences d’anxiété et une anticipation de leur survenue.

> *« C'est à dire que je sens, je sens quand je vais être en anxiété. Je sens corporellement les tensions, l'accélération cardiaque. J'ai une conscience corporelle accrue qui va... cette prise de conscience me permet cette autorégulation en fait »*
>
> Participant 16 - 44 - 45

Des participants ont pu constater que l’entrainement pouvait se faire à moments neutres, c’est-à-dire hors activation émotionnelle, ce qui permet de rester avec des sensations légèrement désagréables pour comprendre ce qu’est l’acceptation.

> *« Oui, et alors l'entraînement aussi, je pense que c'est important de s'entraîner dans des moments neutres à l'acceptation. Moi, ce qui m'aidait beaucoup lorsque j'ai commencé la pratique, c'est de pouvoir être avec les zones qui chatouillaient, parce que je suis hypersensible au niveau de la peau aussi, donc il y a plein de zones qui me chatouillent. Donc au début, lorsque c'était juste ça, que l'on proposait d'être dans la posture et de sentir l'inconfort de choisir ou non de soulager l'inconfort. Et bien étonnamment, c'est ça qui m'a aidé le plus et je me souviens de ce moment : Ah oui là ça me chatouille, tu sais que tu peux soulager cela ou tu peux rester avec et t'as remarqué que quand tu restais avec, quand tu t’ouvrais à la sensation, ça s'estompait. Et donc pouvoir arriver à comprendre l’acceptation avec des choses beaucoup plus légères comme un chatouillis ou la soufflerie peut-être dans la pièce qui pouvait déranger mais qu’on peut arriver à mettre en arrière-plan. »*
>
> Participant 9 - 509 - 510

Cet entrainement peut même se faire en commençant avec des émotions plus agréables, pour permettre de saisir, en outre, que l’expérience émotionnelle finit par se dissoudre d’elle-même

« Moi, ce que j'aime bien, c'est de commencer le travail aussi par les émotions positives. En fait, il y a la même chose avec les émotions positives, c'est le même processus d'acceptation. Et par exemple, je leur rappelle le petit jeu de la barbichette. Vous vous rappelez quand vous étiez petit, vous jouiez la barbichette. Plus vous luttiez pour pas ressentir de rire et plus vous rigoliez. Et c'est cette expérience-là aussi qu'on a tous fait finalement ; que si je n'accepte pas l'émotion, elle grossit, et si je me laisse rire, ça sort, et puis ça passe finalement. »

Participant 13 - 297 - 299

Pour certains participants, très engagés dans les pratiques méditatives, l'acceptation ne se limite pas à une action ponctuelle ou une stratégie que l'on active uniquement en réponse à une difficulté spécifique. Au contraire, l'acceptation s'inscrit dans une dynamique continue et évolutive, qui s'intègre à une manière d'être et de vivre. Il s'agit de cultiver une attitude d'ouverture à l'expérience à chaque instant et dans la durée, avec une dimension évolutive qui permet une transformation intérieure profonde et qui modifie sa manière d'interagir avec soi-même et le monde, se situant ainsi dans une démarche plus spirituelle que dans le cadre d'une utilisation plus ponctuelle.

« Je ne peux pas vous dire à quel moment, j'ai basculé dans l'acceptation, mais en tout cas, je sais que ce processus m'a permis, et peut-être que l'épisode du décès-là il y a deux ans, quand ça a été quand même assez intense au niveau purement des événements, a mis en lumière le chemin parcouru. Parce qu'en fait, je n'avais peut-être d'autre choix que de me recentrer sur ces outils qui m'ont été un peu comme un socle. Et pour moi, il y a cette idée de processus en fait qui n'est jamais gagné. (...) Qui n'est jamais gagné c'est-à-dire, que demain la vie vient me défier sur des choses qui où je n'ai pas encore lâché ou mon attachement est fort, je ne sais pas si j'aurai cette capacité d'acceptation et je ne souhaite pas pour l'instant en faire l'expérience. »

Participant 16 - 319 – 322

« Parce qu'en fait c'est quand même le projet, c'est-à-dire d'être, de vivre en conscience. Donc il n'y a pas, je suis dans une vie où je suis anxieuse et je ne m'en rends pas compte, et puis j'essaie de m'ouvrir. En fait c'est-à-dire, c'est plutôt le contraire. Et pour moi, ça passe par le fait de mettre de la conscience sur ce que je vis, etc. Donc, c'est quand même plutôt une expérience quotidienne. »

Participant 4. 286-288

Ce qui peut s'apparenter à un cheminement qui n'a pas nécessairement de fin car c'est un processus vers lequel on tend, plus qu'une compétence acquise ou à acquérir.

« C'est un chemin. Pour moi, je suis en chemin aujourd'hui, mais je sais que le chemin, il va continuer. »

Participant 29 -362

3.4.1.4. Ambiguïté et détournement de l'acceptation

A. Ambiguïté de la terminologie

Certains participants ont pu souligner la connotation péjorative du terme « acceptation », qui peut avoir une connotation de résignation, de renoncement, ou une invitation à subir les événements et renvoyer à une idée de passivité.

> *« Alors que, en fait le mot acceptation est rarement accompagné de... c'est, c'est l'acceptation de soi, c'est accepter ses limites, accepter qu'on n'a pas été à la hauteur, accepter d'être triste, accepter qu'on n'a pas très bien travaillé, accepter qu'on a fait du mal... C'est toutes ces notions d'acceptation en général, c'est pas terrible ce qu'il y a derrière le mot « acceptation ». »*
>
> Participant 19 - 218
>
> *« Pour moi pendant longtemps, ça a été acceptation, ça faisait résignation. »*
>
> Participant 29 - 396

Une participante a pu souligner une confusion vécue entre acceptation et absence de réactions émotionnelles. En effet, l'acceptation peut être considérée par certains comme une attitude de détachement excessif ou d'apathie.

> *« Je me suis dit : Waouh, c'est pas clair pour les gens ce terme d'acceptation ! C'est justement là où je me suis rendu compte l'acceptation, c'est vraiment un mot compliqué parce que, sous prétexte que je fais de la thérapie ACT, on attend de moi que je sois un encéphalogramme plat quand je vis des choses difficiles. Et là du coup, ça m'avait fait culpabiliser, je me disais comment ça se fait, que je réagisse autant ? Et puis je me suis dit : non ! - Mais j'ai mis du temps à me dire – Non, mais c'est elle qui a un problème et qui a une mauvaise image de l'ACT. Moi, ça m'a d'autant plus touché que c'était important pour moi. »*
>
> Participant 19 - 374

C'est pourquoi la plupart des participants emploient d'autres termes qu'ils jugent plus explicites, tels qu'aller vers, rencontrer, valider, accueillir (i.e., participants 22-265, 18-299, 29-206)

> *« Moi je parle plus de rencontre. D'aller vers, de rencontrer, mais si ça ne va pas, on peut toujours dire non, et peut-être c'est pas le moment maintenant. »*
>
> Participant 11 - 372
>
> *« Voilà, pour le mot acceptation, je préfère le mot validation. Souvent j'essaie de le redire plutôt acceptation, et donc j'essaie de dire plutôt valider et à nouveau pour venir à la pratique d'autocompassion, j'aime bien l'idée de simplement verbaliser : Aïe, ça fait mal, j'ai mal, je souffre, qui est une pratique qui permet d'accueillir la souffrance et de valider*

que c'est Ok, que c'est de la souffrance quoi. Et ça, c'est parfois plus facile pour moi je pense de pouvoir verbaliser cela. »

Participant 9 - 501

B. Ambiguïté autour de l'objet d'acceptation : qu'accepte-t'on ?

L'acceptation, dite expérientielle, concerne les expériences internes et non pas la situation qui les provoquent. Or, pour certains participants, il peut y avoir la confusion de penser que l'acceptation concerne la situation.

« En plus, les gens confondent, accepter la situation et accepter ce qui se passe à l'intérieur de moi. Donc ça fait du bazar. Donc moi, je prends souvent le temps de leur dire : non, c'est accueillir ce qui se passe à l'intérieur de vous, pas la situation. La situation, bien sûr, qu'il y a plein de choses qu'on n'accepte pas mais comment, on va faire de la place à ce qui, à ce qu'on ressent plutôt que de rentrer dans la lutte, en fait. »

Participant 29 - 400-401

Par ailleurs, se référer à l'objet de l'acceptation, à savoir l'expérience interne, et non pas la situation, demande un effort intellectuel même pour les participants expérimentés dans la pratique de l'acceptation. Cela souligne la difficulté et l'ambiguïté du terme et sa possible inadéquation.

« Ça doit vraiment faire l'exercice de me dire : ce n'est pas l'acceptation de la situation. »

Participant 9 - 471

Ainsi, des participants ont pu formuler une intention d'être dans l'acceptation a priori d'une situation ou de s'attacher au positif, ce qui n'est pas non plus l'objet de l'acceptation.

« Accepter qu'en fait les choses allaient se dérouler, pas forcément toutes, de la manière dont on l'avait prévu et qu'au fond, l'essentiel n'était pas là. Donc c'était cette idée-là, mais de se raccrocher aussi à ce qui était essentiel c'est-à-dire, que quand je méditais aussi, c'était, j'allais me raccrocher aux sensations d'amour, aux choses comme ça ou de partage, et qu'au fond c'était vraiment ça qui était important. »

Participant 12 - 466

Les situations impliquant de l'injustice deviennent donc particulièrement difficiles à « accepter », ce qui est compréhensible puisque ce n'est pas l'objet de l'acceptation telle qu'on l'entend ici, en tant que stratégie de RE. En effet, rappelons qu'il ne s'agit pas d'accepter ou

de tolérer l'injustice en elle-même, mais plutôt d'accueillir les émotions qu'elle suscite, sans chercher à les combattre. Mais il ne s'agit en aucun cas d'approuver la situation qui les génère.

> *« Je ne sais pas comment dire, mais là, ce que ça venait toucher chez moi, c'est le sentiment d'injustice et ça, j'ai vraiment du mal en fait. Quand je suis traitée, enfin, j'ai l'impression d'être traitée de manière injuste, c'est là, je n'accepte pas en fait. Là je suis en colère. »*
>
> Participant 2 - 503

Cette ambiguïté de l'objet peut être entretenue par une autre conceptualisation de l'acceptation : l'acceptation radicale, concept élaboré par Marsha Linehan (1993a) dans le cadre de la thérapie comportementale et dialectique (TCD) et repris par Tara Brach (2004) pour le grand public dans un cadre de développement personnel et spirituel, qui consiste à tout accepter, émotions et situations. Elle revient donc davantage à une acceptation externe et de la réalité, donc des situations.

> *« Il y a plusieurs choses : accepter ce qu'il a à l'extérieur de soi, quand il y a des incidents, quand il y a des arbres qui tombent, des choses comme ça ou d'autres sujets. D'accepter ce qui se passe à l'intérieur de soi, et puis d'accepter aussi son caractère, sa personnalité. »*
>
> Participant 26 - 382
>
> *« Oui, c'est ça comme Tara Brach qui parle de d'acceptation radicale ou des choses comme ça. Donc c'est vrai que ça peut être mal compris, aussi quoi. »*
>
> Participant 18 - 516

C. Ambiguïté autour des motivations : Accepter pour faire baisser l'anxiété

L'acceptation n'a pas pour objectif premier de faire baisser l'anxiété, mais celui plutôt de changer son rapport à elle. Cependant, c'est souvent dans un objectif de régulation émotionnelle à la baisse qu'est utilisée l'acceptation.

> *« En fait, je mélange un peu, j'ai l'impression, le « acceptez c'est là » et du coup le fait d'accepter ça fait baisser l'anxiété (rire). C'est ça, c'est les techniques qu'on peut avoir pour en fait accepter, mais du coup, ce qui fait baisser l'anxiété. »*
>
> Participant 5 - 344
>
> *« Ça peut faire passer un peu l'anxiété. »*
>
> Participant 5 - 268 – 270

Ou accepter quand on ne peut pas agir sur la situation, pour gagner en confort.

« De faire avec et de voir comment je peux m'ajuster, m'adapter. Est-ce qu'il y a des choses sur quoi je peux agir pour être plus confortable, gagner en confort face à la situation. »
Participant 26 – 216

D. Détourner l'acceptation comme un évitement

On peut constater que certains participants peuvent s'appuyer sur ce qu'ils pensent être de l'acceptation pour justifier, en réalité, un évitement. En effet, des participants peuvent notamment utiliser cette pseudo-acceptation comme un moyen de se détourner de leurs expériences internes, quand bien même cela les ramène à l'instant présent. En effet, la pleine conscience peut consister à focaliser l'attention sur des sensations externes, mais si l'attention ne revient pas sur l'expérience d'anxiété, alors il semblerait qu'il ne s'agisse plus d'acceptation. La focalisation sur l'extérieur ou sur des pensées soutenantes deviennent alors une distraction vis-à-vis de l'anxiété :

« Justement de me concentrer sur l'environnement et sur ce que je vis au lieu de me concentrer sur l'angoisse et sur ce qui se passe à l'intérieur de moi. »
Participant 3 - 117
« Et donc l'idée, c'est d'aller porter son attention vers des choses soit soutenantes, soit ailleurs. »
Participant 2 - 395

Des participants ont alors utilisé une pseudo-acceptation comme un outil de réassurance. Cela conduit naturellement à faire diminuer ou éteindre l'anxiété et donc ne permet pas de rester avec elle et donc de l'accepter.

« Et se dire que, de toute façon, dans la plupart des cas, je trouve des moyens de me rassurer aussi. dans la plupart des cas, tout se passera bien et travailler aussi sur le détachement. »
Participant 10 - 59
« A me dire non là, voilà, il n'y a pas de raison d'angoisser, ça va bien se passer »
Participant 3 - 410

De même, des participants ont pu utiliser une pseudo-acceptation comme un outil pour modifier leur ressenti actuel, éteindre une émotion ou se dire qu'elle ne devrait pas être ressentie.

« C'est ça vraiment l'acceptation, c'est quelque chose vraiment à pratiquer pleinement dans notre vie, en fait. Enfin des colères, ça ne sert à rien. »

Participant 20 - 92 – 95

Aussi, des participants ont pu utiliser la pseudo-acceptation comme un outil pour rationaliser et donc réévaluer cognitivement une situation, ce qui consiste à modifier la manière dont on interprète une situation pour en modifier l'impact émotionnel.

« Ça devient rationnel et après je sais pas mon cerveau fait que je trouve, dans le contexte, l'explication qui est complètement rationnelle. Et puis c'est Ok. »

Participant 2 - 742

« La même chose vue le lendemain, après une nuit, après un repas, après n'importe quoi, après quelques mots, après un regard, mais en fait, c'est plus du tout vu de la même manière. »

Participant 27 - 282

On peut noter une confusion avec ne plus avoir de charge émotionnelle, ce qui pourrait se rapprocher du concept d'équanimité ou de détachement bouddhiste, or ce n'est pas l'objet de l'acceptation qui ne vise pas à modifier l'émotion ou la charge émotionnelle.

« Pour moi, l'acceptation, c'est aussi à quoi je le relie, c'est à dire que j'avais une enseignante de méditation qui nous parlait de l'acceptation comme accepter ce qui est, en se libérant de la charge émotionnelle ; par rapport à la résignation où la charge émotionnelle est encore très présente : Et voilà, et je me résigne. Non, l'acceptation, c'est, c'est comme ça, je peux ne pas être d'accord, je peux avoir de la tristesse, mais corporellement je me sens quand même solide pour traverser les défis et je me libère de cette charge émotionnelle, et ça petit à petit, je le touche du doigt, je le touche intérieurement. »

Participant 16 - 51

De plus, dans cette optique, l'acceptation ne deviendrait possible que s'il n'y a plus de charge émotionnelle. Or s'il n'y a plus de charge émotionnelle, il ne peut plus y avoir d'acceptation car il n'y a plus rien à accepter, les émotions et les pensées anxieuses ayant disparu.

« En fait, je suis bouleversée quoi, je suis bouleversée, et là je sens que, ben que j'ai trop de confusion dans mes pensées en fait si je reste avec. (...) Tant qu'il y a détachement l'acceptation pour moi est possible, mais dès lors que le mental et la confusion est trop... je n'accepte plus je suis submergée, je suis emportée, mon mental est hyper stimulé et je peux juste accepter que c'est incohérent mes pensées. »

Participant 16 - 357

Parfois, le rapport à l'anxiété est vu comme une lutte, qui peut se gagner grâce à l'acceptation. Cela comprend aussi un jugement ou une évaluation vis à vis de cette lutte, qu'on réussit ou pas, s'éloignant aussi de la conception de l'acceptation.

> *« Plutôt bien dans les moments où ça va, ou du coup, j'arrive moi même où je sens que j'ai, voilà, je suis plutôt satisfaite. Par contre, les moments où ça va pas, je gère pas, je ne me sens pas du tout bien et là, je repars dans le schéma de résignation et d'angoisse d'anticipation où c'est l'enfer. (...) Parce que du coup, il y a aussi une satisfaction et je pense une auto euh satisfaction personnelle de me dire : Finalement, j'ai réussi à lutter contre quelque chose qui était très handicapant pendant longtemps, et du coup. »*
>
> Participant 3 - 450 - 456

3.4.2. Axe 2 - Les processus de l'acceptation

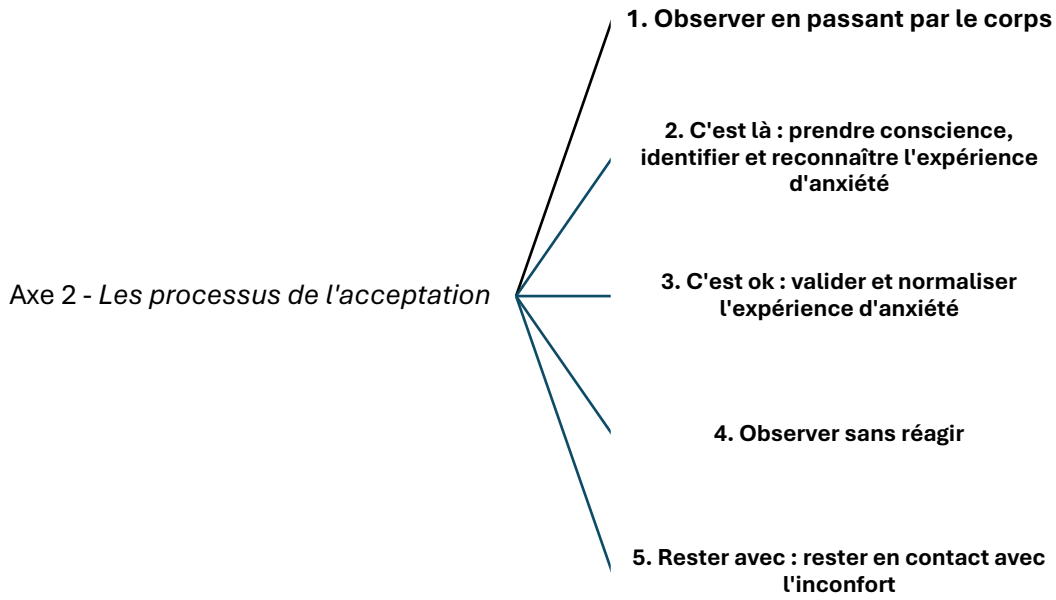


Figure 10. *Schéma en arborescence de l'axe 2 – Les processus de l'acceptation et ses sous-catégories.*

Le traitement des données nous ont permis d'identifier les processus par lesquels les participants ont décrit leur manière d'accepter leurs expériences internes. Cette catégorie

principale représente la mise en œuvre de l'acceptation de leur expérience d'anxiété à travers plusieurs processus, identifiés comme sous-catégories :

(1) Observer en passant par le corps

(2) C'est là : Prendre conscience, identifier et reconnaitre ce qui est là

(3) C'est ok : valider et normaliser

(4) Observer sans réagir

(5) Rester avec et laisser exister : rester en contact avec l'inconfort

Ces sous-catégories représentent les stratégies spécifiques utilisées par les participants pour procéder à l'acceptation de leurs émotions et expériences internes d'anxiété. Certains participants définissent même ces processus individuellement comme étant ce qu'ils appellent l'acceptation.

3.4.2.1. Observer en passant par le corps

A. Observer les sensations d'anxiété dans le corps pour accéder aux informations du corps

Pour observer les manifestations de l'anxiété, les participants soulignent la nécessité de passer par le corps. Il s'agit d'examiner minutieusement l'expérience qui se présente dans le corps, c'est-à-dire les sensations physiques elles-mêmes. Cela permet, d'une part, de sortir des pensées répétitives envahissantes en se rattachant aux sensations du corps et de la respiration et, d'autre part, de constater, par la même occasion, que l'expérience actuelle est plus large que celle de l'anxiété exclusivement.

> *« C'est revenir au corps à la sensation, cartographier, euh, observer d'où est la sensation, cartographier, organiser, voir les intensités, voir les textures, voir l'impermanence, voir comment ça bouge respirer avec. »*
>
> Participant 16- 361

Ainsi, l'observation des sensations a lieu dans le corps lui-même. Les participants cherchent à focaliser leur attention sur les sensations plutôt que sur les pensées ou les représentations :

> *« C'est parce que justement j'étais en contact avec les sens que je ne me suis plus laissé embarquer par la pensée. »*
> Participant 21 – 291

Et, l'observation des sensations permet aussi d'élargir la représentation de l'expérience à tout le reste, c'est-à-dire au-delà des pensées qui ont tendance à être perçues comme absolues dans l'anxiété. En effet, les pensées sont envahissantes et tendent à monopoliser l'ensemble de l'attention. Réorienter l'attention vers les sensations corporelles permet donc de sortir de ce schéma pour favoriser un accès au reste de l'expérience actuelle, occultée souvent par les contenus mentaux.

> *"Et il n'y a pas de bonne ou de mauvaise chose. Juste vous qui êtes là, vous et vous êtes vivant. Et on et... il n'y a pas que votre esprit qui existe, il y a aussi tout le reste. »*
> Participant 12 -585

Observer le corps permet de prendre conscience des sensations et d'obtenir des informations sur soi et l'expérience d'anxiété, à partir des ressentis corporels.

> *" C'est à dire qu'en fait, le corps m'a aussi appris des choses. Oui, j'avais sans doute mis de côté en croyant qu'elles étaient gérées, parce que je les avais gérées là. Mais c'est pas vrai, elles n'étaient pas gérées autant que ça."*
> Participant 12 -556

B. Développer la conscience corporelle

Observer ce qui a lieu dans le corps permet de prendre conscience du corps dans et par lequel l'anxiété est ressentie. En effet, cela offre la possibilité de constater que l'anxiété ne se perçoit pas uniquement à travers les pensées, comme cela a pu être appréhendé initialement par les participants. Ils remarquent que la perception de l'anxiété existe aussi dans le corps, ce qui peut parfois être une découverte.

> *"Je hum je respire un grand coup, aussi, j'ai le sentiment de euh d'être en lien avec ma respiration, d'être en lien avec plein de sens. [Alors] que lorsque l'anxiété s'est manifestée*

du premier coup, dans un premier temps, du coup, il n'y a pas de sens. En fait, il y a des pensées qui viennent."

Participant 8 -250

De même, la pratique développe d'ailleurs la conscience corporelle, permettant en premier lieu aux participants de prendre conscience de l'existence même de leur corps, celui-ci ayant pu être moins investi au profit des pensées qui prenaient toute la place dans l'expérience.

"Tu es tellement dans les ruminations et j'essaie de contrôler l'incertitude que je ne voyais pas ce qui se passait dans mon corps. Mais ce premier exercice d'ACT m'a fait prendre conscience qu'en fait, il y a quelque chose qui était sous l'iceberg que j'ai jamais vu. Mais c'est mon corps, je ne l'ai jamais vu.»

Participant 1 -203

« Déjà, ça m'a permis, en tout cas, d'aller identifier au niveau corporel ce qui se passait sur moi-même, parce que je suis pas quelqu'un qui, euh, qui est très connectée à son corps. Enfin voilà, comme je suis pas sportive, enfin, je sais pas, voilà, il y a des gens qui ont une hygiène de vie qui fait que peut-être, qu'ils sont plus attentifs à ce qui se passe dans leur corps, ce qui n'est pas mon cas. Et donc là, ces pratiques-là m'ont permis aussi d'aller regarder un peu plus ce qui se passe au niveau corporel déjà. Et puis euh, et puis oui, d'aller explorer un peu comment je ressens les choses, combien de temps elles durent. Enfin, voilà, si elles passent. Oui, oui, ça m'a appris, parce que ça m'a appris ces choses-là, sur moi-même quoi, et un peu plus de... Ouais d'élargir une palette aussi, d'élargir une palette émotionnelle. »

Participant 17 -394

Une meilleure « conscience corporelle » ou intéroception, c'est-à-dire relative aux mouvements provenant de l'intérieur du corps, peut se développer et s'affiner à force d'être en contact et à l'écoute des sensations internes.

« C'est à dire que je sens, je sens quand je vais être en anxiété. Je sens corporellement les tensions, l'accélération cardiaque. J'ai une conscience corporelle accrue. »

Participant 16 -44

« Je pourrais, si on me demandait qu'est-ce que tu ressens, je peux tout à fait tout décrire, comme passer au scan. Donc, il y a déjà cette grande conscience du corps."

Participant 6 -299

Aussi, observer l'émotion et l'anxiété dans le corps permet de constater qu'elle est temporaire et mouvante.

"Alors moi je me sers beaucoup du corps parce que je trouve que dans la respiration, et du corps, parce que je trouve que les sensations, les émotions dans le corps, elles vivent et elles ne sont pas figées dans le corps."

Participant 12 -416

C. Revenir au corps pour ne pas se laisser submerger : le corps comme ancrage

La respiration est utilisée comme un ancrage corporel (i.e., un point précis où ramener l'attention) qui permet de focaliser l'attention afin de ne pas se laisser envahir par l'expérience d'anxiété.

"Pour moi, la respiration devient une ancre. C'est-à-dire l'ancre, ça veut dire qu'elle reprend le centre de l'attention, c'est une attention focalisée sur la respiration."
Participant 16 -363

Et il peut être nécessaire d'être familier avec cet ancrage avant d'élargir au reste des sensations.

" C'est un peu comme, c'est un peu comme un échauffement, euh, c'est à dire porter son attention sur le souffle. Et, à partir d'un certain moment, il y a une espèce de calme qui s'instaure et à partir du moment où ce calme, je m'en aperçois, je sais que je peux relâcher l'attention sur le souffle et puis commencer à ouvrir un peu le champ d'attention."
Participant 18 -273

Tout comme la respiration, le corps est un ancrage auquel on peut revenir pour ne pas être envahi à nouveau par les pensées, dans une dynamique d'aller-retours.

"Je reviens au corps, ou c'est qu'elle est [NDLR : l'anxiété, la sensation] etc... enfin la laisser pas forcément tout envahir. Je ne suis pas mon anxiété, je ne suis pas cette sensation, je ne suis pas cette pensée. Elle existe, elle est là ok, mais par contre, je ne suis pas que ça. »
Participant 12 -398
"D'essayer de voir ça comme un film quoi. De se dire, Ok, c'est bon, c'est un scénario et revenir à la sensation là, ça aide."
Participant 29 - 273

Ce qui peut passer aussi par la posture, en la changeant, l'ajustant ou en entreprenant une mise en mouvement au niveau du corps.

« Donc, de l'extérieur, on verrait quelqu'un qui range chez elle, par exemple, mais en fait, (...) ça m'aide peut-être à m'observer ou à être avec moi, même. (...) Oui, en fait, en général, je vais plutôt me lever, marcher, voilà et je suis en train, j'y pense, je me parle, je nomme, j'observe, c'est ça, oui."
Participant 19 - 270 - 272

D. Ambiguïté de la respiration

La respiration est donc décrite comme un socle, permettant un ancrage qui facilite la connexion avec l'expérience présente et permet d'y revenir à chaque fois que l'attention retourne sur les pensées répétitives. Ainsi, une prise de recul, grâce à la respiration qui apaise, peut favoriser l'entrée dans le processus d'acceptation, ce qui aurait été plus difficile, voire impossible, en cas d'anxiété trop intense.

> *" Alors moi, ça, je m'en sers de la respiration, justement quand c'est difficile d'ouvrir, je vais respirer parce que parce que ça permet de, au moins, de de faire baisser d'un cran, de faire le pas de côté."*
>
> Participant 12 - 434
>
> *"j'aurais quand même juste spontanément là, si j'y réfléchis pas trop, tendance à dire que la respiration, c'est quand même quelque chose qui qui aide juste d'un coup. Enfin, voilà de se dire : ok, on prend une respiration de souffle et du coup hop, ça enclenche tout plein de prises de recul."*
>
> Participant 17 - 356

Cependant, la respiration peut aussi revêtir un caractère ambigu puisqu'elle peut avoir un effet apaisant et donc avoir pour conséquence de faire baisser l'intensité de l'anxiété et de détourner de l'acceptation.

> *« Et en fait, je me suis rendue compte au fil des années et en l'enseignant que c'était un très bon outil sur lequel on peut s'appuyer quand il y a des choses compliquées. Mais euh, en tout cas pour moi, puis je l'ai vu avec des patients que quand vous avez quelque chose de difficile qui vous vient ou que vous vivez, effectivement de se mettre dans le souffle, c'est bien parce que ça va permettre de faire le pas de côté. Par contre, je pense que si on est trop là-dedans, effectivement, on va se concentrer sur le souffle et finalement ça va passer, mais on n'aura pas été investiguer. On n'aura pas été explorer ça vraiment profondément. Donc c'est quelque chose que voilà, ça me passe par la tête parce que maintenant, je me rends compte que je ne vais pas être que sur le souffle, parce que ça peut, je peux passer à côté d'autre chose."*
>
> Participant 12 – 230

Toutefois, si la respiration est utilisée comme un moyen de réduire l'intensité de l'anxiété, alors cela entretient une confusion dans l'objectif de l'acceptation. Théoriquement, l'acceptation ne vise pas à diminuer l'anxiété, mais bien à permettre de rester en contact avec celle-ci, telle qu'elle se manifeste. Si la respiration est utilisée comme une technique de relaxation, par exemple en l'amplifiant ou en la modifiant, alors elle peut effectivement

conduire à une réduction de l'anxiété. Cependant, une telle démarche empêchera d'accepter l'anxiété réellement, dans la mesure où la diminution de celle-ci sera perçue comme une stratégie de contrôle. Cela pourrait entraîner une fausse croyance selon laquelle c'est l'acceptation qui a réduit l'anxiété, alors qu'en réalité, c'est l'intervention sur la respiration qui en est la cause. L'usage de la respiration dans une visée apaisante peut davantage s'apparenter à une stratégie d'évitement de l'anxiété, dans la mesure où elle vise à s'en débarrasser plutôt qu'à s'y exposer pleinement.

> *"Ouais, c'est ça parce que, du coup, tu te concentres sur autre chose que sur l'émotion et en même temps respirer, voilà se concentrer sur la respiration, ça peut avoir un effet apaisant. Donc ouais du coup, ça peut permettre de diminuer un petit peu, l'intensité, quoi."*
>
> Participant 7 -357

E. Ambiguïté de la focalisation sur les sens

L'intéroception peut également être utilisée comme ancre de l'attention afin d'observer les sensations liées à l'anxiété ou de revenir à l'expérience présente. Des participants, issus des thérapies ACT et qui n'ont pas de formation de pleine conscience, ont pu décrire une focalisation de l'attention sur leurs sens (e.g., toucher, ouïe, odorat, vue, etc.) tournés vers l'extérieur, comme par exemple, sentir l'air frais sur la peau, ou observer les feuilles des arbres. Cette connexion avec les sens peut jouer un rôle d'ancrage, comme c'est le cas de la respiration par exemple, afin de revenir à l'expérience présente en dehors des seules pensées qui, sinon, prennent tout l'espace attentionnel.

> *" Alors il y a un truc qu'on m'a appris la dernière fois qui est super simple, je ne sais pas pourquoi je n'avais jamais pensé, je me trouve plutôt efficace là-dedans, c'est de me connecter aux sens. Et à un moment donné, tiens, je vais me poser parce que j'ai l'habitude que ça aille vite, je suis vachement dans la pensée et je vais sortir dehors, je vais sentir juste l'air frais. Je vais sortir de mes pensées et du coup ça va m'amener une impression, c'est assez rassurant pour moi ce que je trouve qu'il y a un côté un peu immuable. Oui, les pensées, elles partent dans des catastrophes, elles vont elles viennent, et là, je me dis : la nature, finalement, c'est beau, ça, c'est doux. Il n'y a pas de scénario vraiment catastrophe là pour le coup, c'est qu'une interprétation du cerveau tout le reste, et il y a un côté un peu immuable, ça sera toujours comme ça, c'est doux, donc ça permet ça m'aide à me couper avec la pensée."*
>
> Participant 21 - 224

Cependant, en détournant l'attention vers l'extérieur, si toutefois l'observation ne revient pas sur l'anxiété ensuite, la conséquence possible est, en réalité, de se distraire de l'anxiété, et donc d'être dans une tentative d'évitement, Cependant, comme c'est le cas pour la respiration, cela peut aussi être un moyen d'apaiser pour, ensuite, entrer dans le processus d'acceptation.

> *« Je suis plus attentif, je vois les animaux, j'entends, je vois les oiseaux, les machins, la nature qui bloque, qui change, etc. Ça m'enveloppe, c'est quelque chose qui m'enveloppe et qui me calme. Il y a aussi l'effet de faire de l'activité physique. »*
>
> Participant 23 - 60

Ainsi, si la connexion aux sens externes est bien une expérience de pleine conscience en soi, elle ne peut être une expérience d'acceptation de l'anxiété que si elle permet par la suite de retourner à l'exploration des sensations d'anxiété. La pleine conscience a pour fonction de porter son attention sur un objet choisi, mais l'acceptation de l'anxiété demande de se focaliser précisément sur cette anxiété, pour ne pas être dans l'évitement.

F. Corps moins présent dans l'acceptation de l'ACT ?

On peut aussi noter que le corps semble moins spontanément évoqué en tant qu'objet d'observation chez les participants issus des thérapies ACT par rapport à ceux issus des pratiques de pleine conscience, lorsqu'ils n'ont pas aussi de formation aux approches MBI. L'observation des pensées ou des schémas de pensées peuvent prévaloir ou semblent suffisants pour observer leur anxiété. D'autant plus qu'acceptation et défusion sont souvent compris comme des concepts se chevauchant.

> *« Il y a le côté un peu de regard extérieur, de se dire, d'avoir analysé en gros qu'il y a un livre, en ce qui me concerne, Il y a un livre avec en gros trois dossiers qui peuvent revenir tout le temps. Donc là, de s'imaginer qu'on est en train d'ouvrir ce foutu livre et qu'on y met les dents et qu'on commence un peu à entrer dans l'histoire, à y croire.*
>
> Participant 21 - 283

Cela peut s'expliquer par le fait que même si la pleine conscience est un pilier de l'ACT, elle n'est pas nécessairement enseignée et parfois seulement de manière brève. Cela s'explique par le fait que la pleine conscience constitue le cœur même de l'enseignement et de la pratique dans les interventions basées sur la pleine conscience (MBI), tandis qu'elle s'inscrit parmi plusieurs dimensions centrales du modèle hexaflexe dans les interventions d'acceptation et d'engagement (ACT). Comme nous l'avons vu précédemment, la pratique de pleine conscience ne consiste parfois qu'à se connecter aux sens externes, dans le but de revenir au présent et sortir des pensées anxieuses, comme un outil de régulation émotionnelle, et non pour explorer l'anxiété elle-même.

3.4.2.2. C'est là : Prendre conscience, identifier et reconnaître l'expérience d'anxiété

Une étape essentielle dans le processus d'acceptation, décrite par les participants, consiste à observer avec curiosité ce qui constitue l'expérience actuelle afin d'en prendre conscience d'une part, et de pouvoir nommer et reconnaître cette expérience d'anxiété d'autre part.

A. Observer pour se connecter à l'expérience présente et à l'inconfort

L'observation permet de recentrer l'attention sur ce qui se déroule dans le moment présent, qu'il s'agisse des sensations, des pensées, des émotions ou à d'autres expériences internes.

> *" De vivre justement dans, par le biais de ces exercices-là, de pleine conscience et d'acceptation du moment présent, d'essayer, de voilà, de sortir de ces schémas de pensée, où on est soit toujours dans le dans le passé, soit dans le futur."*
>
> Participant 3 - 488
>
> *« Parce que dans mon corps, je me sens plus ancrée et donc plus juste centrée sur le moment présent. »*
>
> Participant 7 - 319
>
> *" De quoi on s'occupe là, quoi. De quoi il s'agit là."*
>
> Participant 27 - 76

B. Observer pour prendre conscience de l'inconfort présent

Et de prendre conscience de ce qui est présent en identifiant qu'il s'agit d'un inconfort, d'une tension ou d'une détresse.

> *« Il m'a invité simplement à observer la tension, la tension que je ressens. Au moment où mes doigts et mes ongles vont s'approcher de la plante de mes pieds.*
> *Chercheur : D'accord et d'observer ça, qu'est-ce que ça a généré, qu'est ce que ça eu comme conséquence ?*
> *Participant : Une prise de conscience. Effectivement, il y avait une tension. »*
> Participant 23 - 290 - 292
> *« Par exemple, boule au ventre. J'ai une boule au ventre, c'était tout ! Donc ça me fait mal, ça m'a fait parfois envie de vomir. En fait, à ce moment-là, j'arrête bouger dans tous les sens, voilà, je sens mon sentiment, enfin je sens mes sensations. »*
> Participant 20 - 46
> *« C'est justement prendre conscience que c'est là »*
> Participant 22 - 271

De plus, il convient d'identifier qu'il s'agit d'émotions et prendre en compte les informations qui sont liées à celles-ci, de manière adaptative, qu'il s'agisse de besoins, de préoccupations.

> *« J'ai appris à identifier ce qui ne me faisait pas forcément du bien mais qu'elles étaient porteuses de messages. Aussi, tu vois ouais derrière, il y a la colère, il y a souvent de la tristesse, souvent du dégoût, il y a tous ces mélanges d'émotions, tout ça. »*
> Participant 2 – 810
> *« C'est déjà d'essayer d'être... déjà de sortir du pilote automatique et d'observer. Parce que, nous autres, comme personnes concernées par les troubles psychiques, on a des fois du mal à mettre un nom sur ce qu'on ressent, donc c'est plutôt d'être à l'écoute des réactions physiques ou comportementales, ça se détecte plus facilement que l'agacement ou la nervosité. »*
> Participant 23 - 48

C. Identifier l'inconfort comme de l'anxiété afin de la reconnaître pour ne plus la craindre

L'observation, en elle-même, permet de comprendre que cet inconfort qu'on est en train de vivre est une expérience d'anxiété. Cela peut ainsi favoriser à identifier, étiqueter, nommer explicitement ce qu'elle est, c'est-à-dire de l'anxiété. Cette expérience identifiée comme étant de l'anxiété est perçue comme un inconfort qui ne représente pas pour autant un danger en lui-

même. Ainsi, l'anxiété devient plus tolérable à partir du moment où elle a été reconnue et identifiée comme telle.

> *« Je sais pas en tout cas, peut-être, que c'est à partir du moment où c'est nommé et que ça tient dans un mot, ça perd de sa dangerosité en fait. Je ne suis plus menacée, je suis dans l'inconfort, quoi. »*
> Participant 19 – 248-250
> *« C'est plus supportable si je sais que je suis en train d'être anxieuse, en fait. »*
> Participant 4 – 220

Cette reconnaissance de l'anxiété en tant que telle permet aussi de ne pas l'entretenir malgré soi.

> *« Après, ça peut encore arriver, tu vois, mais là, tu ne montes pas sur le petit vélo de la pensée, tu dis que c'est là, et puis elles sont là, tu les regardes, et puis tu sais que, dans une heure et demie tu vas t'endormir, et puis c'est Ok, quoi, mais c'est plus... tu vois avant, je ne sais pas quand j'étais ado, mais je pouvais avoir une idée, et la travailler toute la nuit, quoi tu tournais autour toute la nuit. »*
> Participant 2 – 383

3.4.2.3. Valider et normaliser l'expérience d'anxiété : « c'est OK »

Les participants ont décrit une étape de validation et de normalisation de leur émotion d'anxiété après avoir pris conscience de celle-ci. Il s'agit, d'une part, de valider que l'anxiété est présente et que cela peut représenter une expérience difficile et inconfortable, et, d'autre part, de normaliser cette émotion comme étant à la fois humaine et légitime.

A. « C'est OK » de ressentir de l'anxiété

Les participants valident leur émotion, comme étant une réponse cohérente et légitime à ce qu'ils vivent.

> *"En fait, c'est normal. Oui, normaliser et sans minimiser la souffrance évidemment."*
> Participant 9 - 535
> *« Comme si je me parlais à moi-même. Parce que ça peut être ça aussi l'acceptation. C'est accepter, oui, tu es anxieuse et c'est un peu normal, aussi. »*
> Participant 5 - 350

Valider l'émotion en se disant qu'on a le droit de ressentir cela, sans se juger, s'accorder la permission de vivre cette expérience d'anxiété, sans jugement, culpabilité ou toute autre forme de lutte.

« Fondamentalement, ce que ça m'a appris, c'est que j'avais le droit d'avoir de l'anxiété. »
Participant 10 - 365
« Euh que oui, y'a du stress, mais que c'est pas parce qu'il y a du stress qu'on est nul ou qu'on n'est pas assez bien ou qu'on ne fait pas ce qu'il faut face à cette situation-là, en fait. Euh, donc oui, je sais pas, il y a cette idée du jugement-là qui me vient quand même oui, de jugement, que les gens ont envers eux-mêmes, quoi. »
Participant 17 - 412

Cette démarche peut être facilitée par une validation extérieure, notamment lorsque la conscience interne de la légitimité de l'expérience d'anxiété n'a pas encore pu avoir lieu.

« Mais c'est aussi, je pense, l'entourage avec par exemple des amis, qui peuvent dire : Ben oui, mais c'est aussi normal que tu sois anxieuse, vu ce que tu fais. »
Participant 5 - 352

Et ainsi, s'autoriser à ressentir ce qui a été identifié comme une expérience d'anxiété, qui ne représente pas un danger en soi.

« Et en fait, là, j'ai pris conscience que mon esprit essayait tout simplement de sortir de cette anxiété-là. Et quand je restais sur cette sensation en l'observant, et je me suis dit : Mais c'est pas grave finalement de le ressentir cette sensation, j'ai pas forcément besoin de l'éviter. Et cette (..) conscience, on va dire cognitive, au niveau de mes pensées. Cette pensée qui est apparue, c'est à dire cette pensée qui me disait : c'est pas grave de ressentir ces tensions, t'es pas obligé de la fuir en fait. Ça a calmé tout de suite mes ruminations. »
Participant 1 - 92
« Oui c'est possible, je peux, je peux ressentir ça dans le sens où ça va ma pas faire mal, ça va pas me détruire, c'est pas dangereux »
Participant 19 - 254

B. Normaliser les émotions, dont l'anxiété , comme étant humaines et utiles

Les participants cherchent également à normaliser leurs émotions en les reconnaissant comme étant universelles et simplement humaines.

« J'avais l'impression de gérer parfaitement toutes mes émotions, mon anxiété et jusqu'au jour où j'ai compris que non, je restais un être humain et que j'avais le droit aussi de parfois être pas bien, d'avoir de l'anxiété. Voilà, c'est cette espèce de, c'est rigolo cette espèce de normalité et humanité. »
Participant 10 - 367
« Bah c'est de se dire que, en fait, ça fait partie aussi de notre être, et voilà toutes les émotions, quelles qu'elles soient, c'est humain. C'est pas... enfin, voilà, c'est normal. »
Participant 3 – 387

Et, pour les participants, ressentir des émotions constitue alors la preuve qu'on est vivant. Elles représentent un indicateur de notre interaction avec l'environnement et la capacité à être touché par les expériences.

> *« C'est, c'est le c'est le vivant. Ce sont les émotions qui permettent de se sentir vivant, et s'il n'y a plus d'émotions, il n'y a plus de, enfin, on ne se sent pas vivre. Euh, donc accepter, accepter de sentir qu'il y a telle ou telle émotion, c'est se sentir vivant. »*
>
> Participant 11 - 422

L'émotion est alors validée et normalisée, au point qu'elle peut être considérée comme une source d'information pertinente. En effet, l'émotion est comprise comme un signal interne, une réponse adaptative apportant des informations contextuelles sur nos besoins, motivations, valeurs et relations à notre environnement.

> *« L'angoisse c'est de vivre cette anxiété en se disant qu'on ne devrait pas, qu'il n'y a pas de raison, qu'il ne faut pas, qu'on ne va pas s'en sortir, que c'est ça qui fait que ça monte complètement. C'est de se dire, mais en fait, c'est Ok, on est des êtres humains, et donc oui, et heureusement pour son anxiété, parce que c'est comme ça qu'on est informé qu'il y a des choses à changer dans notre contexte en fait. Donc, en premier, ça serait de faire la paix avec le fait que c'est Ok d'être anxieux. »*
>
> Participant 4 – 428
>
> *« Peut-être à m'accepter, accepter cette partie de moi qui s'inquiète. A voir l'anxiété pas seulement comme un problème ou comme un dysfonctionnement, mais comme quelque chose qui peut ... d'assez pertinent, un peu pertinent. C'est-à-dire que c'est, oui, c'est pertinent dans le sens où, comment dire, j'en ai besoin. J'ai loin d'en avoir fini avec l'anxiété, c'est-à-dire que, en tant que mère en tout cas, parce que parfois je pense que je me fais des films, mais mon instinct, mon flair, il y a que j'ai quand même souvent raison. »*
>
> Participant 19 - 198

Cet examen approfondi de l'émotion peut offrir la possibilité d'identifier d'où vient l'anxiété, en observant les pensées qui la créent.

> *"j'ai observé déjà ce qui générait l'anxiété, donc mes pensées"*
>
> Participant 7 - 260

Ainsi, pour les participants, reconnaitre les émotions, et notamment l'anxiété, comme normales et universelles, conduit à de ne plus en avoir honte et de ne plus avoir à s'en cacher.

> *« Et à les accepter et plus en avoir honte aussi et à pouvoir en parler librement, parce que c'est vrai qu'au départ on a aussi un peu honte de tout ça et c'est pas évident... Et aujourd'hui, j'arrive assez facilement à parler de cette anxiété. Et voilà, j'en ai. Enfin, j'ai de plus en plus de capacité en tout cas à en parler librement parce qu'au départ, c'est difficile parce qu'on vit ça comme de la vulnérabilité, et en fait, aujourd'hui non justement je me*

dis, c'est plutôt une force d'apprendre à se connaître et d'apprendre à vivre avec, aussi, même s'il y a encore un peu de chemin à faire. »

Participant 3 – 474

Par ailleurs cette étape de normalisation de l'anxiété peut être considérée par certains participants comme représentant l'acceptation elle-même.

« Pour moi, déjà, accepter que c'est normal, c'est déjà, c'est déjà ouvrir, en fait. C'est déjà ouvrir. »

Participant 4 – 430

3.4.2.4. Observer sans réagir

Ne pas réagir à ce qu'on observe consiste à ne pas chercher à l'éviter, à le modifier, à lutter contre, à le contrôler ou à y répondre par des comportements ou des pensées, tel qu'on le fait habituellement de manière plus ou moins automatique. Cela consiste également à ne pas tenter de rechercher des solutions, de commenter ou de juger l'expérience vécue. Il s'agit alors d'être dans une position dite « d'observateur » de sa propre expérience.

A. Prendre une position d'observateur

L'expérience intérieure se manifeste à la fois dans le corps, les pensées et les émotions. Pour en avoir une perception claire et complète, cela nécessite d'adopter une posture d'observateur de soi, en prêtant attention à ce qui se déroule intérieurement et en le notant.

"C'est déjà d'avoir conscience de ce qui se passe en soi, c'est la première étape des processus de pensée, au niveau des émotions. Qu'est ce qui se passe ? Voilà vraiment, on observe déjà au niveau interne qu'est ce qui se passe, qu'est ce qui est généré et ensuite, de voir la réalité telle qu'elle est, de vraiment l'observer. Ok, il se passe quoi là maintenant."

Participant 22 - 461

Cette capacité à s'observer soi-même, comme si on observait un objet extérieur, facilite la prise du recul par rapport à l'expérience interne actuelle. Adopter une posture d'auto-observation instaure une distance avec l'expérience et permet un « pas de côté ».

« Ça permet une baisse d'intensité, c'est à dire que ça prend, sans chercher ça forcément, mais en fait, j'ai l'impression de faire un pas de côté et d'avoir cette espèce de regard intérieur ou de témoin qui regarde de façon un peu plus neutre. Sortir de cette de cette espèce de fumée d'émotion pour laisser reposer quoi. C'est vraiment ça. Et comprendre

où est-ce qu'on a mal, apprendre à se calmer pour après avoir la capacité d'avoir l'esprit clair pour dérouler et savoir : c'est quoi le problème ? Qu'est-ce qui ne va pas ? Qu'est-ce qui fait mal ?»

Participant 10 - 73

« Et qu'il y a quelque chose d'hypnotisant, c'est-à-dire, pendant que vous faites ça, vous pensez à rien, vous portez votre attention exactement sur ce que vous faites pour ne pas aller trop loin, pour pas faire mal. Euh, donc le fait d'observer l'inconfort, de porter son attention sur l'inconfort, c'est assez salutaire je trouve, parce que ça permet ne pas se laisser embarquer là-dedans. »

Participant 23 - 302

Cette position d'observateur donne la possibilité d'observer et de prendre conscience de ses propres schémas de pensées et automatismes. En se dissociant temporairement de l'identification directe aux pensées anxieuses, il est ainsi possible de détecter les tendances récurrentes dans son dialogue interne ou de reconnaitre les réactions de pensées automatiques.

« Les fois où je vois mes scénarios, donc soit je ressens, et alors je me sens toute... je me dis : Ah, ça y est, c'est reparti ! Et je vois le scénario. Et donc là c'est stop, je ralentis. »

Participant 29 – 325

Les automatismes détectés, de pensées ou de réactions face à l'anxiété, peuvent prendre la forme d'élaboration de scénarios catastrophes.

« Là, vraiment, j'ai vu, et là j'ai vu, j'ai vu les scénarios, quoi : Ah! Si elle a un accident ? si elle crache ta bagnole ? non, et si elle va pas bien ? Et en fait là, j'ai vraiment été en posture de : Ok, je vois tout ça ».

Participant 29 – 74

Et cette observation plus distante de ses propres schémas internes et de pensées peut permettre de repérer ceux-ci sans besoin d'interagir, par le fait même de savoir qu'on les observe.

« Voilà comme par rapport cette situation, je peux la, tu peux la contempler, en fait, sans parler, sans chercher à agir, sans la juger. Juste, la contempler. »

Participant 4 - 338

« C'est quand je ressens plus le sentiment d'urgence à agir, de trouver une solution. »

Participant 24 – 226

Si, dans la majorité des cas, c'est la position d'observateur qui permet de prendre le recul nécessaire pour identifier l'anxiété, il peut arriver que l'entrée dans la position d'observateur se fasse une fois l'anxiété identifiée. Que ce soit parce que la personne se sent agir d'une manière propre à l'anxiété, parce qu'elle identifie intuitivement son fonctionnement

anxieux ou parce que le signal vient de l'extérieur (par l'entourage qui fait prendre conscience de l'anxiété) :

> *« Ben oui, parce que je sais que c'est de l'anxiété donc, on va quand même faire les choses (souffle) ! Donc là, c'était de l'anxiété. Voilà, j'essaye de prendre de la distance d'une manière ou d'une autre et d'aller tout près en fait qu'avant, j'aurais plutôt, voilà, je me serais activée vraiment, je pense »*
>
> Participant 29 - 321

On peut toutefois se demander si ce n'est pas un recul préliminaire, et donc une entrée dans une position d'observateur, sans nécessairement en prendre acte, qui permet d'identifier l'anxiété.

B. Identifier et cesser la lutte

L'idée de cesser la lutte contre ses propres expériences internes est souvent associée à une attitude d'observation neutre et non-réactive. Cesser la lutte consiste à ne pas réagir, ne pas chercher à modifier ou rejeter sa propre expérience. En effet, la lutte semble traduire une réaction de résistance, un rejet face à ses expériences internes.

> *« C'est quand il y a vraiment la lutte en disant : Euh, non, je ne veux pas de ça. C'est vraiment quand je ressens au début, je dis : Ah ça, je veux pas de ça. »*
>
> Participant 9 - 467
>
> *« Je souffre de migraines chroniques. Accepter, alors ok, on est d'accord, c'est pas accepter la douleur, mais lâcher la lutte par rapport à la douleur, accepter que ce soit, qu'on soit désespéré là »*
>
> Participant 9 - 499
>
> *« Ça m'active en fait, et que et que je veux pas vivre ça à ce moment-là, en fait ! Je n'ai pas envie de vivre, ça, vraiment je me dis, mais merde, pourquoi moi je pense à ce genre de choses ? »*
>
> Participant 29 – 269

Il convient aussi de chercher à ne pas juger ou critiquer ses propres expériences, car c'est aussi une forme de réaction et donc de lutte vis-à-vis de celles-ci. On peut entendre cette évaluation comme une tentative de contrôler l'expérience a posteriori, dans le sens où elle diffère de ce qui était attendu, sans que cela ne soit admis. En effet, le jugement ou la critique peuvent être compris comme une forme de résistance, de lutte dans laquelle une évaluation négative est opposée à une réalité qui ne correspond pas aux attentes, normes ou idéaux. Cela

traduit une dissonance entre ce qui est perçu ou ce qui devrait être selon les standards internalisés.

> *"Pour moi, l'acceptation, ça va avec la question du jugement, c'est le binôme. (...) Souvent, en fait, ce qui rend anxieux, c'est que ça ne devrait pas être comme ça. On lutte pour se ramener vers ce qui nous parait normal, et c'est cette lutte en fait qui, comme ça qui asphyxie les gens."*
>
> Participant 4 - 440
>
> *" On sort du jugement. Voilà, on sort du jugement, de la... de l'envie qu'on a plus ou moins que ça se passe comme ça ou comme ça, de contrôler, voilà. »*
>
> Participant 12 – 613

Chercher à contrôler l'anxiété et l'expérience est aussi une lutte qui empêche de prendre conscience de l'ensemble de l'expérience, de « *tout le reste* » c'est-à-dire de l'expérience corporelle et incarnée.

> *« Parce que là, en fait, tu es tellement dans les ruminations et j'essaie de contrôler l'incertitude que je ne voyais pas ce qui se passait dans mon corps. »*
>
> Participant 1 – 203

C. Observer et en rester là

Ainsi, ne pas réagir consiste donc à avoir conscience de ce qui est présent, sans y répondre d'une manière ou d'une autre, et, le laisser passer pour permettre à l'expérience de suivre son cours, sans chercher à interagir, que ce soit en la modifiant, en l'évitant ou en luttant contre.

> *" Après ça, je reste euh sans faire autre chose, sans être dans une autre activité, je euh, voilà comme quelqu'un qui observe Um. euh. Je reste dans une pause en fait. Et c'est peut-être ça, en fait, qui est le socle de l'acceptation finalement."*
>
> Participant 11 -406
>
> *"C'est une position où on va pas, on va pas intervenir sur le phénomène quoi. Simplement on va laisser les choses être."*
>
> Participant 18 -313
>
> *" C'est à dire que j'observe, un point c'est tout. Et je mets le mot acceptation, mais c'est un mot que je le mets pour définir.-Mais en fait, concrètement, ce que je fais, c'est de l'observer et d'en rester là sans chercher autre chose."*
>
> Participant 1 -72
>
> *"j'arrive du coup à prendre un moment pour observer l'anxiété sans réagir en fait. (...) sans essayer de modifier quoi que ce soit (...) Juste ça s'arrête à l'observation de la sensation en fait. Et que suis pas là, mon cerveau est pas là, en train de chercher des trucs pour résoudre ça quoi."*
>
> Participant 7 -244- 246

Cette observation seule, sans rien faire d'autre qu'observer, peut être comprise comme la condition sine qua non pour accéder à l'acception et définit pour certains participants l'acceptation elle-même, car elle permet de ne pas être emporté par ses pensées, ses réactions automatiques ou une charge émotionnelle.

> *« Et en faisant l'exercice, je me focalise sur mes sensations corporelles, sur mes pensées. Et ça, ça me permet de prendre conscience de ce qui se passe réellement et sans être emporté par l'automatisme de tout ça. Et du coup, et du coup, en prenant conscience (...) j'arrive à débuter le processus d'acceptation"*
>
> Participant 1 -120
>
> *" Je dirais que déjà d'en prendre conscience, il y a, et d'en être curieux, il y a déjà une petite ouverture."*
>
> Participant 11 -388
>
> *« Le fait d'observer et de décrire mon expérience pour moi, c'est ça l'acceptation. C'est mon acceptation de dire : je suis en train de penser à ça, je suis en train de ressentir ça, tiens là, je suis en train de faire exactement l'inverse de ce que j'avais décidé de faire, c'est une forme d'acceptation, c'est un pas vers l'acceptation, mais c'est une façon de d'être avec mon expérience, toute mon expérience."*
>
> Participant 19 – 226

D. Se demander si on peut agir ou pas dans l'ACT

Une question qui revient chez les participants issus des thérapies ACT, est de se demander s'ils peuvent ou non agir sur l'inconfort en modifiant la situation qui le génère, si cela est possible. C'est une question qui semble faire suite, ou représenter un prérequis, avant de s'engager dans un processus d'acceptation. En effet, lorsque la situation peut être modifiée, alors cette option sera probablement préférée à une démarche d'acceptation.

> *« L'acceptation elle est à toutes les étapes. Parce que, quand bien même on peut changer une situation, il faut déjà accueillir l'émotion et ce qu'elle génère en nous pour pouvoir envisager de la modifier. Il faut être dans cet espace de : Ok, qu'est-ce qui se passe en moi ? Et ensuite de se dire : Bon là, est-ce que je peux agir ? Ou est-ce que je ne peux pas agir ? Et dans quelle mesure. Et pour moi, l'acceptation n'est pas incompatible avec le fait de changer la situation."*
>
> Participant 22 - 273
>
> *« En fait, mon raisonnement dans chaque situation où j'ai de l'anxiété, c'est le suivant. Je me pose la question est ce que je peux y faire quelque chose ou pas ? Si oui, quoi ? Je réponds à toutes ces questions d'abord, soit par écrit, soit mentalement. Et si non : acceptation. »*
>
> Participant 1 - 84

Si changer une situation qui provoque une anxiété est possible, alors c'est la première chose qui sera entreprise. Cela aura pour conséquence de diminuer ou de faire disparaître l'anxiété.

> *« Ça n'aurait aucun sens de rester avec ce stress alors que j'ai des facteurs de stress clairement identifiés et je peux agir dessus pour m'apaiser. Et que ça n'aurait pas de conséquences négatives de modifier la situation. »*
> Participant 22 – 387

De même que, agir sur l'anxiété aura pour conséquence de la diminuer.

> *« Puis, après, soit c'est une anxiété liée à une situation concrète, bah qu'est-ce qu'on peut faire par rapport à cette situation concrète ? Soit c'est une anxiété spontanée, bah pour diminuer le volume. »*
> Participant 26 – 234

Mais alors, avec cette question préalable de l'action possible ou pas, l'acceptation devient une solution si rien ne peut être fait pour modifier l'anxiété, que ce soit directement ou via la situation qui la génère.

> *« Donc c'est quand je vois que la situation dépasse mon contrôle, dépasse ce que je dépasse les choses sur lesquelles moi je pourrais agir. Dans ce cadre-là, j'utilise l'acceptation. »*
> Participant 1 – 80

On peut toutefois se demander si ce questionnement de savoir si on peut agir ou pas sur l'anxiété, n'apparente pas l'acceptation à une solution par défaut si rien ne peut être mis en place pour éliminer l'anxiété. En effet, cette démarche peut placer l'acceptation comme une solution de dernier recours si rien d'autre n'est possible pour agir contre une anxiété, ce qui peut s'apparenter à un acte de résignation. Néanmoins, il peut aussi s'agir de constater que rien ne peut être fait pour éviter que cette anxiété n'apparaisse, donc il reste l'option de s'ouvrir à cette expérience interne dans une démarche volontaire, car le choix (ou plutôt l'automatisme) de continuer la lutte aurait aussi pu être engagé.

3.4.2.5. Rester en contact avec l'inconfort : rester avec l'anxiété

Pour les participants, l'observation est nécessaire afin de connaître ce qui constitue leur expérience, mais encore faut-il pouvoir rester avec ce qu'on observe, même si c'est

désagréable. Rester avec et ne pas lutter, résister ou éviter et même lui créer un espace pour exister, fait partie de la description du processus d'acceptation.

A. S'autoriser à rester avec l'anxiété

Les participants s'autorisent à laisser être et à rester avec cet inconfort, désormais identifié et reconnu comme étant de l'anxiété, et ce, même si c'est désagréable et qu'ils préfèreraient ne pas l'éprouver.

> *« Voilà, si on lui dit : Ok t'as le droit d'exister. J'ai pas très envie mais je te laisse faire. »*
> Participant 12 - 522
> *« Je dirais quand mon attention va vers ça. Quand j'arrive à mettre mon attention là-dessus, sans commencer à lutter dans tous les sens. Me dire, ok, je ressens ça là, à cet instant. C'est pas agréable, mais c'est déjà moi qui ressent et à prendre ce temps de prendre soin et pas à être dans : non pas encore ça, pas maintenant. »*
> Participant 29 – 275

Et, cette expérience même qui consiste, à la fois, à rester consciemment et de manière intentionnelle présent à cet inconfort, sans pour autant chercher à l'entretenir, peut aussi être définie par des participants comme étant l'acceptation.

> *« Et puis ben ouvrir enfin la laisser Ok bon, bah elle est là, vas-y, prends la place que t'as à prendre fais-moi des misères là dans le corps, tant pis (rires). Et puis voilà, et puis ça dure le temps que ça dure. Mais euh peut-être que c'est ne pas l'entretenir par contre, la laisser exister, mais pas l'entretenir. »*
> Participant 12 -396
> *« De rester dans la sensation, et là ces pensées, elles se dissipent en fait. Et la sensation ça va, c'est ok, la sensation toute seule, en fait, ça va, C'est ok. »*
> Participant 29 - 224

B. Laisser exister sans se laisser submerger ni paralyser

Rester avec l'inconfort de l'anxiété implique de prendre le temps nécessaire pour être pleinement présent à cette expérience, tout en connaissant ses propres limites afin de demeurer dans sa limite de tolérance à la détresse émotionnelle :

> *« Est-ce que c'est ok ? C'est-à-dire est-ce que c'est ok de … Est-ce que je peux rester encore dans cette dans cette zone d'inconfort ? »*
> Participant 15 - 211
> *« Quel est l'arbitrage entre mon envie d'aller vers de l'inconnu, de la découverte, mais en même temps, de pas être trop en inconfort, en tout cas, surtout pas en danger. »*
> Participant 26 - 320 – 328

Laisser exister l'expérience, avec une nuance importante à prendre en compte, à savoir de ne pas alimenter ou renforcer l'anxiété pour autant. C'est-à-dire rester avec les sensations corporelles de l'anxiété, mais s'efforcer de ne pas se laisser submerger par les pensées qui y sont associées.

> *« C'est ne pas l'entretenir par contre. La laisser exister, mais pas l'entretenir. (...) Ben l'entretenir, ça serait : « Ben là, je suis anxieuse, donc je vais ok, je la laisse exister, je la laisse me traverser, je la laisse avoir des incid... voilà des répercussions sur mon corps, sur mon souffle peut être ». Mais par contre, si en plus je pars dans ma tête et que je les... alors que je parte dans ma tête et qu'il y a des pensées, je me dis : Ah, ouais, tiens en plus en plus, il y a la rumination qui s'y met, voilà, mais euh, voilà si ça rumine trop Ok je reviens au corps, ou c'est qu'elle est enfin la laisser pas forcément tout envahir. Je ne suis pas mon anxiété, je ne suis pas, je ne suis pas cette sensation, je ne suis pas cette pensée. Elle existe, elle est là ok. Mais par contre, je ne suis pas que ça. »*
>
> Participant 12 - 396-398

Il convient alors de rester avec, même si c'est désagréable, en sachant que ça va finir par passer, et sans que cela n'empêche de continuer à vivre, de faire avec, sans que cela ne désigne une résignation.

> *« Voilà, j'arrive à être avec : Ok, ben ok, j'ai... je suis anxieuse. J'ai cette anxiété par rapport à ma mère ou d'autres choses : C'est ok, parce que c'est quelque chose que je ne peux pas changer. Et euh, c'est ok avec ça, quoi. »*
>
> Participant 10 - 371
>
> *« Dire si c'est l'anxiété trop forte, je suis pas bien ce moment-là, c'est pas agréable, c'est pas confortable pour moi. De le dire et faire de la place à cette expérience, que des fois c'est pas confortable. Il y a des expériences qui sont pas confortables. »*
>
> Participant 26 – 206

Selon un participant, rester avec l'inconfort et l'anxiété pourrait aussi permettre de s'y désensibiliser.

> *« De le vivre, donc ça fait de la désensibilisation. C'est-à-dire que c'est pas des émotions trop fortes, c'est des petites émotions et ça permet de cohabiter avec des émotions avec du sensoriel avec l'expérience de l'émotion sensorielle, des pensées qu'il peut y avoir et de voir que c'est pas un problème et de se désensibiliser pour pouvoir s'exposer un peu plus, pour pouvoir jouer et jouir de la vie un peu plus. »*
>
> Participant 26 - 443 - 443

C. Rester avec plus longtemps : décrire, objectiver et différer l'action

Prendre le temps de décrire les sensations permet de rester avec plus longtemps, et ce, sans partir à nouveau dans les pensées ou une submersion émotionnelle.

« D'observer où ça se passe, où ça se situe, où est l'inconfort, est-ce que ça a une forme, est-ce que ça a une couleur, si ça peut l'aider est-ce que c'est petit, est-ce que c'est grand, où est-ce que ça se passe ? au niveau de la poitrine, de la tête ? Ou occuper son, occuper son temps à une exploration qui lui permette justement de rester et d'observer. »

Participant 15 - 308

Décrire les expériences internes, les sensations, permet de réduire l'appréhension qu'elles suscitent et donc de faciliter la possibilité de rester en contact avec elles.

« Ou finalement, si c'est un tigre, par exemple, au début, il effraie, et puis souvent à la fin, il est là, et il veille comme un guetteur un peu. Il y a une place qui lui est trouvée dans la meute un peu, oui. »

Participant 13 - 218

De plus, différer l'action, c'est-à-dire s'efforcer de ne pas réagir à l'anxiété immédiatement comme on le ferait spontanément et de manière automatique, permet de prendre le temps de rester avec elle.

« C'est un temps très important parce que moi, ma difficulté, c'est l'impulsivité, donc c'est la réactivité, et donc c'est pour ensuite agir, faire des actions concrètes. Mais c'est un temps, ce temps de l'acceptation, c'est le oui. Et avec la nécessité que le « et j'agis » soit beaucoup plus, prenne un peu de temps, parce que sinon je m'agite moi dans l'action sans forcément, sans l'acceptation. Donc, pour moi, la fragilité, c'est ce temps de de reconnaître, d'être avec ce que je vis, de le reconnaître, de le nommer, peut-être de l'écrire, de le partager, de le mettre en mots : c'est un temps auquel je dois - alors peut-être que je ne réponds pas à votre question - mais auquel je dois accorder beaucoup de temps, parce que ma fragilité est de me précipiter dans l'action. »

Participant 19 – 234

3.4.3. Axe 3 - Les transformations liées à l'acceptation

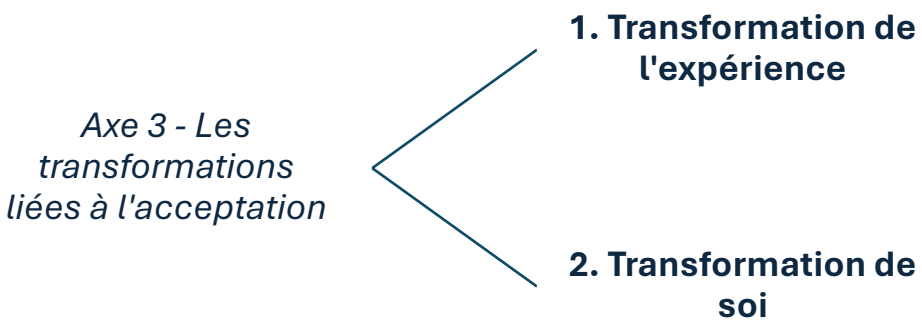


Figure 11. *Schéma en arborescence de l'axe 3 – Les transformations liées à l'acceptation et ses sous-catégories.*

3.4.3.1. Transformation de l'expérience

Les participants ont pu décrire les conséquences perçues de l'acceptation, tant au niveau de l'expérience d'anxiété elle-même, que dans son rapport à soi et aux autres.

A. Limiter l'envahissement

Quand ils engagés dans le processus d'acceptation, les participants peuvent avoir la sensation d'un ralentissement, voire d'un arrêt de la sensation d'envahissement en cours par l'anxiété.

> *« J'ai l'impression, à ce moment-là, de me dire que je suis plutôt en train d'être dans cette dynamique parce que ça se calme. (...) Un petit peu comme l'expérience qu'on a faite de la méditation. Ça se calme au niveau de la respiration au niveau de l'agitation du corps. »*
> Participant 8 - 268 – 270

Ainsi, être dans une démarche d'acceptation leur permet de ne pas se laisser envahir par l'émotion.

> *« Le fait de travailler l'acceptation, ça permet de valider plus facilement l'émotion, de remonter plus facilement en fait. »*
> Participant 13 - 285

De plus, l'engagement dans le processus d'acceptation semble aider les participants à limiter les ruminations et les pensées répétitives et anxieuses, ne serait-ce que pendant un temps.

> *« Ça permet de ne pas être en boucle avec des ruminations, d'activer des pensées négatives, des émotions plutôt négatives. »*
> Participant 16 – 306

La démarche d'acceptation permet aussi de ne pas laisser l'anxiété et les automatismes liés guider l'expérience. Cela favorise une présence accrue à l'expérience actuelle et une connexion plus consciente au moment vécu, en réduisant l'impact du parasitage de l'anxiété

> *« J'étais plus guidée par mon anxiété, à toujours : « vite ! Faut que je fasse face à ça, face à ça... » Alors que ça m'a permis de plus être présente au moment de faire les... Enfin j'étais plus présente et je me souviens vraiment être beaucoup plus présente pour mon fils, où j'étais là, mais sans être en fin de compte là. »*
> Participant 5 – 372

Par ailleurs, certains participants ont souligné que l'acceptation leur permet aussi de repérer de manière précoce les signes d'anxiété, contribuant à prévenir son intensification et à empêcher qu'elle ne devienne envahissante.

> *« Ça a changé mon rapport par rapport au scénario anxieux et la capacité de vraiment identifier. C'est un scénario anxieux, c'est ok et je peux me donner de la douceur pour ça, donc c'est vraiment des choses qui, maintenant, ne viennent plus m'envahir. »*
> Participant 9 – 437

B. Accepter apaise et soulage

Pour la majorité des participants, accepter apporte un apaisement, décrit comme un sentiment de lâcher prise, de sérénité, voire de plénitude.

> *« En termes d'émotion, c'est vraiment cette sensation de lâcher prise. Ça lâche. Il n'y a plus cette tension, moi comme je disais tout à l'heure. C'est là, mais bon, c'est beaucoup moins présent, moins envahissant. »*
> Participant 22 - 335
> *« Être apaisé tout en étant inquiet. »*
> Participant 24 - 173

Être dans le processus d'acceptation apporte aussi une sensation de soulagement pour la plupart des participants.

> *« Comme je vous disais tout à l'heure, je suis soulagée, un peu libérée. »*
> Participant 5 – 358

Et plus précisément, c'est s'autoriser à accepter et ne pas avoir à lutter contre les expériences d'anxiété, ne pas avoir à y réagir, qui apporte un soulagement.

> *« J'ai ressenti plutôt une forme d'apaisement. C'est parce que j'avais pas besoin de réagir. »*
> Participant 7 - 254
> *« Je sens comme une sensation de légèreté et de soulagement à ce moment précis où je réalise que c'est pas grave, je peux accepter. Je me sens soulagé, je me dis j'ai pas besoin de me battre, j'ai pas besoin de d'aller contre ça, c'est pas grave »*
> Participant 1 – 98

C. Clarifier et Changer le rapport aux expériences

Selon les participants, accepter permet d'avoir une vision plus large de la situation et de l'expérience.

« C'est un peu plus normal, j'arrête un peu de lutter, quoi. J'arrête de m'agiter. Donc c'est plus si j'arrête de m'agiter, je vais pouvoir regarder un peu ailleurs quoi, dans une autre direction. »

Participant 19 – 284

Accepter permet aussi de constater que ce n'est pas grave de ressentir ces sensations, de traverser cette expérience d'anxiété.

« Et troisièmement, ce n'est pas grave. D'accord, c'est pas grave. (...) Et à un moment donné, j'arrive dans une situation où la tension persiste et là je l'observe et en me disant c'est là, mais c'est pas la fin du monde, c'est pas grave, j'ai une sensation de soulagement »

Participant 1 - 96 – 98

Il a été souligné aussi qu'être dans le processus d'acceptation permet un changement de perspective. L'acceptation ne fait pas disparaître la tension, qui persiste. Néanmoins, la relation à cette tension se modifie. Elle peut être ressentie et il est possible de s'ouvrir au reste des sensations qui sont alors perçues au-delà de la seule tension.

« La tension persiste, mais je sens quand même une sensation de légèreté dans mon corps en parallèle de la présence de tension. »

Participant 1 – 98

De même, une participante a pu souligner avoir pris conscience que la sensation désagréable faisait partie intégrante d'elle-même et qu'elle n'était donc pas à fuir ni menaçante, ce qui changé sa perspective vis-à-vis de son expérience.

« Oui, sauf que du coup, euh, il fait partie de moi. Mais en fait, c'est l'inverse, c'est moi qui suis ça, donc du coup j'ai un peu plus le côté de maîtrise. »

Participant 24 - 138 – 143

D. L'acceptation permet de prendre du recul et de clarifier l'expérience actuelle

L'expérience d'acceptation, incluant notamment l'observation, l'identification et la non-réaction, permet de calmer les pensées envahissantes et facilite une prise de recul et une meilleure clarté face à la situation présente. Elle favorise une prise de distance et une défusion par rapport aux contenus mentaux.

« Et du coup me retrouver, voilà, essayer de raisonner après de façon calme. Voilà, c'est pour ça que c'est important de s'asseoir et de laisser se poser, parce qu'une fois qu'on est

plus calme, dans la respiration et dans le corps, forcément on peut mieux décrypter ce qui se passe dans le cerveau et observer les pensées et ne pas les suivre et comprendre, ce sont des pensées, etc. »

Participant 10 -81

« Ensuite, moi, ça m'aide à partir du moment où je nomme, j'observe mon expérience, ça devient plus facile pour moi de voir, d'avoir des idées de choses à faire. »

Participant 19 – 240

E. Expansion de l'expérience

Être dans un processus d'acceptation permet de voir le reste de l'expérience et non plus seulement l'anxiété, le désagréable mais aussi l'agréable.

« Parce que quand on est en contact, c'est qu'on le sent. Et parfois on sent surtout ce qui est inconfortable et en fait parfois c'est une petite partie. Comme moi, tout à l'heure, c'était ma gorge, mon ventre, mais il y avait le reste du corps, qui était... Donc du coup, l'accueil, ça amène d'élargir la conscience aussi sur pas que ce qui est désagréable, c'est aussi ce qui est agréable. Et donc quand c'est trop bah c'est bien de pouvoir amener l'attention aussi sur les autres choses qui font que en fait, on a pas mal partout dans toutes les parties du corps où on n'a pas un inconfort. Ça peut être un inconfort diffus, mais c'est assez rare, quand même il y a toujours des endroits qui sont peut-être plus relâchés, plus posés, et de revenir aussi à ça. »

Participant 6 - 347

Ainsi, voir « *tout le reste* » permet, selon des participants, de remettre à sa juste place l'anxiété, c'est-à-dire qu'elle ne soit plus l'intégralité de l'expérience mais ramenée une partie seulement.

« Simplement de plus laisser autant toute cette place, donc c'est là comme un sur un tableau, il y a une toile, il y a ça, il y a ce truc qui est là, je lui laisse sa place, mais j'arrête d'être complètement dans un focus, là-dessus de : il faut pas, il faut pas, il faut pas, c'est horrible ! Maintenant, j'élargis plus mon attention, sur Ok c'est là. »

Participant 22 - 38

« C'est un peu plus normal, j'arrête un peu de lutter, quoi. J'arrête de m'agiter, donc c'est plus si j'arrête de m'agiter, je vais pouvoir regarder un peu ailleurs, quoi dans une autre direction. »

Participant 19 – 284

Ainsi, le processus d'acceptation permet de prendre conscience de la richesse des expériences émotionnelles, même celles qui sont désagréables, et de constater que l'anxiété peut aussi être utile et pertinente, en apportant des informations ou permettant de capter des signaux en tant que mécanisme de protection.

« Faire des expériences émotionnelles qui sont finalement assez enrichissantes quoi. En fait, tu vois, c'est de me dire en fait, que mes réactions émotionnelles sont hyper

intéressantes et (...) ça me permet, je trouve d'apprécier quelque part des émotions qui ne sont pas agréables. »

Participant 7 - 335 - 337

« Peut-être à m'accepter, accepter cette partie de moi qui s'inquiète, à voir l'anxiété pas seulement comme un problème ou comme un dysfonctionnement, mais comme quelque chose qui peut ... d'assez pertinent, un peu pertinent c'est-à-dire, que c'est oui, c'est pertinent dans le sens où, comment dire, j'en ai besoin, j'ai loin d'en avoir fini avec l'anxiété c'est-à-dire, que, en tant que mère, en tout cas. Parce que parfois je pense que je me fais des films, mais mon instinct, mon flair, il y a que j'ai quand même souvent raison. »

Participant 19 – 198

F. Désamorcer le besoin de réaction

S'engager dans un processus d'acceptation permet de différer la réaction immédiate et automatique, qui aurait émergé en l'absence de ces processus. Cette démarche offre la possibilité de ne pas répondre tout de suite, ni de manière impulsive et de marquer un temps de pause, pour rester avec, en entrant dans une autre temporalité que celle habituelle.

« C'est un temps très important parce que moi, ma difficulté, c'est l'impulsivité, donc c'est la réactivité. Et donc c'est pour ensuite agir, hein, faire des actions concrètes, mais c'est un temps, ce temps de l'acceptation c'est le « oui » et avec la nécessité que le « et j'agis » prenne un peu plus de temps. Parce que sinon je m'agite dans l'action, sans l'acceptation. Donc, pour moi, la fragilité, c'est ce temps de reconnaître, d'être avec ce que je vis, de le reconnaître, de le nommer, peut-être de l'écrire, de le partager, de le mettre en mots : c'est un temps auquel je dois (...) accorder beaucoup de temps, parce que ma fragilité est de me précipiter dans l'action »

Participant 19 - 234

« Là finalement dire : Attends ça fait mal, mais finalement, c'est qu'est-ce que tu dois faire là ? euh, ou qu'est-ce que ça vient dire ? ou qu'est-ce que ça vient signifier ? qui le dit ? pourquoi ça s'est passé comme ça ? Finalement, j'accueille beaucoup plus la temporalité, voilà, je réponds moins du Tac au Tac. »

Participant 8 – 238

Ou ce processus peut aider à prendre conscience que la réaction n'est ni nécessaire ni obligatoire.

« Je sens que, du coup, je suis pas dans des réactions de pensée et tout ça. »

Participant 7 – 270

Cet engagement dans l'acceptation peut aider à sortir des réactions habituelles, de lutte, de contrôle ou de jugement.

« On sort du jugement. Voilà, on sort du jugement de l'envie, qu'on a plus ou moins que ça se passe comme ça ou comme ça, enfin de contrôler voilà. On sort, enfin pas tout le temps ! »

Participant 12 - 613

G. Aider à aller dans l'action et à élargir la palette

Accepter libère de « *l'espace mental* » et de l'énergie qui, autrement, auraient pu être consacrés à tenter de résoudre ou de supprimer l'anxiété. En d'autres termes, à la lutte contre l'anxiété. Ces ressources ainsi libérées peuvent être redirigées ailleurs, vers d'autres tâches ou activités plus significatives.

> *« Je pense que c'est le fait de l'avoir accepté aussi qui m'a libéré de l'espace mental. Oui, spontanément le fait de me dire : oui c'est là, je vais le gérer et je vois que le fait d'y penser sans arrêt, ça ne résout en rien le problème, je vais peut-être mettre mon énergie aussi ailleurs. »*
>
> Participant 22 – 38

Et cet « *espace mental* » permet d'avoir le recul nécessaire pour choisir une réponse en accord avec ce qui compte. Il s'agit d'agir vers ce qui est important et non plus de réagir de manière automatique pour lutter contre l'anxiété.

> *« Et du coup, vu que ces pensées deviennent moins envahissantes et que j'arrive à prendre du recul vis à vis de ces pensées-là, j'ai plus d'espace mental à accorder à cette réflexion sur qu'est-ce que je peux faire en direction de mes valeurs, alors qu'en temps normal, sans cette acceptation, cet exercice sur le travail serait toujours possible, mais plus difficile peut être. »*
>
> Participant 1 - 130

Ainsi, cela laisse la possibilité d'agir de manière plus créative, c'est-à-dire apporter des réponses différentes ou plus variées par rapport à d'habitude.

> *« Au début, je peux être un peu surpris du propos et finalement d'accepter le propos qui peut être dur me permet d'être plus souple, flexible et créatif par rapport à la situation. (...) Plus de possibilités, de plus de solutions, plus de de possibles par rapport à la situation, alors qu'avant je n'en voyais qu'une ou deux, du coup, là, j'en vois sept/huit. Et puis je vois pas qu'une réponse, je vois aussi des stratégies à la situation que je peux faire. Donc il y a tout un film, finalement, qui commence à se produire, plusieurs films en même temps, plusieurs directions possibles, Alors qu'à un moment donné, j'avais l'impression, que j'étais plutôt en face à face avec une idée et que je ne voyais pas comment on pouvait faire autrement. »*
>
> Participant 8 - 232 – 234

Et élargir la palette de réponses permet d'avoir le choix et de sélectionner ce qui parait être le plus adapté ou fonctionnel compte tenu de la situation, tout en pouvant poursuivre des

activités sans être submergé par l'anxiété. Cela favorise une approche plus flexible face à l'anxiété.

> *« D'avoir plus de choix sur comment je veux réagir à ça, quoi en fait. Donc de ne pas me laisser submerger par mon anxiété ou par des choses qui seraient intenses émotionnellement et du coup pouvoir quand même rester dans l'action et dans ce qui me semble le plus juste et le plus adapté dans ma vie, quoi. »*
>
> Participant 7 - 325
>
> *« Euh dans ces moments-là, de manière très positive du coup. Puisque ça m'a permis de débloquer des situations et de pouvoir déjà éviter un recours aussi systématique aux anxiolytiques, ce qui n'est quand même pas rien. »*
>
> Participant 3 – 460

Ainsi, être dans un processus d'acceptation permet d'agir malgré l'anxiété, qui peut toujours être présente. Il semble possible de cohabiter avec l'inconfort et d'agir, malgré celui-ci, pour faire ce qui est important pour soi.

> *« Ok, je vais aller faire mes courses en étant inconfortable. »*
>
> Participant 13 - 222
>
> *« J'ai parfois un peu peur sur la route, même si ça va en termes d'activation émotionnelle, mais je ne suis jamais trop confortable. Sauf que je vais faire de l'aviron sur un lac à côté de XXX. Donc à un moment donné où je sentais que la panique revenait, bon après je me suis réexposée progressivement, etc. Mais vu qu'il y a quand même ce résidu, je me suis dit : Mais est-ce que tu te vois vraiment arrêter l'aviron juste parce qu'il y a un résidu d'anxiété ? Non ! Et là, du coup, je le fais quand même. »*
>
> Participant 22 - 485

Ainsi, l'acceptation des expériences internes peut constituer un levier de reprise de pouvoir d'agir sur sa propre vie.

> *« Dans les étapes en premier, faire la paix avec le fait que c'est normal d'être anxieux, et puis commencer à voir un petit peu quelles sont les situations, de quoi ça parle. Est-ce que les situations qui dépendent de nous des situations, qui dépendent pas de nous. Enfin, voilà de commencer un petit peu à discriminer les endroits où on peut reprendre du pouvoir sur soi-même. »*
>
> Participant 4 - 428

3.4.3.2. Transformation de soi

A. Connaitre son propre fonctionnement

Des participants ont pu souligner que l'acceptation de leurs expériences internes les a aidés à comprendre ce qui se passe en eux et donc la manière dont ils fonctionnent, permettant ainsi de mieux se connaître soi-même.

« En fait, j'ai plus appris à m'observer, j'ai plus appris à identifier ce qui était important pour moi, j'ai plus appris à identifier mes travers, mes tendances, mon impulsivité et mes ressources aussi. J'ai appris à accepter aussi que j'aime faire, j'aime faire. Voilà, parce que j'avais le sentiment qu'on critiquait beaucoup l'action et l'hyperactivité, je suis pas du tout dans l'hyperactivité, mais je suis bien avec l'action, en fait. »

Participant 19 – 344

Ainsi, cette meilleure compréhension de soi et de son fonctionnement aide aussi à mieux comprendre ses propres réactions émotionnelles et comportementales.

« J'ai appris à mieux connaître mes réactions face certains événements, à mieux comprendre aussi mes réactions et du coup au quotidien, à mieux réguler certains états. »

Participant 7 – 335

Plusieurs participants notent aussi que l'acceptation a joué un rôle dans leur capacité à se confronter à eux-mêmes avec honnêteté et clairvoyance.

« J'ai l'impression, en fait, que je me regarde dans un miroir tel que je suis en fait, j'ai l'impression de ne pas me mentir à moi-même. Et ça, je trouve que c'est important. Cette notion de pouvoir se regarder dans le miroir avec ses défauts. »

Participant 10 – 431

Ainsi, le processus d'acceptation permet de découvrir ses propres ressources en se rencontrant et se découvrant soi-même au-delà de l'anxiété et de ses effets.

« Des fois, j'avais tendance à être, quand j'étais submergée, à plus pouvoir rien faire ou réfléchir objectivement à quoi que ce soit. Voilà, je suis assez sensible au surmenage et je suis vite submergée. Et que, quand j'arrive à apaiser tout ça, euh finalement, je retrouve pas mal de ressources et j'arrive à affronter ou avancer sur des choses sur lesquelles je ne pensais pas pouvoir jusqu'à présent, en fait. »

Participant 24 – 282

B. Changer son rapport aux autres

Des participants ont souligné que l'acceptation, en favorisant une meilleure compréhension de soi et de son propre fonctionnement, ainsi qu'en permettant de reconnaître l'humanité de ses expériences, contribue également à une compréhension plus empathique des autres.

« Mais je pense que c'est vraiment cette conscience que, moi, je suis comme tout le monde et que j'ai plein de défauts, Euh, qui fait que j'ai cette capacité aujourd'hui à m'ouvrir à l'autre. »

Participant 10 – 477

Ainsi, l'acceptation favorise une attitude plus indulgente envers autrui, en renforçant l'empathie et la compassion. En reconnaissant ses propres imperfections, on devient plus enclin à admettre et tolérer celles des autres.

> *« En fait, charité bien ordonnée commence par soi-même et dans tous les sens, en fait. Pour se faire du bien, savoir ce dont on a besoin, mais aussi reconnaître qu'on est pas parfait, et justement, je trouve que ça ouvre de l'empathie, de la compassion envers l'autre, parce qu'on accepte que l'autre ne soit pas parfait non plus, pas toujours à le critiquer. »*
>
> Participant 10 – 441

Ainsi, grâce au développement de l'empathie, et par l'absence de jugement inhérent à l'acceptation qu'ils appliquent envers eux-mêmes mais également envers les autres, le rapport aux autres change et devient plus tolérant.

> *« Ça m'a appris à être encore moins dans le jugement avec les gens qui sont qui sont trop durs à l'égard d'eux-mêmes aussi à certains moments. Et donc voilà, d'être moins jugeante avec les gens, d'essayer de dire aux gens qui m'entourent d'être moins jugeants envers eux-mêmes, et du coup de l'être moins envers moi-même aussi. »*
>
> Participant 17 – 80

Par ailleurs, l'acceptation, en libérant des ressources cognitives, émotionnelles et attentionnelles et en ayant une meilleure connaissance de soi et donc de ses propres limites permet de se rendre plus disponible pour les autres, comme le souligne une participante.

> *« Mais de pouvoir avoir accès à ça [NDLR l'acceptation], pour pouvoir être plus dispo pour les enfants, je suis plus dispo pour mon entourage, j'arrive plus facilement à mettre mes limites. »*
>
> Participant 6 – 325

Ainsi l'acceptation, par le développement de l'empathie et de la compassion, peut conduire à ressentir de l'amour pour les autres, un sentiment d'appartenance et de ressentir l'émotion d'amour plus généralement

> *« Ça, c'est vraiment à nouveau, c'est au niveau du cœur que je sens, il y a quelque chose qui gradie aussi, et on pourrait qualifier ça comme un sentiment d'amour, de voilà d'amour, de faire partie de, donc c'est vraiment plutôt une sensation à nouveau au niveau de la poitrine. »*
>
> Participant 9 - 455

C. La « pleine confiance » : Avoir confiance en soi

Selon des participants, le processus d'acceptation leur a permis plus d'authenticité.

« J'ai appris à plus me cacher. J'ai appris à être authentique. »
Participant 2 – 810

Et ce processus d'acceptation permet aussi de gagner en confiance en soi, ce qui passe par la connaissance de son expérience d'anxiété et le développement de l'absence de jugement et de la compassion.

« Ça m'a donné confiance, un peu la pleine confiance. (rires) (...) J'ai l'impression que oui, j'ai un peu plus, peut-être, confiance en moi justement en me disant je vais y arriver, et à un moment ça va aller mieux. Alors qu'avant, je me disais de toute façon t'es nulle et tu n'y arriveras pas. »
Participant 5 - 70 – 72

Cette confiance en soi peut également se développer grâce au sentiment d'ancrage qui qui émerge du retour au corps et du développement de la conscience corporelle.

« Je me sens plus confiante. Je sens un sentiment ouais de confiance que je.. comme si aussi je ressentais plus mon corps... comme si voilà, mon attention était vraiment descendue de ma tête pour vraiment plus être dans le corps, quoi. Donc du coup, vu que je ressens plus mon corps, j'ai aussi la sensation d'être plus ancrée et ça me donne ce sentiment de confiance. »
Participant 7 – 311

Ainsi, le fait d'avoir conscience qu'on peut accepter, ressentir et rester avec son anxiété permet aussi de développer le sentiment de confiance en soi.

« C'est aussi un sentiment de confiance par rapport à ma façon d'être, enfin de gérer ces événements-là. »
Participant 7 – 321

Une participante a pu souligner que l'acceptation permet aussi de ressentir de la fierté, liée au fait de savoir qu'elle est capable d'accepter, ce qui pourrait aussi contribuer au développement de la confiance en soi.

« Je crois que je suis assez fière de moi quand j'y arrive (rires). Euh, et puis d'une espèce de sérénité, quoi ouais de l'apaisement, de la sérénité un peu de la fierté. (...) je pense que quand j'y arrive, en tout cas, je ressens cet apaisement et je ressens de la sérénité et je ressens la fierté envers moi-même, d'arriver à gérer de cette manière-là quoi. »
Participant 17 - 334 – 338

D. S'aimer

L'acceptation permet ainsi de changer de regard sur soi-même, qui devient plus bienveillant et compassionnel.

« En acceptant : voilà là t'es anxieuse dans cette situation. Et en fait plus peut-être avoir un recul, et c'est ce qui se passe un peu dans le MBCL pour la compassion, en fait être plus sympa avec soi-même. »

Participant 5 – 268

La démarche d'acceptation peut aussi aider à prendre conscience qu'il est nécessaire de prendre soin de soi, toujours dans une perspective d'autocompassion.

« C'est d'arrêter de se dire, mais si ça va, ça va aller, fais avec ou dépasse-le et pouvoir se dire : Bah non, non là ça va pas quoi. Je suis submergée d'émotion, et puis c'est Ok, et du coup on se laisse le temps et me dire : je vais aller dormir, je vais me reposer, je vais prendre soin de moi. »

Participant 13 - 292 – 293

E. Expansion de soi et connexion spirituelle

Les participants ont pu décrire une prise de conscience qu'ils sont distincts de cette anxiété ou de cet inconfort, ce qui correspond au processus de défusion dans les thérapies ACT. Cela permet d'étendre leur conscience d'eux-mêmes au-delà de la seule anxiété.

« Je ne suis pas mon anxiété, je ne suis pas, je ne suis pas cette sensation, je ne suis pas cette pensée. Elle existe, elle est là ok mais par contre, je ne suis pas que ça.»

Participant 12 - 398

En transformant la manière dont les expériences sont vécues, l'acceptation peut permettre d'accéder ou de laisser la place aux émotions de joie et de plaisir également et d'étendre alors l'expérience. Le spectre émotionnel est élargi et ouvre la voie à des ressentis plus variés.

« Je fais plus de place et que, du coup, je suis beaucoup moins en lutte et que, du coup, c'est plus agréable. Il y a même des choses qui deviennent du plaisir à force, donc ça, c'est encore mieux. Parce que mes séances d'info, par exemple de pleine conscience pendant des années, à chaque fois que j'avais une séance, j'avais les mêmes craintes, et mon mari me disait : mais tu l'as déjà fait plein de fois ! Mais oui mais j'ai peur ! après je la faisais, ça se passait très bien, les gens étaient trop contents. Au jour d'aujourd'hui, je vois qu'il y a plus de plaisir, donc ça permet de laisser de la place au plaisir. En fait, donc l'acceptation, c'est quand même intéressant. »

Participant 29 – 356

Ainsi, être dans une démarche d'acceptation semble permettre plus de souplesse et d'adaptation.

« Une forme de souplesse peut être, je suis moins rigide, voilà, je suis plus souple. Je suis plus souple, je m'adapte un peu, je peux revenir en arrière, je peux laisser tomber des

choses qui ne fonctionnent pas, je peux me délester de choses un peu moins un peu moins importantes, alors il y a peut-être l'âge aussi »

Participant 19 – 352

Enfin, des participants ont pu relever que s'engager dans une démarche d'acceptation, en réduisant l'énergie et le temps consacrés à la lutte contre leur anxiété et leurs expériences internes désagréables, ouvre la possibilité de s'ouvrir au « reste du monde », à ce qui les entoure.

« C'est un peu plus normal, j'arrête un peu de lutter, quoi, j'arrête de m'agiter. Donc c'est plus, si j'arrête de m'agiter, je vais pouvoir regarder un peu ailleurs, dans une autre direction. »

Participant 19 – 284

Enfin, des participants ont pu décrire une impression de faire partie d'un tout plus vaste, plus grand que soi, transcendant leur individualité. Ce sentiment d'appartenance, d'interdépendance avec le monde qu'il s'agisse de l'humanité, de la nature, de la beauté amène alors une dimension plus spirituelle et transcendantale.

« Peut-être une connexion à, on va dire, au plus grand. Une connexion au vivant, une connexion au monde quelque chose plutôt d'expansif. »

Participant 9 - 439

« Je trouve que c'est tout ça, ça va avec, c'est de voir que moi, je suis humaine et que parfois je ne suis pas sympa, etc. Ou que je suis anxieuse, je suis juste comme les autres êtres humains ou les autres êtres vivants qui font ce qu'ils peuvent pour s'en sortir et pour souffrir le moins possible. En fait, ouais, c'est vraiment cette sensation de faire partie d'un tout, ouais. »

Participant 10 - 377

3.5. Synthèse des principaux résultats de l'étude

3.5.1. Faire le choix de l'acceptation

3.5.1.1. L'anxiété : une expérience émotionnelle envahissante et limitante

L'anxiété peut s'avérer une expérience envahissante et limitante qui se manifeste souvent par des pensées répétitives et une hyperactivité cognitive qui empêchent de se concentrer et d'être dans le moment présent. Elle induit également un besoin de contrôle qui peut être handicapant. Lorsque l'anxiété devient trop intense, elle submerge l'expérience et il devient difficile de la réguler et, plus encore, de l'accepter. L'ampleur de l'envahissement est parfois telle qu'il devient même difficile d'envisager de le faire. De plus, la fatigue, l'accumulation de situations anxiogènes, ainsi que les liens avec des traumatismes passés et/ou précoces, rendent l'acceptation moins accessible.

3.5.1.2. Se mobiliser pour choisir et s'engager dans l'acceptation

La prise de conscience du besoin d'acceptation est souvent difficile et exige un effort considérable quand l'expérience submersive d'anxiété, telle que décrite précédemment, l'empêche en raison de la prise de recul nécessaire pour pouvoir y accéder. De plus, la tendance naturelle est de vouloir lutter contre l'anxiété ou l'éviter. Accepter repose donc sur un choix conscient et une démarche proactive.

Des facteurs facilitant l'engagement dans l'acceptation ont pu être ont pu être identifiés, tels que s'appuyer sur

- Le cadre des MABI (e.g., méditation, métaphores) ;
- La psychologie des émotions et la psychoéducation (i.e., connaitre et comprendre la nature et le rôle des émotions, l'inutilité de l'évitement) ;
- Le sens et ce qui est important ;
- La bienveillance envers soi et l'autocompassion ;

- L’expérience passée d’acceptation (la sienne ou celle des autres).

Cependant, faire un autre choix en toute conscience et décider que l’acceptation n’est pas adaptée dans une situation particulière pour se tourner vers une autre stratégie de RE peut aussi constituer une réponse adaptée. En effet si l’anxiété est trop intense, il peut être pertinent de la réguler à la baisse, que ce soit pour y revenir ensuite avec l’acceptation ou pas. La démarche d’autocompassion consiste aussi à rester à l’écoute de ses besoins et de ses capacités pour ne pas maintenir ou amplifier une détresse qui serait intolérable pour l’individu.

Aussi, plus précisément pour les participants issus de l’ACT, évaluer en premier lieu la possibilité d’intervenir sur la situation anxiogène constitue un préalable et a pour conséquence de conduire à agir dessus, lorsque cela est possible.

3.5.1.3. Cultiver et entretenir l’acceptation par la pratique

L'acceptation est un processus complexe qui nécessite initiation et pratique régulière. Il s’agit d’une stratégie expérientielle qui demande à être vécue et pour la compréhension de laquelle, une explication théorique semble ne pas suffire.

Ainsi, c’est la pratique, régulière, qui aide à développer la capacité d'acceptation. Avec le temps et l’entrainement, elle tend à devenir plus accessible et naturelle. La pratique de l’acceptation permet de mieux réguler ses états émotionnels au quotidien, mais requiert, toutefois, un engagement et une pratique assidue car, même avec l’expérience, un manque de pratique en diminue l’accès et l’efficacité perçue.

3.5.1.4. Ambiguïté et détournement de l’acceptation

L'acceptation est un concept complexe qui semble être difficile à saisir. Cela vient peut-être du terme même d’acceptation, qui peut avoir une connotation péjorative et impliquer en filigrane l’idée de résignation ou d’absence de réaction émotionnelle. Même pour les personnes plus expérimentées, il y a un effort nécessaire de se rappeler constamment qu’il ne s’agit pas

d’accepter une situation, mais bien sa propre expérience interne. Et, même quand cela est dit et objectivement compris, ce n’est pas toujours bien intégré car on note encore des contradictions à ce sujet. Les participants détournent donc l’objet de l’acceptation qui devient un outil pour accepter une situation, même si celle-ci est injuste et détournent l’objectif de l’acceptation, en cherchant à l’utiliser directement pour diminuer ou faire disparaître son anxiété.

Enfin, des participants peuvent s’appuyer sur une pseudo-acception pour justifier un évitement, en se détournant purement et simplement de leurs expériences internes, en se rassurant ou en modifiant une émotion. De plus, cette pseudo-acceptation peut s’utiliser comme un terme performatif (je le dis donc c’est réel), alors que la lutte intérieure persiste, ou bien comme un outil d’évaluation vis à vis de sa lutte contre l’anxiété, en contradiction avec son essence.

3.5.2. Processus d’acceptation

3.5.2.1. Observer en passant par le corps

La pratique de l'acceptation implique de se connecter au corps et aux sensations, ce qui permet de sortir des ruminations mentales et des pensées répétitives et intrusives de l’anxiété afin de revenir au présent. Cela se fait en observant, c’est-à-dire en focalisant l’attention sur les sensations physiques. On peut utiliser le corps ou la respiration comme ancrages afin de revenir à ces sensations. La conscience corporelle est alors améliorée voire découverte.

On peut toutefois souligner l’ambiguïté de la respiration qui peut être utilisée comme un outil d’apaisement pour faire diminuer ou disparaître l’anxiété, ce qui n’est pas l’objet de l’acceptation qui consiste à s’ouvrir à l’expérience. Néanmoins, faire baisser l’anxiété peut représenter une condition préliminaire qui favorise l’entrée dans le processus d’acceptation. Il en est de même avec la focalisation sur les sens externes (ouïe, odorat, vue, toucher, goût) qui,

même s'ils permettent une expérience de pleine conscience, ne sont pas pour autant une expérience d'acceptation de l'anxiété puisqu'il n'y a pas d'ouverture à celle-ci.

De plus, il semblerait que les participants issus d'une orientation liée à l'ACT seule, observeraient moins les sensations corporelles que les participants issus des approches basées principalement sur la pleine conscience. L'observation dans l'ACT semble se faire plus globalement, à travers les ressentis généraux et les pensées et moins systématiquement par un scan corporel. Ainsi, le risque en observant directement les pensées, est d'entrer dans une tentative de rationalisation ou de transaction avec elles, de perdre le bénéfice de se rattacher au corps et aux sensations pour s'extraire des pensées, ou de rester avec l'anxiété plus longtemps. Cette différence disparait quand les participants ont aussi une formation à la pleine conscience.

3.5.2.2. Prendre conscience, identifier et reconnaitre l'expérience d'anxiété : C'est là

L'objectif de l'observation est de prendre conscience de ce qui est présent afin de l'identifier et de le reconnaître. Se connecter à l'expérience permet de prendre conscience de l'inconfort qui est présent et que cet inconfort est, en l'occurrence, de l'anxiété. Cela permet de la reconnaître et de moins la craindre, à partir du moment où on l'a formellement identifiée. On peut alors prendre en considération les informations liées à cette anxiété pour mieux comprendre l'expérience présente.

3.5.2.3. Valider et normaliser l'expérience d'anxiété : C'est ok

Les participants cherchent à valider leur émotion, qu'ils ont la plupart du temps préalablement identifiée comme étant de l'anxiété. Elle existe et elle est même légitime et cohérente dans la situation qu'ils vivent. Ils s'autorisent alors à ressentir cela.

Et puis ils vont reconnaitre cette expérience émotionnelle comme étant normale et universelle, faisant partie de l'expérience humaine. C'est même une source d'information pertinente, dont ils n'ont plus honte pour certains.

Cette étape de normalisation peut être considérée par des participants comme représentant l'expérience d'acceptation elle-même.

3.5.2.4. Ne pas réagir à l'expérience

L'observation demande de prendre ce qu'on appelle une position d'observateur, c'est-à-dire faire un pas de côté, prendre du recul sur son expérience, s'en dissocier pour pouvoir l'observer, comme un objet extérieur. Par ailleurs, il convient de ne pas réagir d'une manière ou d'une autre à ce qu'on observe, d'en rester là, à la seule observation. Ce qui consiste à identifier et cesser la lutte envers ses expériences internes, la lutte étant elle-même une réaction de rejet, de résistance vis-à-vis de sa propre expérience. Il s'agit donc de ne pas chercher à contrôler l'expérience d'anxiété vécue en la modifiant, en la rejetant ou encore à la jugeant. Cette observation seule est d'ailleurs considérée par certains participants comme représentant l'expérience d'acceptation elle-même.

3.5.2.5. Rester en contact avec l'inconfort : rester avec l'anxiété

Encore faut-il pouvoir rester avec cette expérience inconfortable, reconnue comme étant de l'anxiété, même si c'est désagréable et sans non plus l'entretenir. C'est pourquoi il est important de connaitre ses propres limites pour rester dans sa limite de tolérance à la détresse. Rester avec, tout en continuant à vivre et agir, sans être paralysé par cette anxiété. Pour cela, les participants peuvent faire durer l'observation afin de rester plus longtemps avec.

3.5.3. Transformations liées à l'acceptation

3.5.3.1. Transformation de l’expérience

Chez les participants, l'acceptation amène un sentiment de soulagement, d'apaisement et de légèreté, même si les sensations désagréables persistent. L'acceptation conduit à réduire les ruminations en se focalisant sur les sensations corporelles plutôt que sur les pensées envahissantes. La réduction des ruminations libère ainsi de « l'espace mental » pour retrouver le pouvoir d’agir et non plus seulement de réagir par automatisme. Elle favorise une perspective plus ouverte et créative face aux situations difficiles, propice à trouver de nouvelles solutions.

3.5.3.2. Transformation de soi

La pratique de la pleine conscience et de l'acceptation a conduit les participants à mieux se connaître, c’est-à-dire de découvrir et comprendre leur fonctionnement, d’explorer leurs émotions et leurs réactions et de développer une plus grande bienveillance et compassion envers eux-mêmes. Ils se sentent également plus ouverts et empathiques envers les autres, en réduisant leur tendance à être dans le jugement. Certains ont également ressenti un sentiment de connexion et d'appartenance à quelque chose de plus grand qu'eux, au monde. Cette pratique leur a apporté un sentiment d'apaisement, de sérénité et de confiance en soi, les aidant à être plus authentiques et à cultiver les émotions positives.

3.6. Théorisation ancrée de l'acceptation

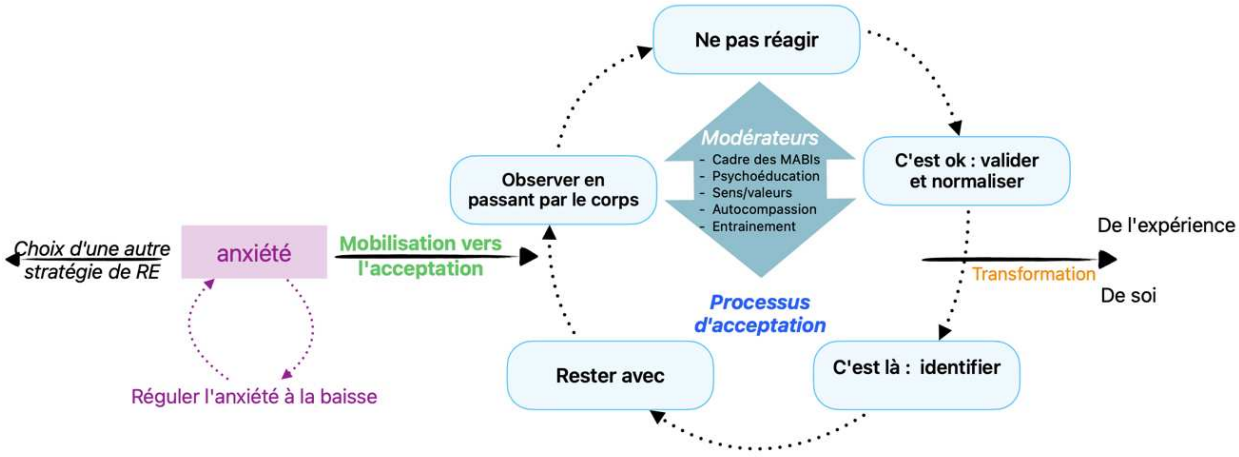


Figure 12. *Théorisation ancrée de l'acceptation de l'anxiété.*

S'engager dans le processus d'acceptation (mobilisation) représente un choix conscient et proactif qui consiste tout d'abord à s'extraire de l'anxiété, qu'il aura peut-être été préalablement nécessaire de réguler en la modulant à la baisse afin de parvenir à s'engager dans le processus. Des modérateurs comme l'appui sur le cadre des MABI, la psychoéducation, l'appui sur le sens et les valeurs, sur l'expérience peuvent améliorer la fluidité et l'efficacité des processus d'acceptation. La pratique régulière ainsi que le développement de l'autocompassion semblent être des ingrédients majeurs.

Le codage sélectif de notre théorisation ancrée révèle que le processus d'acceptation de l'anxiété comprend 5 sous-processus : l'observation en passant par le corps, l'identification, la validation et normalisation, l'absence de réaction, et rester avec.

(1) Observation en passant par le corps

(2) C'est là : identification

(3) C'est ok : validation et normalisation

(4) Ne pas réagir

(5) Rester avec l'expérience du moment

Avec l'acceptation, l'expérience d'anxiété est modifiée. En effet, même si l'anxiété reste présente, elle s'accompagne d'un certain soulagement et apaisement par la suppression de la lutte et le changement de perspective vis-à-vis de l'expérience qui s'ensuit. Les réactions automatiques peuvent laisser place à une reprise de pouvoir sur ses propres actions. De plus, ces processus permettent notamment une connaissance de soi plus fine, une meilleure confiance en soi et des relations interpersonnelles plus riches et satisfaisantes. En outre, il peut aussi être décidé de ne pas s'engager dans le processus d'acceptation, si celui-ci est considéré comme non pertinent ou inadéquat dans un contexte et d'opter pour une autre stratégie de régulation émotionnelle.

Ce modèle met en lumière à la fois les sous-processus qui constituent l'expérience d'acceptation et la nécessité préalable d'une mobilisation active pour entrer dans ce processus (voir Figure 12).

3.7. Discussion

Les résultats de cette étude qualitative ont permis d'identifier cinq processus présents dans l'expérience d'acceptation, les facteurs qui les modèrent, ainsi que l'impact de l'acceptation sur les individus et leur rapport à l'expérience d'anxiété. L'ensemble de ces analyses a permis de construire un modèle explicatif de l'acceptation dans le cadre l'anxiété.

Cette étude visait à comprendre comment les individus pratiquaient et mettaient en œuvre l'acceptation, et à identifier les mécanismes présents lors d'une telle expérience dans un

contexte d'anxiété. Les perspectives des personnes pratiquant l'acceptation sur ce qu'elles font et vivent concrètement pendant un épisode d'anxiété étaient nécessaires pour comprendre ce processus complexe. Les expériences des participants ont été synthétisées en 3 axes et 11 catégories conceptuelles principales à l'aide de la théorisation ancrée. L'analyse a permis de dégager 3 axes : (I) la mobilisation vers l'acceptation, (II) les processus de l'acceptation de l'anxiété et (III) l'impact et les bénéfices retirés de cette pratique.

Tous les participants ont décrit des combinaisons parmi 5 étapes, contenant chacune des sous-processus de ce processus d'acceptation : (1) Observer en passant par le corps, (2) Prendre conscience et identifier, (3) Valider et normaliser l'expérience d'anxiété, (4) Ne pas réagir et (5) rester en contact avec l'anxiété.

En complément, les analyses ont permis de mettre en évidence la nécessité de faire le choix, conscient et proactif, de l'acceptation pour s'engager dans ces processus. L'anxiété représentant une expérience émotionnelle parfois particulièrement envahissante et limitante, se mobiliser pour s'engager dans l'acceptation peut relever d'un véritable défi. Toutefois, plusieurs facteurs peuvent aider dans cette démarche. C'est le cas de modérateurs tels que l'autocompassion, le cadre des pratiques de pleine conscience, se rattacher aux sens et aux valeurs et la psychoéducation autour des émotions. De même, l'acceptation, fondamentalement expérientielle, demande à être initiée et entretenue par une pratique régulière afin de se déployer et devenir plus fluide et efficace. Toutefois, nous devons noter quelques ambiguïtés par rapport à l'utilisation du terme d'acceptation, de son objet et de son utilisation parfois détournée comme un évitement.

Enfin, les résultats de notre étude ont montré que l'acceptation permettait des transformations tant au niveau de l'expérience d'anxiété et de son rapport à celle-ci, qu'au

niveau individuel et de la connaissance de soi et du développement émotionnel, relationnel et identitaire.

3.7.1. Mise en évidence des sous-processus fondamentaux dans l'acceptation

Notre analyse a permis de dégager 5 processus distincts présents dans les descriptions phénoménologiques de l'acceptation de l'anxiété chez les participants.

(1) Observer en passant par le corps

(2) C'est là : Prendre conscience, identifier et reconnaitre ce qui est là

(3) C'est ok : valider et normaliser

(4) Ne pas réagir

(5) Rester avec et laisser exister : rester en contact avec l'inconfort

Les sous-processus décrits peuvent être reliés à plusieurs concepts théoriques issus de la littérature de la pleine conscience et de la régulation émotionnelle (voir Tableau 17 pour vue d'ensemble).

(1) Observer en passant par le corps : ce processus souligne l'importance du corps comme point d'entrée de l'observation de l'anxiété. Il englobe la régulation de l'attention, c'est à dire la focalisation de l'attention sur les sensations corporelles liées aux expériences internes d'anxiété ou sur un ancrage corporel (tel que la respiration ou les 5 sens), permettant de s'extraire des pensées anxieuses envahissantes. Cela permet aussi de développer la conscience corporelle et donc l'intéroception.

Ces résultats rejoignent les concepts d'intéroception (Craig, 2004) dans la régulation émotionnelle, de conscience corporelle (Hölzel et al., 2011) et de régulation de l'attention (Bishop et al., 2004) dans la pleine conscience.

La focalisation de l'attention sur les sensations corporelles nécessite de réguler l'attention, qui est l'une des deux composantes de la pleine conscience (Bishop et al., 2004). La régulation de l'attention consiste à être conscient de ses propres expériences présentes et à maintenir l'attention sur celles-ci, en y revenant à chaque fois que l'esprit entre dans un vagabondage, c'est-à-dire qu'elle dérive. En d'autres termes, la régulation de l'attention consiste à maintenir le contact avec un objet d'attention choisi (e.g., respiration, sens, douleur, tension, etc.) et à rediriger l'attention vers cet objet dès lors qu'il a été constaté qu'elle s'en est détournée (Lindsay & Creswell, 2015).

Dans le cadre de l'anxiété, observer les sensations corporelles nécessite donc de focaliser et réguler l'attention afin de se connecter à celles-ci plutôt que de laisser l'attention se porter sur les pensées anxieuses. Les sensations du corps (ou de la respiration) deviennent ainsi un ancrage sur lequel se focaliser et revenir en cas de dérive attentionnelle.

L'intéroception, en tant que capacité à percevoir les sensations internes du corps a été associée à une meilleure habileté à reconnaitre et comprendre ses propres émotions (Craig, 2004), ainsi qu'à une meilleure régulation émotionnelle (Füstös et al., 2013; Kever et al., 2015; Zamariola et al., 2019). De plus, une étude contrôlée randomisée récente (Kang et al., 2022) suggère que la pleine conscience améliore la capacité intéroceptive, ce qui favorise une meilleure régulation émotionnelle en renforçant la conscience des états corporels, chez les individus souffrant de trouble de stress post-traumatique (TSPT).

D'ailleurs, la conscience corporelle (*Body Awareness)* a déjà été décrite comme un mécanisme clé de la pleine conscience (Hölzel et al., 2011), car l'amélioration de la perception des sensations corporelles permet une meilleure identification des états internes et facilite donc la régulation émotionnelle. En effet, selon les auteurs, la pleine conscience cherche à renforcer

l'attention portée aux sensations corporelles internes, ce qui améliorerait la capacité à détecter les signaux corporels liés aux émotions et notamment à l'anxiété, et constituerait un préalable à leur régulation.

Ainsi, observer en passant par le corps permet de repérer et réguler l'anxiété au moyen de l'intéroception et de la conscience corporelle, qui, par ailleurs, se développent plus finement sous l'effet d'une pratique régulière.

(2) C'est là : Prendre conscience, identifier et reconnaitre ce qui est là : Ce processus consiste à identifier et nommer afin de reconnaître l'expérience d'anxiété présente qui est observée.

Ces résultats rejoignent les concepts d'identification des compétences émotionnelles (Mikolajczak et al., 2020), d'étiquetage des émotions (Baer et al., 2006; Lieberman et al., 2007) et du premier niveau de validation des émotions (Linehan, 1993a).

La capacité à identifier, c'est-à-dire reconnaitre et nommer les émotions, est l'une des cinq compétences émotionnelles aux côtés de la compréhension, l'expression, la régulation et l'utilisation (Mikolajczak et al., 2020). Il s'agit d'une compétence fondamentale et préalable sur laquelle s'appuient celles de régulation et de compréhension des émotions. En effet, l'identification permet de mieux comprendre les émotions perçues et d'adopter des stratégies de régulation appropriées. Il a été démontré que l'étiquetage des émotions (*affect labelling*) diminue l'activation physiologique de l'amygdale et la réactivité émotionnelle facilitant la régulation émotionnelle (Lieberman et al., 2007). De même, la description et l'étiquetage correspondent aussi à une dimension de la FFMQ (Baer et al., 2006) qui évalue la capacité à nommer et décrire les expériences internes. Cette facette de description ou d'étiquetage est

d'ailleurs reconnue comme étant un processus clé de la pleine conscience, par des analyses en réseau (Heeren et al., 2021; Sala et al., 2023).

Il a été démontré que l'étiquetage des émotions constitue une forme de régulation émotionnelle implicite (Torre & Lieberman, 2018), efficace à plusieurs niveaux (Brooks et al., 2017). Plus précisément, l'étiquetage des émotions est associé à une modulation des réponses émotionnelles, incluant une diminution de l'intensité affective (Lieberman, 2019), comparable à celle de la réévaluation cognitive (Burklund et al., 2014; Lieberman et al., 2011), ainsi qu'à des bénéfices sur la santé psychologique et physique (Memarian et al., 2017). Sur le plan physiologique, l'étiquetage provoque une réduction des réponses autonomes immédiates (e.g., baisse de la fréquence, du débit cardiaque ou de la conductance électrodermale) (Kassam & Mendes, 2013; Matejka et al., 2013) ou différées quelques jours plus tard (Mendolia & Kleck, 1993; Tabibnia et al., 2008), notamment dans l'exposition en contexte phobique (Kircanski et al., 2012; Niles et al., 2015). Il s'accompagne d'une diminution de l'activation de l'amygdale (Costafreda et al., 2008; Lieberman et al., 2007; Torrisi et al., 2013) et d'effets comportementaux positifs, tels qu'une meilleure progression dans les tâches d'exposition à un objet phobique (Kircanski et al., 2012) ou une réduction de l'anxiété perçue par l'entourage (Thomassin et al., 2012).

Des hypothèses concernant les processus sous-jacents à l'étiquetage ont pu être évoquées (Torre & Lieberman, 2018), telles que l'autoréflexion décrite comme une introspection émotionnelle ou auto-distanciation (Kross & Ayduk, 2017), ou encore la réduction de l'incertitude par l'apposition d'une étiquette évocatrice catégorisante (Lindquist et al., 2015, 2016). Enfin, l'abstraction, par la conversion de l'émotion en représentation symbolique, favoriserait une prise de distance avec le stimulus (Torre & Lieberman, 2018) permettant à l'amygdale de désactiver sa réponse d'alerte en signalant par cette mise en mot que le danger a été désactivé (Wood et al., 2016). Ainsi, il semblerait que l'étiquetage des

émotions provoque une mise à distance s'apparentant à une décentration, qui favorise un rapport plus distancié et différencié à l'expérience émotionnelle. C'est ce qu'ont pu décrire des participants en indiquant que le fait de nommer l'anxiété contribuait à en atténuer la charge émotionnelle et à en réduire l'appréhension.

De plus, l'identification et la reconnaissance de l'émotion représentent le premier niveau de la validation émotionnelle (Linehan, 1993a), dont nous décrirons les autres niveaux dans la section suivante.

Si observer l'inconfort est nécessaire pour prendre conscience de sa présence, l'identifier comme étant une expérience d'anxiété permet d'une part de moins la craindre et de la rendre plus tolérable via une probable décentration, et d'autre part, de ne pas l'entretenir malgré soi. Tout cela favorise une meilleure régulation de l'émotion d'anxiété.

(3) C'est ok : **valider et normaliser** : Dans une démarche d'autocompassion et de compréhension des émotions, ce processus se traduit par la légitimation du vécu émotionnel compte tenu de l'expérience traversée, par la normalisation de l'anxiété en tant que phénomène universel et inhérent à la condition humaine, ainsi que par l'accès aux informations qui y sont associées en tant que réponse adaptative.

Ces résultats rejoignent les modèles de validation émotionnelle et d'autocompassion, mais aussi la compétence de compréhension des émotions.

Le concept de validation émotionnelle a été introduit par Linehan (1993a) dans le cadre de la thérapie comportementale et dialectique (TCD) puis a été approfondi dans un modèle de

validation émotionnelle (Koerner & Linehan, 2004). La validation émotionnelle consiste à reconnaître et légitimer une émotion, permettant ainsi de réduire la détresse associée et de faciliter l'apprentissage de stratégies adaptatives. Les auteurs ont identifié cinq niveaux de validation que sont l'écoute attentive, l'identification et la reconnaissance des émotions, la légitimation dans le contexte, l'encouragement à la compréhension et à l'expression émotionnelle et la favorisation de la régulation émotionnelle. Des chercheurs (Shenk & Fruzzetti, 2011) ont étudié la manière dont la validation émotionnelle influence la régulation des émotions et ont montré que la validation réduit les réactions défensives et améliore la capacité à tolérer les émotions désagréables. On peut noter que ce concept de validation émotionnelle rejoint le processus de validation et de légitimation de notre modèle.

Par ailleurs, ce concept de validation rejoint la composante de bienveillance envers soi de l'autocompassion (Neff, 2003b). De même, la deuxième dimension d'autocompassion est l'humanité commune. Il s'agit de comprendre que les émotions désagréables, dont l'anxiété, font partie de l'expérience humaine universelle. Ceci converge avec la normalisation de l'anxiété issue de nos résultats. L'autocompassion est considérée comme un facteur important pour faciliter l'apprentissage et l'utilisation des compétences et des stratégies de régulation émotionnelle (e.g., Inwood & Ferrari, 2018) et, plus précisément, des niveaux élevés d'autocompassion sont positivement associés à l'utilisation de stratégies de régulation adaptatives telles que, entre autres, l'acceptation (Paucsik et al., 2023).

Comprendre ses émotions est l'une des cinq compétences émotionnelles (Mikolajczak et al., 2020). Ainsi, l'anxiété est considérée comme une réponse adaptative au contexte (Ekman, 1992; Frijda, 1994) et a une fonction informative en renseignant sur les besoins de l'individu (Greenberg, 2004). Cela rejoint donc la recherche de normalisation et de validation de

l'émotion d'anxiété, décrite dans notre modèle par les participants, ainsi que celle d'information associée.

Ainsi, valider permet, d'une part, de légitimer l'expérience d'anxiété dans son contexte, comme une expérience justifiée ou compréhensible eu égard des circonstances, d'un environnement, d'une histoire de vie, etc. et, d'autre part, de chercher à comprendre ce qu'elle apporte comme informations sur soi ou sur le contexte. Et, plus globalement, normaliser permet d'avoir conscience de l'humanité propre à son expérience d'anxiété. Valider et normaliser soutiennent donc l'accès à l'acceptation de l'anxiété et plus généralement la régulation des émotions, tout en favorisant la diminution de la réactivité au sens large, c'est-à-dire du rejet, de la lutte, du jugement, ainsi qu'une meilleure tolérance vis à vis de l'émotion d'anxiété.

(4) Ne pas réagir : La capacité à observer ses expériences internes (pensées, émotions, sensations, etc.) demande une décentration vis-à-vis de l'expérience d'anxiété afin d'observer celle-ci sans y réagir, c'est-à-dire sans lutter, juger, rejeter ou résister.

Ces résultats rejoignent les concepts de décentration (Bernstein et al., 2015), de non-réactivité (Baer et al., 2006) et de prévention de la réponse (Craske et al., 2008, 2014; Foa & Kozak, 1986).

La décentration est définie comme la capacité à changer de perspective expérientielle en adoptant celle d'un observateur extérieur (Bernstein et al., 2015). Elle invite à observer ses expériences internes comme des événements temporaires et objectifs et non comme des représentations de soi nécessairement vraies (Fresco et al., 2007). Ainsi, elle sous-tend les effets de la défusion cognitive ou du soi comme contexte de la thérapie ACT (Hayes et al.,

2011; Hayes, Strosahl, et al., 1999), la conscience métacognitive de la MBCT (Teasdale et al., 2002), le mode métacognitif (Wells, 2002) ou la reperception (Shapiro et al., 2006). De plus, la décentration semble avoir un rôle majeur, en tant que mécanisme de changement, dans le traitement de l'anxiété, qu'il s'agisse de l'anxiété sociale (Hayes-Skelton & Graham, 2013) ou du trouble anxieux généralisé (Hayes-Skelton et al., 2015). En effet, la décentration serait le mécanisme qui permettrait de réguler les émotions dans les pratiques de pleine conscience (Grecucci et al., 2015). Une précédente étude (Ribeyron et al., 2025) avait suggéré que la décentration correspondait à une compétence intermédiaire et nécessaire dans l'acceptation, ce qui semble cohérent avec nos données actuelles qui décrivent la décentration comme un sous-processus de l'acceptation.

On peut noter que l'absence de réactivité est également comprise dans notre sous-processus (4) d'observer sans réagir, ce qui est cohérent avec le modèle de la décentration (Bernstein et al., 2015) qui inclut 3 dimensions, ou processus métacognitifs interdépendants, qui sont la méta-conscience (i.e., la conscience l'expérience subjective en tant que processus), la désidentification de l'expérience interne (i.e., voir ses états internes comme séparés de soi) et la réduction de la réactivité au contenu de l'expérience interne (Bernstein et al., 2015).

Plus précisément, la non-réactivité, qui consiste à ne pas s'accrocher ou réagir aux expérience internes et le non-jugement, qui implique de ne pas les évaluer, sont des dimensions de l'échelle de pleine conscience FFMQ (Baer et al., 2006). Elles correspondent au processus (4) de notre modèle, qui consiste à ne pas réagir à ce qui est observé et qui comprend un volet de non-jugement, visant à ne pas évaluer ou juger les expériences internes, ainsi qu'un volet de non-réactivité, cherchant à ne pas éviter, contrôler, modifier et lutter contre le contenu de ces expériences.

La prévention de la réponse, qui consiste à inhiber la réponse habituelle à un stimulus anxiogène, est le mécanisme au cœur du changement par la thérapie d'exposition (Craske et al., 2008, 2014). Elle favorise l'habituation et la diminution de l'anxiété en interrompant le renforcement par les comportements d'évitement qui peuvent être comportementaux ou cognitifs. Cela rejoint le processus décrit dans nos résultats par (4) l'absence de réaction à l'expérience interne aversive observée.

Ainsi, observer sans réagir suppose une posture d'observation distanciée et donc une inhibition de la réactivité immédiate au sens large (i.e., lutte, jugement, rejet, comportement d'évitement, recherche de réassurance, etc.). C'est une compétence intermédiaire mais essentielle de l'acceptation, permettant ainsi une meilleure régulation des émotions. Plus précisément, l'inhibition de la réaction automatique permet un réajustement adaptatif de la réponse à l'anxiété et donc une meilleure régulation des émotions.

(5) Rester avec et laisser exister : Ce processus sollicite un engagement actif avec l'émotion d'anxiété et consiste à rester en contact avec l'inconfort de celle-ci, en le laissant se déployer sans chercher à le modifier d'aucune manière. Cela revient à s'y exposer ce qui contribue, à terme, d'augmenter la tolérance à l'anxiété.

Ces résultats rejoignent les modèles d'exposition avec prévention de la réponse (ERP, Foa & Kozak, 1986) et de tolérance à la détresse (Leyro et al., 2010).

L'exposition est une méthode qui consiste à rester en contact avec une émotion difficile, sans l'éviter, afin de réduire sa charge émotionnelle. Par l'habituation, elle a pour but de conduire à l'extinction des réponses de peur (Baer, 2003). L'exposition intéroceptive à l'anxiété pourrait ainsi réduire les réponses émotionnelles (Barlow et al., 2000; Peterson & Pbert, 1992).

Et il a même été suggéré que, plutôt que la réduction de la peur, c'est la tolérance à la détresse qui devrait être l'objectif principal de l'exposition (Craske et al., 2014). Cette technique d'exposition semble donc correspondre à notre processus (5) qui consiste à rester intentionnellement présent à l'anxiété sans l'éviter ou l'entretenir.

Par ailleurs, la tolérance à la détresse (Leyro et al., 2010) décrit la capacité à rester en contact avec une émotion désagréable sans chercher à la modifier ou à l'éviter. Cela rejoint étroitement notre processus (5) de rester avec et laisser exister les expériences internes, qui consiste à demeurer présent et attentif à des sensations ou émotions désagréables, en leur permettant de se manifester pleinement plutôt que de les fuir ou de tenter de les modifier ou de les contrôler. Ainsi, une forte tolérance à la détresse tend à diminuer l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle inadaptées telles que la suppression, l'évitement ou la rumination (Jeffries et al., 2016) et à favoriser l'utilisation habituelle de stratégies adaptatives ainsi qu'une plus faible persévération cognitive aversive liée au désengagement (Naragon-Gainey et al., 2017).

Ainsi, (5) « rester avec » et « laisser exister » aurait pour fonction de s'exposer à l'inconfort généré par l'anxiété en le laissant se déployer pleinement, sans chercher à le modifier, permettant ainsi d'améliorer la tolérance à celle-ci. Cela a pour conséquence d'encourager une position d'approche vis-à-vis de l'expérience de l'anxiété et donc d'acceptation.

Tableau 17. *Correspondance entre les processus observés et les concepts existants.*

Processus observés	Concept correspondant	Référence
Observer en passant par le corps	Intéroception	(Craig, 2004)
	Conscience corporelle	(Hölzel et al., 2011)
	Régulation de l'attention	(Bishop et al., 2004)
Prendre conscience, identifier et reconnaitre ce qui est là	Compétence d'identification étiquetage description (FFMQ)	(Mikolajczak et al., 2020) Lieberman et al., 2007) (Baer et al., 2006)
	1er niveau de validation émotionnelle	(Linehan, 1993a)
Valider et normaliser	Validation émotionnelle	(Linehan, 1993a)
	Autocompassion	(Neff, 2003b)
	Compétence de Compréhension	(Mikolajczak et al., 2020)
Ne pas réagir	Décentration	(Bernstein et al., 2015)
	Non-réactivité	(Craske et al., 2008, 2014; Foa & Kozak, 1986)
	Prévention de la réponse	(Baer et al., 2006)
Rester avec et laisser exister l'inconfort	Exposition	(Foa & Kozak, 1986)
	Tolérance à la détresse	(Leyro et al., 2010)

3.7.2. Intégration des sous-processus dans un modèle de l'acceptation

Nous avons précédemment exploré les processus sous-tendant l'acceptation, un à un séparément. Examinons maintenant leur intégration et leur articulation au sein de notre modèle global et intégratif de l'acceptation, ainsi que le rapprochement de celui-ci à d'autres modèles existants.

Notre modèle de l'acceptation, issu de données empiriques et phénoménologiques, repose sur 5 processus qui sont activés lors d'une expérience d'acceptation de l'anxiété : (1) Observer en passant par le corps, (2) Prendre conscience et identifier, (3) Valider et normaliser l'expérience d'anxiété (4) Ne pas réagir et (5) Rester en contact avec l'anxiété. De plus, notre modèle s'étend de l'activation initiale, c'est-à-dire de la mobilisation vers l'acceptation jusqu'aux effets générés par celle-ci. Il permet donc de saisir l'ensemble du phénomène depuis son activation jusqu'à ses conséquences, en passant par les processus de sa mise en œuvre. À notre connaissance, il s'agit donc du premier modèle dynamique, intégratif et global de l'acceptation de l'anxiété.

Comme nous l'avons brièvement abordé précédemment, certains processus de notre modèle correspondent à des mécanismes parfois eux-mêmes intégrés dans des modèles plus vastes. Il s'agit notamment des modèles explicatifs décrits par les théories des MABI comme la pleine conscience (e.g., Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004; Hölzel et al., 2011) ou l'ACT (Hayes et al., 2011; Hayes, Strosahl, et al., 1999), mais aussi de modèles issus des thérapies cognitives et comportementales comme l'exposition avec prévention de la réponse (Foa & Kozak, 1986).

3.7.2.1. Modèle FFMQ

Le *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, Baer et al., 2006) est un outil psychométrique utilisé pour évaluer la pleine conscience en 5 dimensions que sont (a) l'observation qui consiste à porter attention aux expériences internes et externes, (b) la description qui implique de nommer des expériences internes, (c) l'action en conscience qui désigne une attention pleine dans ses activités au moment présent et non en pilote automatique, (d) le non-jugement qui revient à ne pas évaluer ses expériences internes et enfin, (e) la non-réactivité qui consiste à ne pas s'accrocher ou réagir aux expériences internes.

Nous avons précédemment remarqué des similitudes avec les processus individuels identifiés dans notre étude. En effet, la sous échelle de la FFMQ (a) « observation » semble correspondre à notre sous-processus (1) Observer en passant par le corps, la sous-échelle (b) « description » à notre sous-processus (2) C'est là : prendre conscience, identifier et reconnaitre l'anxiété, les sous-échelles (d) « non-jugement » et (e) « non-réactivité » à notre sous-processus (4) Ne pas réagir. Seule la dimension (c) « agir avec conscience » ne semble pas représentée dans les processus de notre modèle, quoi qu'elle pourrait l'être en partie dans (4) Ne pas réagir, puis dans la transformation de l'expérience d'anxiété qui par l'acceptation permet de retrouver le pouvoir d'agir, de manière consciente, non automatique et sans être guidée par l'anxiété (voir Tableau 18).

Le modèle de la FFMQ intègre certains des processus décrits dans notre cadre théorique, mais de manière incomplète, laissant de côté plusieurs dimensions essentielles que nous prenons en compte dans notre modèle.

3.7.2.2. Modèle de Hölzel

Hölzel et ses collaborateurs (2011) dans leur revue théorique ont identifié et décrit plusieurs composantes de la pleine conscience : (a) la régulation de l'attention, (b) la conscience du corps, (c) la régulation des émotions (y compris la réévaluation et l'exposition, l'extinction et la reconsolidation) et (d) le changement de perspective sur soi.

On peut donc noter des similitudes avec notre modèle, en effet, (1) l'Observation en passant par le corps comprend (a) la régulation de l'attention et (b) la conscience corporelle, (4) Ne pas réagir comprend (d) le changement de perspective sur soi, (2) Prendre conscience et identifier ce qui est là inclut (c) la régulation de l'attention et enfin, (3) Valider et normaliser ainsi que (5) Rester avec sont comprises dans la (c) régulation des émotions.

Si ce modèle englobe une partie des processus repérés, il demeure moins complet que notre approche, qui intègre des dimensions supplémentaires.

3.7.2.3. Modèle de l'exposition avec prévention de la réponse (EPR)

Un parallèle entre la pleine conscience et l'exposition avec prévention de la réponse (ERP, Foa & Kozak, 1986) a déjà pu être établi dans le modèle que nous avons décrit précédemment (Hölzel et al., 2011), l'observation de l'expérience difficile est décrite comme une manière de favoriser l'intégration et la transformation de celle-ci. Les auteurs soulignent que la pleine conscience joue un rôle similaire à celui de l'exposition en thérapie cognitive et comportementale (TCC), puisque l'idée de rester avec l'expérience présente, sans chercher à la fuir ou à la modifier, rejoint l'exposition graduelle. De plus, la confrontation répétée aux expériences anxiogènes, sans tentative de contrôle, favorise une habituation et donc une

meilleure régulation émotionnelle. Ainsi, l'exposition avec prévention de la réponse (ERP, Foa & Kozak, 1986) consiste à s'exposer volontairement à une situation ou une pensée anxiogène, tout en veillant à ne pas adopter les comportements habituels (i.e., compulsions, évitements manifestes ou cognitifs, etc.).

On peut donc constater des similitudes entre notre modèle d'acceptation et celui de l'EPR qui encourage à rester avec l'anxiété, sans chercher à la diminuer ou à l'éviter, ce qui correspond, d'une part, au processus (5) « Rester avec » de notre modèle et, d'autre part, à celui (4) « Ne pas réagir ». On peut donc logiquement penser que le processus d'acceptation permet une désensibilisation progressive aux expériences internes d'anxiété, comme c'est le cas pour l'EPR, ou éventuellement, une amélioration de la tolérance à celles-ci.

L'acceptation consiste à observer et rester avec les expériences internes d'anxiété (*exposition*) et à adopter une posture visant précisément à ne pas les éviter avec notamment, la régulation de l'attention et la diminution de la réactivité (*prévention de la réponse*). L'exposition, par la pratique de l'acceptation, permettrait alors l'inhibition de la réponse habituelle (*extinction*). Enfin, l'acceptation conduirait en outre à remplacer les associations précédemment apprises par des nouvelles plus adaptatives (*reconsolidation*) élaborées pendant la pratique (Hölzel et al., 2011). En effet, les associations mnésiques initiales ne sont pas effacée, mais de nouvelles se forment (Quirk, 2002; Rescorla, 2001) ou les reconsolident avec de nouvelles associations (Inda et al., 2011; Rossato et al., 2010). Ainsi, la non-réactivité et le mécanisme d'extinction progressive joueraient un rôle crucial dans la diminution du stress par la pleine conscience, via un désapprentissage des connexions antérieures (Hölzel et al., 2011).

De cette manière, notre modèle d'acceptation de l'anxiété semble donc agir comme une exposition avec prévention de la réponse (EPR), les mêmes processus sous-jacents paraissant être à l'œuvre.

Dans notre modèle, l'acceptation consiste à (5) Rester avec les expériences internes désagréables telles que l'anxiété. Les participants prennent du temps pour (1) Observer ce qui est présent au moment où ils ressentent de l'anxiété, ce qui leur permet de (5) Rester avec un certain temps. Ils peuvent alors (2) nommer leur expérience d'anxiété, la reconnaitre comme étant familière pour l'avoir déjà traversée, et (3) la valider comme étant une expérience interne normale et humaine. C'est la partie exposition.

Ensuite, l'acceptation de l'anxiété consiste à (5) rester avec l'expérience désagréable (4) sans réagir, c'est-à-dire sans juger ou avoir des réactions physiques (comportements) ou mentales (pensées). Alors qu'habituellement, des ruminations ou inquiétudes répondent à l'anxiété, pouvant conduire à un envahissement ou un débordement émotionnel, la personne qui s'engage dans le processus d'acceptation va tenter de s'arrêter à l'observation ou y revenir quand elle constate qu'elle s'en éloigne pour répondre à ses pensées anxieuses par des pensées répétitives (ruminations, inquiétudes). C'est la partie prévention de la réponse.

Dès lors, l'absence de réaction (4) permet d'y répondre différemment ou de ne pas y répondre du tout. C'est la partie extinction.

Enfin, les actions conscientes et choisies remplacent les réactions automatiques. C'est la partie reconsolidation.

Par conséquent, on peut soutenir que l'acceptation de notre modèle, en tant que stratégie de régulation émotionnelle de l'anxiété, agit de la même manière que l'EPR. Il s'agit d'une exposition purement interne. Ainsi, la confrontation volontaire à l'expérience interne redoutée d'anxiété, tout en inhibant les réponses automatiques, à savoir les réactions au sens large, permet de changer le rapport à l'émotion et d'accéder à des réponses adaptatives.

3.7.2.4. Modèle de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

L'ACT (Hayes, Strosahl, et al., 1999) est une MABI qui repose sur 6 processus clés représentés dans un modèle hexagonal nommé hexaflexe, eux-mêmes regroupés en un modèle

à 3 dimensions, nommé triflexe, constitué de l'ouverture à l'expérience, avec (a) l'acceptation et (b) la défusion, la focalisation sur le moment présent avec (c) la pleine conscience et (d) le soi comme contexte et enfin l'engagement dans l'action avec (e) les valeurs et (f) les actions engagées. Ces modèles, triflexes ou hexaflexes, sont ceux de la flexibilité psychologique qui est l'aptitude à être présent, ouvert et faire ce qui importe (Harris, 2017 pp 31).

On peut noter des similitudes avec notre modèle empirique de l'acceptation de l'anxiété. En effet, la focalisation sur le moment présent et plus précisément, (c) la pleine conscience qui correspond en partie à (1) Observer en passant par le corps via sa dimension de régulation de l'attention sur les sensations actuelles et (d) soi comme contexte qui correspond à (4) Ne pas réagir via la dimension de décentration. Ensuite, l'ouverture à l'expérience et plus précisément (a) l'acceptation du modèle ACT se retrouve dans (1) Observer en passant par le corps via l'ouverture aux sensations, (4) Ne pas réagir dans sa dimension d'abandon de la lutte, (5) Rester avec et laisser exister dans sa dimension d'absence de lutte encore et de déploiement entier de l'expérience, tandis que (b) la défusion correspond à la dimension de décentration de (4) Ne pas réagir. Enfin l'engagement dans l'action, et plus précisément (e) les valeurs ont été identifiées dans notre modèle comme un facteur modérateur pour faciliter l'acceptation et (f) les actions engagées sont comprises dans les transformations de l'expériences que permet l'acceptation, en d'autres termes, les conséquences de celle-ci.

Le modèle de l'ACT comprend une partie des processus que nous avons identifiés. Toutefois, notre modèle se concentre spécifiquement sur les processus liés à l'expérience d'acceptation de l'anxiété, en mettant l'accent sur son déploiement séquentiel et dynamique, depuis la mobilisation vers l'acceptation jusqu'à ses conséquences, en passant par les stratégies mises en œuvre et les facteurs modérateurs.

3.7.2.5. Modèle de la pleine conscience (MBI)

L'acceptation dans la pleine conscience, employée comme terme large et générique *(umbrella term)* qui englobe également les concepts reliés tels que la non-réactivité, l'équanimité, le non-jugement, l'ouverture, la non-évaluation et le non-étiquetage (Lindsay & Creswell, 2017), est souvent mesurée à l'aide d'une ou plusieurs dimensions d'une échelle de pleine conscience, qu'il s'agisse de l'ouverture, du non-jugement ou de la non-réactivité. Dans notre modèle ancré empiriquement, issu de l'expérience des personnes pratiquant l'acceptation, l'acceptation est comprise comme un processus qui intègre l'observation et la focalisation de l'attention. L'acceptation ne représente pas une étape indépendante mais elle est intégrée dans tout le processus. En effet, les participants n'ont pu décrire d'expérience d'acceptation de l'anxiété sans inclure l'observation de celle-ci.

On peut réguler l'attention sans pour autant engager d'acceptation de l'anxiété ou d'autres émotions (e.g., en cas de focalisation consciente sur des sens externes). C'est-à-dire qu'on peut actionner uniquement la régulation de l'attention sans l'acceptation (i.e., focalisation de l'attention sur une expérience sans ouverture). De ce fait, si la régulation de l'attention peut être indépendante de l'acceptation, il semblerait en revanche que le contraire semble plus difficilement réalisable. C'est-à-dire qu'il est probable que l'acceptation ne puisse se faire sans monitoring de l'attention, c'est-à-dire sans observation préalable. Cela rejoint la conception du MAT (Lindsay & Creswell, 2017, 2019). Les auteurs soutiennent la position selon laquelle l'acceptation ne pourrait être entraînée qu'en parallèle à la régulation de l'attention, parce que l'entraînement a d'abord besoin d'un objet vers lequel appliquer l'acceptation. Ainsi, notre modèle fait référence à une approche synergique et concomitante entre régulation de l'attention et acceptation. En effet, dans notre modèle, l'acceptation inclut la régulation de l'attention qui semble être une composante essentielle (mais non suffisante) permettant l'acceptation. Dans la pleine conscience, la définition la plus communément admise

comporte deux dimensions : la régulation de l'attention et l'acceptation (Bishop et al., 2004). Cependant, dans notre modèle, le monitoring fait partie intégrante de l'acceptation. En effet, l'observation seule, sans intégrer les autres processus de l'acceptation, n'est pas suffisante, voire même délétère, comme cela a été démontré dans la littérature existante qui postule que la régulation de l'attention seule, sans l'acceptation, semblerait même accentuer la réactivité émotionnelle, en étant corrélée à des niveaux élevés de stress et d'anxiété (K. W. Brown et al., 2015; Desrosiers et al., 2013; Hamill et al., 2015; Pearson et al., 2015), d'autant plus chez les non-méditants où la régulation de l'attention seule est corrélée à une détresse émotionnelle (Neale-Lorello & Haaga, 2015).

Les MBI n'enseignent pas l'acceptation de manière isolée de la régulation de l'attention, puisque ces deux processus sont interreliés (Lindsay & Creswell, 2017). La régulation de l'attention permet d'observer ce qui est présent, mais encore faut-il l'identifier, le valider, ne pas y réagir, s'y ouvrir et rester avec, ce qui correspond davantage aux processus de l'acceptation. Mais, ceux-ci demandent toutefois de réguler l'attention pendant une partie au moins des processus issus de notre modèle, à savoir lors de (1) Observer en passant par le corps et (5) Rester avec. On voit bien qu'il n'y a pas nécessairement en premier lieu la régulation de l'attention puis l'ouverture, ou vice-versa, mais que l'ensemble est concentré dans un modèle dynamique et synergique.

De même, dans les MBI, l'acceptation est enseignée dans un second temps, après la régulation de l'attention seule, comme un moyen d'aborder les expériences monitorées. En effet, l'acceptation modère la manière dont l'individu se positionne vis-à vis des expériences monitorées (Lindsay & Creswell, 2015). Pour les auteurs, c'est la synergie des deux composantes (régulation de l'attention et acceptation) qui explique les effets positifs de la pleine conscience, l'un et l'autre ne le pouvant pas indépendamment. Ainsi la régulation de l'attention peut s'entendre comme un outil nécessaire mais non suffisant pour accepter

l’expérience d’anxiété. Toutefois, l’acceptation représente une stratégie de régulation émotionnelle plus vaste et inclut de nombreux mécanismes en dehors de la seule régulation de l’attention qui permet, en outre, de se concentrer sur l’expérience à accepter. Dans une précédente étude (Ribeyron et al., 2025), des analyses de médiations ont montré que la régulation de l'attention est un outil puissant pour parvenir à l'acceptation, mais que c’est l'acceptation, seule, qui réduit l'anxiété et la dépression. Même si l’acceptation permet le changement et les effets bénéfiques sur la santé mentale, il semblerait que la régulation de l’attention soit tout de même une compétence cognitive intermédiaire utile. Toutefois, il a été suggéré que l’acceptation pourrait bel et bien exister sans la régulation de l’attention (Simione & Saldarini, 2023) et que, conceptualisée par les auteurs comme un non-évitement, l’acceptation contribuerait seule à l’efficacité des MBI et permettrait, en outre, d’améliorer la régulation de l’attention. Ainsi, l’acceptation précéderait même la régulation de l’attention. Or l’acceptation n’est pas seulement un non-évitement (Naragon-Gainey et al., 2017; Ribeyron et al., 2025), mais un phénomène différent et indépendant de l’évitement. C’est un processus positif et actif qui implique la volonté de choisir cette stratégie et de s’ouvrir à l’expérience, contrairement à l'évitement expérientiel, qui est basé sur une réponse automatique (Ribeyron et al., 2025). Les auteurs (Simione & Saldarini, 2023) s’appuient sur une étude sur l’acceptation de la douleur (Wang et al., 2019) qui a testé une condition d’acceptation seule, versus attention seule, versus une combinaison acceptation/attention et a démontré que l’acceptation seule apportait des bénéfices. Les consignes données au groupe d’acceptation seule ne faisaient pas directement référence à l’attention. Dans cette condition d’acceptation, ils devaient (a) accepter leurs pensées et leurs sentiments liés à la douleur sans être contrôlés par eux ; (b) se remémorer des pensées désagréables liées à la douleur et réaliser un exercice symbolique pour illustrer leur capacité à poursuivre une tâche malgré ces pensées ; (c) comparer la douleur à une traversée d’un marais boueux, en continuant d’avancer tout en remarquant les sensations

désagréables ; (d) décrire par écrit leur compréhension du processus d'acceptation et enfin (e) appliquer une stratégie d'ouverture et d'acceptation pendant la tâche de pression froide, en persévérant malgré les pensées négatives. On voit que cette procédure met en avant une acceptation non focalisée et non analytique, en adoptant une attitude d'acceptation sans porter d'attention spécifique aux expériences (a). Toutefois, bien que l'objectif soit de ne pas se laisser contrôler par ces expériences, les participants doivent tout de même remarquer et identifier les pensées et émotions désagréables, ce qui implique une forme de régulation de l'attention. De plus, il est demandé de porter son attention sur des pensées passées et non pas sur l'expérience présente (b). Il s'agit ici de pensées générales et typiques liées à la situation de douleur et non pas celles liées à la douleur actuelle. L'exercice de rappel des pensées liées à la douleur ne relève pas de la régulation de l'attention dans son sens classique, car il s'agit d'une tâche rétrospective de remémoration plutôt qu'une observation attentive et en temps réel. Toutefois, il peut impliquer un certain degré de reconnaissance cognitive ou de prise de conscience différée, ce qui pourrait être interprété comme une forme indirecte ou rétrospective de régulation de l'attention. Quant à la métaphore du marais boueux (c), elle invite à remarquer l'inconfort sans se focaliser longuement sur celui-ci, l'accent est mis sur la poursuite de la tâche. Toutefois, la métaphore convie les participants à observer leurs pensées et émotions désagréables tout en poursuivant leur chemin, ce qui suggère une conscience nécessaire, et donc une forme d'attention, pour reconnaître et nommer ces expériences avant de continuer. Enfin, il n'est pas demandé de surveiller activement les pensées pendant la tâche (e) mais de poursuivre malgré elles. Il s'agit ici d'un travail plus proche de la défusion décrite dans l'ACT tout comme dans la consigne (b). Cependant, on peut penser que la conscience de l'existence de la pensée, qui nécessite une forme d'attention, précède le fait de poursuivre. Ainsi, on pourrait suggérer que la régulation de l'attention est peut-être toujours présente, au moins implicitement, offrant un cadre parfois invisible mais nécessaire pour repérer les expériences à

accepter. De plus, on pourrait légitimement se demander si poursuivre une action, sans se préoccuper des pensées et sensations, est réellement de l'acceptation ou si cela ne s'apparente pas plutôt à une forme d'évitement. En effet, s'il convient de ne pas s'attacher au contenu des pensées, il semble tout de même nécessaire de remarquer qu'il y a des pensées. De plus, les participants de l'étude (Wang et al., 2019) sont invités à adopter une posture d'acceptation, sans avoir été préalablement formés à cette stratégie qui requiert un apprentissage et un entrainement pour être mise en œuvre de manière efficace (Lindsay, Chin, et al., 2018). On peut donc s'interroger sur la pertinence des consignes de cette étude et sur leur adéquation à l'acceptation, entendue comme une ouverture explicite et active à une expérience interne désagréable. Enfin, il s'agit ici d'une expérience centrée sur l'acceptation de la douleur, mais nous avons vu que, dans le cadre de l'anxiété, les pensées absorbent toute l'attention des participants. Ainsi, se décentrer des pensées en focalisant l'attention sur les sensations du corps permet d'accéder à l'acceptation de l'anxiété. Par conséquent, observer les pensées anxieuses sans être obnubilées par elles, demande un effort cognitif et attentionnel important qui semble s'acquérir avec la pratique.

3.7.2.6. Une forme différente d'acceptation selon les modèles théoriques ?

On peut s'interroger sur la possibilité pour l'acceptation de l'anxiété de prendre différentes formes selon le type de pratique, au sein même des MABI. D'après nos résultats, il semblerait que l'acceptation par l'ACT soit moins codifiée, standardisée, cadrée dans sa mise en œuvre et peut être moins portée sur le corps et l'observation des sensations. Une attitude d'ouverture plus large semble privilégiée, plutôt qu'une véritable méthode de mise en application. Certains participants issus du référentiel ACT, et n'ayant pas d'expérience préalable de la pleine conscience, ne décrivent pas spontanément d'attention portée sur les sensations corporelles, mais plutôt sur les pensées anxieuses, s'attachant beaucoup à la défusion (e.g., ce ne sont que des pensées). Toutefois, quand l'acceptation est pratiquée de cette

manière, elle semble aussi moins bien comprise comme une ouverture à l'expérience interne d'anxiété par les participants et peut avoir tendance à devenir un évitement, en focalisant l'attention sur l'extérieur (e.g., les sens externes non liés à l'anxiété) plutôt que les expériences internes. La focalisation de l'attention sur les sens peut aider à sortir de la boucle des pensées répétitives et à se réancrer dans le moment présent. Néanmoins, si l'attention n'est focalisée que sur l'extérieur, alors il ne pourra pas y avoir d'exploration de l'expérience interne d'anxiété. La sortie des pensées répétitives, anxieuses et anxiogènes, peut ainsi logiquement et naturellement conduire à une diminution de l'anxiété, mais, s'il n'y a pas de retour de l'attention sur l'expérience interne, alors on ne peut pas procéder à son acceptation.

Lorsque l'observation des sensations n'est pas spontanément mentionnée par les participants issus d'un référentiel ACT, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. Lorsqu'on leur demande explicitement, certains déclarent pratiquer l'observation des sensations corporelles, en focalisant l'attention sur celles-ci. Néanmoins, n'ayant pas ou peu d'expérience de la méditation pleine conscience, cette focalisation est brève et peu soutenue. Cela peut se limiter à une simple constatation de l'existence de certaines sensations sans focalisation spécifique ni exploration approfondie. D'autres enfin, pourraient ne pas avoir conscience de leur focalisation attentionnelle et l'adopter de manière implicite lorsqu'ils se décentrent pour se demander ce qu'ils ressentent ou ce dont ils ont besoin. Enfin, certains semblent contourner l'observation et la focalisation attentionnelle, en se concentrant davantage sur le contenu ou la nature des pensées anxieuses. Ce dernier cas présente le risque de procéder, en réalité, à un évitement déguisé en acceptation, un phénomène que nous avons brièvement abordé précédemment et que nous analyserons plus en détail ultérieurement.

L'acceptation est souvent définie comme une attitude d'ouverture, de non-jugement ou de non-réactivité (Baer et al., 2004; K. W. Brown & Ryan, 2004; Hayes et al., 2011). Toutefois,

il semblerait que l'attitude d'acceptation, en tant qu'intention d'aller vers l'ouverture, si elle est bien nécessaire et essentielle, ne représente pas à elle-seule l'entièreté de l'acceptation pour autant. Il ne s'agit pas seulement d'une intention de s'ouvrir à l'expérience mais de le faire concrètement à l'aide de processus tels que nous les avons identifiés, c'est à dire en explorant les sensations, en les reconnaissant, les validant, les normalisant, en restant avec elle et en inhibant la réactivité habituelle et automatique. On le voit, si l'intention et le choix de l'acceptation, permettent d'initier la mobilisation, elles ne peuvent expliquer l'ensemble du processus.

Ainsi, l'acceptation issue des MBI semble reposer davantage sur le mécanisme de l'exposition avec prévention de la réponse, alors que le fondement de l'acceptation dans l'ACT pourrait être différent. La théorie des cadres relationnels (TCR), cadre théorique de l'ACT, peut nous aider à comprendre cette différence. En effet, dans les TCC, l'apprentissage est compris de manière contingente à savoir que l'expérimentation directe d'un stimulus va conduire à un apprentissage, qu'il s'agisse d'habituation, d'apprentissage classique (Pavlov, 1927) répondant (Skinner, 1963) ou vicariant (Bandura, 1986). Mais les travaux sur les mécanismes de la dérivation (Sidman, 1994) vont permettre de dépasser la contingence des apprentissages. En effet, la dérivation permet d'apprendre des stimuli sans les expérimenter directement. C'est là-dessus que s'appuie la TCR, en partant du principe que la transformation a lieu par le langage, en l'absence d'un contact direct d'un stimulus. Le langage permet de créer de nouvelles relations entre les expériences et peut donc leur donner une valeur aversive. L'évitement revient à transformer la fonction d'une expérience interne en lui donnant une valeur de danger. Les règles verbales, intrinsèquement liées au langage, nous amènent à négliger les conséquences inefficaces de nos comportements (Hayes, 1989) et nous incitent plutôt à adhérer de manière rigide aux règles dictées par le langage (Monestès & Villatte, 2011), ce qui conduit à maintenir l'évitement. Ainsi, on pourrait penser que cette moindre focalisation

et exposition sur l'expérience interne dans l'acceptation des participants issus de l'ACT s'explique par la théorie sous-jacente qui se concentra davantage sur le langage et la dérivation. De ce fait, passer outre les sensations de l'expérience d'anxiété pour se concentrer sur l'acceptation plus globale et la défusion pourrait s'expliquer par la TCR, afin de neutraliser les effets du langage. Cependant il n'est pas clair que l'observation ne se fasse pas en réalité, en effet, elle pourrait se faire plus implicitement.

Tableau 18. *Correspondance des processus d'acceptation avec d'autres modèles théoriques.*

Processus Identifiés	Correspondance sous-échelles FFMQ Baer et al. (2008)	Correspondances Hölzel (2011)	Correspondance ERP	Tentative de conceptualisation des processus
Observer en passant par le corps	Observer	Régulation de l'attention Conscience corporelle	Exposition	Observation intéroceptive + régulation de l'attention
C'est là : prendre conscience, identifier et reconnaitre l'anxiété	Décrire	Régulation de l'attention	Exposition	Identification
C'est ok : légitimer et valider l'anxiété		Régulation émotionnelle (réévaluation)	Reconsolidation	Validation + Autocompassion
Observer sans réagir	Non réactivité Non jugement	Changement de perspective sur soi Régulation émotionnelle (prévention de la réponse)	Prévention de la réponse	Décentration
Rester avec l'anxiété		Régulation émotionnelle (exposition)	Exposition + Extinction	Exposition + Tolérance

3.7.3.

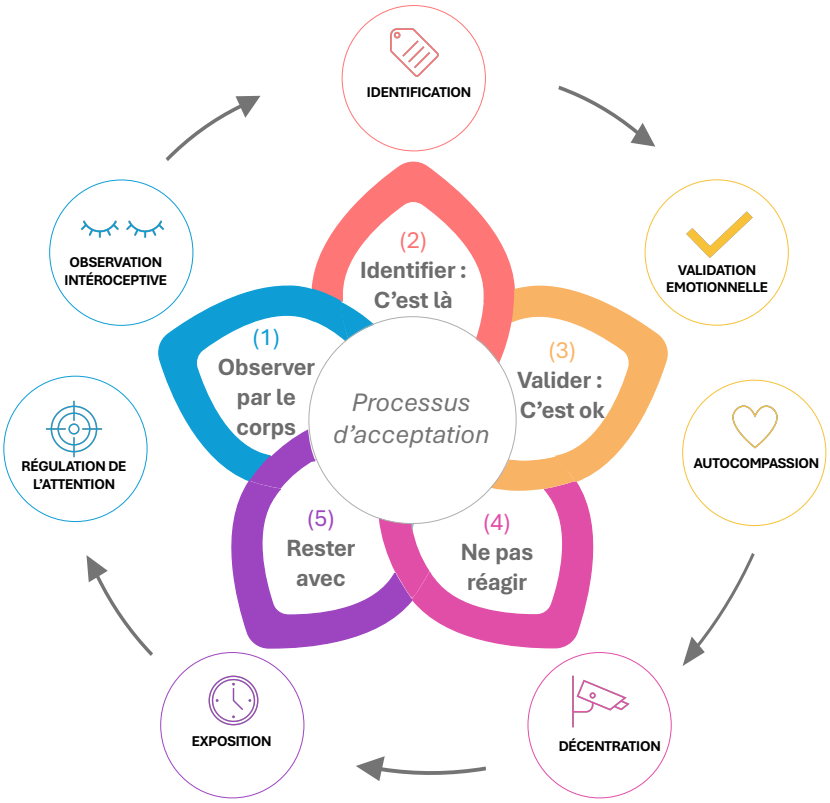


Figure 13. *Modélisation des étapes de l'acceptation de l'anxiété et correspondance avec les sous-processus.*

3.7.4. L'acceptation est un processus dynamique et évolutif

L'acceptation, décrite dans notre modèle ancré dans les données empiriques (voir Figure 13), peut être comprise comme un ensemble de processus impliquant l'attention au corps, la prise de distance cognitive, la reconnaissance et la validation de l'émotion et l'engagement actif dans l'expérience émotionnelle.

La mise en évidence de ces 5 processus souligne la nécessité d'envisager l'acceptation comme un phénomène complexe multidimensionnel et dynamique. Notre modèle propose une opérationnalisation concrète de l'acceptation dans son déploiement.

L'acceptation est un processus qui se déploie de manière progressive et dynamique. Un processus est compris initialement comme « *un aspect de la cognition (e.g., attention, mémoire, pensée, raisonnement) ou du comportement (e.g., évitement) qui peut contribuer à la maintenance d'un trouble psychologique* » (Harvey et al., 2004, p. 14). Cette définition a été élargie aux processus métacognitifs, cognitifs, émotionnels, comportementaux et motivationnels et ont une nature dynamique et transformationnelle (Philippot, 2016). Reconnu comme l'ingrédient actif des MBI (Lindsay, Young, et al., 2018), l'acceptation représente un processus de changement.

3.7.5. La mobilisation vers l'acceptation : un point crucial

Nos résultats ont mis en évidence la nécessité de faire un choix conscient et proactif afin d'entrer dans un processus d'acceptation. Cependant, le contexte d'anxiété parfois paralysant, le plus souvent du fait de son intensité, peut limiter l'accès à l'acceptation car il ne permet pas suffisamment de disponibilité mentale pour s'y engager. Ainsi, s'orienter vers l'acceptation crée un sentiment d'ouverture qui élargit le champ de la conscience (Garland et al., 2017) et libère de l'attention pour remarquer et savourer les expériences agréables dans l'instant (Lindsay, Chin, et al., 2018). Une hyperactivité cognitive, qui se manifeste par des pensées répétitives, intrusives et d'inquiétude (Baeyens, 2021), mobilise l'ensemble des ressources attentionnelles et empêche de raisonner ou d'évaluer objectivement une situation. En effet, aller vers l'acceptation parait contre-intuitif dans les moments de forte activation par l'anxiété et une démarche plus automatique s'oriente vers les stratégies de désengagement ou de surengagement par la perpétuation cognitive aversive (Naragon-Gainey et al., 2017).

Ainsi, cette mobilisation attentionnelle par l'anxiété et l'absence de disponibilité mentale, décrites par les participants, semblent correspondre au modèle des biais attentionnels (Koster et al., 2004, 2005; MacLeod et al., 1986), qui décrit la tendance à être attiré par des stimuli menaçants, plutôt que neutres, ce qui explique la difficulté de s'en désengager, c'est-à-

dire de rediriger l'attention efficacement une fois qu'elle a été capturée par les signaux menaçants (Cisler et al., 2010). Ainsi, il a été démontré que l'anxiété altère le contrôle attentionnel, c'est-à-dire le fonctionnement des systèmes exécutifs, notamment en limitant la capacité à inhiber les informations menaçantes (Eysenck et al., 2007). Les individus disposant d'un meilleur contrôle attentionnel peuvent plus facilement se désengager des stimuli menaçants, ce contrôle jouant un rôle modérateur des biais attentionnels (Cisler et al., 2010). Par ailleurs, les auteurs soulignent un lien entre le contrôle attentionnel et la régulation émotionnelle. Cela indique que la capacité d'une personne à réguler efficacement ses émotions dépend de mécanismes de régulation d'ordre supérieur, tels que le contrôle attentionnel. Par conséquent, on peut s'attendre à des interactions entre ces mécanismes. Il semble donc logique que l'anxiété, lorsqu'elle est intense, puisse induire une difficulté de désengagement et empêcher de se mobiliser efficacement vers l'acceptation.

Or la pleine conscience, notamment la mesure de la dimension de non-réactivité de la FFMQ (Baer et al., 2006), qui peut être reconnue comme mesure de l'acceptation dans certaines études (e.g., Bohlmeijer et al., 2011; Ford et al., 2018), permet un meilleur désengagement des stimuli émotionnels (Makowski et al., 2019) et l'entrainement à la pleine conscience améliore le contrôle attentionnel étant donné qu'il est expressément visé (Teasdale et al., 1995). Ainsi, l'engagement vers les pratiques d'acceptation semble facilité chez les participants qui ont une expérience plus longue et un entrainement régulier.

Ce premier désengagement vis-à-vis de l'anxiété consiste à prendre conscience de la nécessité de s'orienter vers l'acceptation et de faire le choix actif de se mobiliser vers le processus d'acceptation. Toutefois, il ne semble pas encore correspondre à la décentration à proprement parler, laquelle apparait plutôt comme un sous-processus de notre modèle qui intervient une fois le processus d'acceptation engagé. Il s'agirait plutôt d'un temps de pause préalable.

Cependant, on peut s'interroger sur le **caractère simultané de ces sous-processus**, et le fait qu'ils ne soient en réalité pas séquentiels ni clairement délimités. Ainsi, la mobilisation initiale pourrait déjà appartenir au processus de décentration, nécessaire pour observer et accepter ses expériences internes. En effet, cela implique, a minima, de s'éloigner des pensées anxieuses, voire d'initier une première forme de décentration. Les participants décrivent cette dynamique comme un « *pas de côté* », visant à se détacher du sentiment d'urgence induit par l'anxiété. Ils soulignent que cela nécessite un effort important et demande une détermination pour s'extraire de l'anxiété envahissante.

Cela correspond aux approches des MABI qui envisagent toutes l'acceptation comme une démarche active et volontaire (Hayes, Strosahl, et al., 1999). Les individus font le choix de se confronter à leurs expériences désagréables plutôt que de les éviter. Cependant, cette confrontation s'inscrit déjà dans le processus de l'acceptation lui-même, décrit dans notre modèle. Or, nous faisons référence ici à la mobilisation initiale, qui constitue la condition préalable permettant de s'engager vers l'acceptation. Cette première mobilisation représente une étape nécessaire pour aller vers l'acceptation mais n'est peut-être pas encore tout à fait celle-ci. Toutefois, on peut raisonnablement penser qu'il s'agit déjà d'un début de décentration ou d'une décentration a minima, et d'une première étape vers l'acceptation.

Par ailleurs, il n'est pas clair de déterminer si la décentration précède l'acceptation ou l'inverse. Il semblerait que, dans des contextes de faible niveau d'activation, la décentration puisse induire un sentiment d'acceptation à l'égard des expériences, alors que dans des contextes de plus forte activation émotionnelle l'acceptation constitue une condition préalable à la décentration (Lindsay & Creswell, 2015). Ainsi, il a été démontré que s'orienter vers l'acceptation crée un sentiment d'ouverture qui élargit le champ de la conscience (Garland et al., 2017) et libère de l'attention pour remarquer et savourer les expériences agréables dans l'instant (Lindsay, Chin, et al., 2018), ce qui semble cohérent avec ce que nos participants

décrivent comme une « *libération d'espace mental* ». De ce fait, le choix de l'acceptation est déjà un premier pas vers celle-ci et permet de libérer de l'attention pour se mobiliser dans les processus qui constituent l'acceptation.

Notre étude a permis de mettre en évidence les mécanismes qui sous-tendent le processus d'acceptation, qui se décompose donc en un ensemble de sous-processus et une mobilisation initiale cruciale vers ceux-ci. Ce modèle de l'acceptation offre une conceptualisation qui se veut opérationnelle dans un contexte d'anxiété, permettant ainsi de combler certaines lacunes identifiées (Wojnarowska et al., 2020b).

3.7.6. Les facteurs modérateurs de l'acceptation

Nous avons relevé et identifié plusieurs facteurs qui influencent la capacité à se mobiliser pour aller vers les processus d'acceptation, dans un premier temps, et à effectuer efficacement le processus d'acceptation, en lui-même, par la suite.

Il s'agit notamment et principalement de l'intensité de l'anxiété et de la charge émotionnelle. En effet, la pratique de l'acceptation ne semble possible qu'en cas d'anxiété d'intensité faible à modérée. Il en va de même pour la mobilisation vers l'acceptation qui devient plus difficile en cas d'anxiété intense. En effet, en cas d'intensité accrue, une régulation à la baisse de l'anxiété préalable parait nécessaire avant d'aller vers l'acceptation, ou bien il peut être pertinent de se tourner vers d'autres stratégies de régulation des émotions plus adaptées dans de telles situations afin de revenir à une activation modérée et tolérable.

Par ailleurs, d'autres modérateurs semblent influencer la mobilisation vers l'acceptation et l'efficacité du processus d'acceptation lui-même. Il s'agit, d'une part, des ressources personnelles telles que le temps disponible, l'énergie, la possibilité de s'isoler, les appuis extérieurs comme l'entourage en tant que relai de compassion et de validation. D'autre part, les MABI constituent un cadre privilégié pour la pratique de l'acceptation, notamment à

travers les exercices formels et informels de méditation pleine conscience. Plus encore, la durée, la fréquence et l'assiduité des pratiques et de l'entrainement à la pleine conscience et à l'acceptation influencent la capacité à accepter et à se mobiliser pour accepter l'anxiété. Ainsi, une longue expérience et une pratique régulière semblent faciliter la mobilisation vers l'acceptation, en développant des automatismes de focalisation intéroceptive.

Nous l'avons vu, les stratégies de régulation émotionnelles de désengagement ou de surengagement représentent des démarches plus automatiques en cas de forte activation (Naragon-Gainey et al., 2017). C'est pourquoi l'acceptation, en tant que stratégie d'engagement adaptatif, n'est pas la démarche la plus spontanée. D'autre part, l'acceptation demande un apprentissage initial pour ensuite se déployer dans la pratique (Dan-Glauser & Gross, 2015; Desbordes et al., 2015; Rood et al., 2012) avec au moins 1 à 2 semaines d'entrainement pour voir une amélioration (Baer, Carmody, et al., 2012). Ainsi, il semblerait qu'un apprentissage paraisse nécessaire avant de pouvoir utiliser la stratégie d'acceptation. Des études ont pu démontrer que seules les personnes ayant déjà une expérience préalable de l'acceptation sont en mesure d'utiliser efficacement une formation très brève basée sur cette approche pour gérer la douleur aigue (Blacker et al., 2012). De même, proposer 5 à 10 heures d'entrainement à la pleine conscience dans des études expérimentales qui testent des interventions basées sur les mécanismes de la pleine conscience, tels que la régulation de l'attention ou l'acceptation, semble nécessaire pour obtenir des résultats différenciés (Lindsay & Creswell, 2017). De plus, il semblerait qu'une pratique régulière de l'acceptation soit nécessaire pour développer la mise en œuvre de cette stratégie et en améliorer l'application afin de constater des bénéfices. Ainsi, des études ont mis en évidence des corrélations positives entre la quantité de pratiques formelles autodéclarées et les bénéfices d'une intervention de pleine conscience (Parsons et al., 2017). Par ailleurs, des niveaux d'anxiété plus faibles ont été observés chez les méditants expérimentés par rapport aux novices (Desbordes et al., 2015). En

outre, une pratique plus fréquente de la pleine conscience apparaît associée à un bien-être accru, indépendamment du niveau d'expérience des participants (Birtwell et al., 2019). Ainsi l'apprentissage et l'entraînement régulier à l'acceptation semblent être des modérateurs importants modulant l'efficacité de cette stratégie.

3.7.6.1. L'autocompassion, un facteur essentiel (modérateur ou médiateur)

Un autre facteur qui contribue à la fois à favoriser la mobilisation et à soutenir la pratique de l'acceptation est l'autocompassion. Celle-ci semble jouer un rôle important dans le processus d'acceptation. Dans notre modèle du processus d'acceptation, l'autocompassion semble être mobilisée à plusieurs étapes. Elle intervient notamment dans les étapes de (3) Validation et de normalisation, ou elle permet la bienveillance envers soi et la reconnaissance d'une humanité commune, ainsi que dans (4) Ne pas réagir, qui repose aussi sur une attitude de bienveillance envers soi, essentielle pour ne pas juger ou critiquer son expérience interne. De plus, l'autocompassion a pu représenter un tournant dans la pratique de l'acceptation pour certains participants, permettant de la vivre de manière expérientielle sans persévérer dans une lutte. Ainsi, si le niveau d'autocompassion peut être un modérateur de l'acceptation, l'accès à l'autocompassion pourrait bien être un médiateur et donc un processus central dans l'acceptation.

Les MBI encouragent le développement de l'autocompassion. En particulier, le programme MBSR qui augmente l'autocompassion (Baer, Lykins, et al., 2012; Shapiro et al., 2005, 2007), et, celle-ci pourrait même représenter un médiateur du changement des MABI (Baer, Lykins, et al., 2012). De même, l'autocompassion a été reconnue comme un facteur influençant les stratégies de régulation émotionnelles adaptatives (Berking & Whitley, 2014; Paucsik et al., 2023) dont l'acceptation fait partie. Ainsi, cela va dans le sens de nos résultats qui suggèrent que la découverte du concept et des pratiques d'autocompassion a pu représenter un tournant dans la pratique d'acceptation, marquant une transition d'une approche encore

principalement intellectuelle vers une approche plus expérientielle. Il semblerait donc plus difficile (voire impossible ?) d'atteindre l'acceptation complète sans mobiliser l'autocompassion. Un même facteur peut être à la fois médiateur et modérateur, dans le sens où le médiateur peut expliquer comment l'acceptation a un effet sur l'anxiété et le bien-être, et où le modérateur module la force de cet effet. On peut donc penser que l'autocompassion puisse expliquer en partie l'efficacité de l'acceptation et d'autre part que son niveau élevé puisse la faciliter et la rendre encore plus efficace dans son action.

3.7.7. Les transformations liées à l'acceptation

Enfin, un troisième ensemble de résultats (Axe 3) porte sur les effets que les participants attribuent à l'acceptation de leur anxiété et plus largement de leurs émotions. Ces effets s'opèrent à deux niveaux : d'une part ils modifient directement l'expérience d'anxiété elle-même et, d'autre part, ils influencent la construction et la connaissance de soi. En effet, les expériences de transformations décrites par les participants impliquent un changement dans le rapport à l'expérience et un changement du rapport à soi, et correspondent ainsi à celles des théories des MABI.

3.7.7.1. Transformation de l'expérience

Tout d'abord, l'acceptation de l'expérience d'anxiété permet de réduire la perception d'envahissement, notamment en diminuant les pensées répétitives aversives, reconnues comme l'un des aspects les plus pénibles de cette expérience. Cela semble cohérent avec la littérature existante qui a démontré que les MABI pouvaient atténuer l'impact des pensées intrusives aversives (Ehring & Watkins, 2008) en favorisant la prise de distance face à celles-ci (Segal et al., 2002). Ainsi, la connexion au corps, par l'observation et l'ancrage dans les sensations corporelles, semble jouer un rôle clé en permettant de ne pas focaliser l'attention sur les pensées.

L’acceptation permet de transformer la relation à l’expérience d’anxiété, sans pour autant éliminer la tension qui lui est inhérente. C’est pour cela qu’elle devrait être évaluée comme une stratégie de régulation émotionnelle particulière, étant donné que son objectif n’est pas directement lié à la diminution de l’anxiété.

Pour autant, l’acceptation de l’émotion d’anxiété semble apporter un soulagement, par le fait notamment de ne pas avoir à lutter contre celle-ci, c’est-à-dire en prenant conscience qu’il n’est pas nécessaire de chercher à la contrôler, l’éviter, la modifier ou la rejeter. Par la sensation de calme apportée par la réduction de l’hyperactivation cognitive liée aux pensées, accepter semble aussi apporter une clarification de l’expérience présente et une vision plus large de celle-ci. Ainsi l’expérience ne se cantonne plus seulement à l’anxiété mais s’étend au reste de l’expérience actuelle, plus large que l’anxiété seule. Celle-ci est alors perçue comme une composante, parmi d’autres, d’une expérience globale.

Enfin, l’acceptation change le rapport à l’action liée à l’expérience d’anxiété. Sans l’acceptation, les réactions face à l’anxiété tendent à être automatiques et dictées par la lutte contre l’émotion. En revanche, s’engager dans un processus d’acceptation permet de différer la réaction immédiate et habituelle et de choisir une réponse plus adaptée, créative, en accord avec ce qui est important, et non guidée par l’anxiété. Ainsi, un espace de choix émerge entre l’expérience d’anxiété et la réponse comportementale, offrant la possibilité d’être investi d’une autre façon que celle habituelle. Cela permet d’élargir la palette de réponse de manière plus adaptative, favorisant ainsi une approche plus flexible. La réaction automatique laisse place à l’action intentionnelle et l’acceptation permet de reprendre du pouvoir d'agir.

3.7.7.2. Transformation de soi

L’acceptation par les processus qu’elle implique, conduit à une meilleure observation et donc connaissance de son propre fonctionnement. Cela permet d’identifier ses schémas, de mieux comprendre ses réactions et d’identifier ses propres ressources.

Par ailleurs, les participants ont également souligné la perception d'une plus grande confiance en eux, nourrie par une meilleure connaissance d'eux-mêmes et la constatation de leur capacite à accepter leurs émotions ainsi que la sensation de fierté qui en nait. On pourrait donc suggérer que l'acceptation permet de développer l'estime de soi. Ceci est cohérent avec des études qui ont démontré des corrélations significatives et un effet positif de la pleine conscience sur l'estime de soi (Pepping et al., 2013; Randal et al., 2015). De plus il a été souligné que l'acceptation de notre modèle permettait de changer de regard sur soi et d'adopter un regard plus bienveillant et compassionnel.

Une autre transformation de soi liée à l'acceptation concerne la relation aux autres. En effet, si l'acceptation favorise une meilleure compréhension de son propre fonctionnement et renforce l'autocompassion, elle semble contribuer également à une meilleure compréhension des autres et une plus forte compassion. Cela rejoint la suggestion que la pleine conscience permet d'améliorer les comportements prosociaux et la compassion (e.g., Lim et al., 2015). L'ouverture à l'anxiété et sa validation, combinées à la reconnaissance de l'humanité commune inhérente à l'autocompassion, permettent de s'identifier comme appartenant à cette même humanité et d'identifier l'anxiété comme une émotion partagée. Cette prise de conscience du caractère universel de la souffrance engendre une préoccupation plus empathique et un altruisme accru (Neff & Pommier, 2013). Cela suggère que l'acceptation pourrait permettre un développement de l'empathie, définie comme la capacité d'une personne à percevoir et comprendre les états internes d'autrui (De Waal & Preston, 2017), sans confusion toutefois avec sa propre expérience (De Vignemont & Singer, 2006; Decety & Lamm, 2006).

De plus, l'acceptation permet de laisser de la place pour ressentir les émotions positives et l'expérience au-delà de l'anxiété et de s'y ouvrir également. Cela est cohérent avec la *Mindfulness-to-Meaning Theory* (MMT) (Garland et al., 2015a) qui propose que la pleine conscience favorise une reconfiguration cognitive et émotionnelle permettant d'extraire du

sens positif des expériences vécues, notamment en contexte de stress. Ce processus repose sur trois étapes : (a) la décentration et l'acceptation des expériences internes, limitant les ruminations, (b) la flexibilité cognitive, facilitant une réinterprétation positive des événements (*positive reappraisal*), et (c) l'intégration dans un cadre de sens élargi, favorisant un bien-être durable. Ce modèle éclaire le rôle de la pleine conscience dans la résilience psychologique et son impact dans les interventions comme la MBCT et la MBSR.

Ces constats recoupent les conclusions d'autres travaux qui pointent l'acceptation comme un facteur protecteur face à la détresse émotionnelle et comme un levier de croissance personnelle.

3.7.8. Les ambiguïtés autour de la notion d'acceptation

3.7.8.1. L'acceptation, une stratégie de régulation émotionnelle particulière

L'acceptation est reconnue comme une stratégie de régulation émotionnelle (Wolgast et al., 2011), même si cette appartenance peut paraitre inhabituelle étant donné que l'objectif initial de l'acceptation n'est pas de moduler la nature ou l'intensité de l'émotion, telle que le prévoit la régulation émotionnelle (Gross, 1998), mais bien de rester avec, telle qu'elle apparait. L'acceptation est donc, en ce sens, une stratégie de régulation émotionnelle particulière puisque ce qui est visé théoriquement est de changer le rapport à l'émotion. Toutefois les participants ont pu décrire une diminution, disparition ou transformation de la perception de l'anxiété suite au processus d'acceptation. Néanmoins, si l'émotion peut encore être présente, elle l'est souvent sous une forme atténuée. Les participants ont décrit la sensation que quelque chose se calme en eux. Il est aussi fait état d'un soulagement dû au fait de cesser la lutte qui représente la partie la plus pénible de l'anxiété.

Pour Kabat-Zinn (1990, p. 39), l'acceptation est définie comme « *la volonté de voir les choses telles qu'elles sont* » et pour Segal (2002, p. 276) il s'agit de *« laisser de la place à ce*

qui se passe, plutôt que d'essayer de créer un autre état ». Ainsi, l'acceptation semble recouvrir les notions de choix délibéré (*willingness*), soit une dimension intentionnelle, et de permettre (*allowing*) aux expériences d'être telles qu'elles se présentent. En d'autres termes, il s'agirait d'une position intentionnelle de réceptivité envers l'expérience. Il ne s'agirait donc pas d'empêcher les jugements, mais de les observer pour ce qu'ils sont, à savoir des pensées, sans s'y accrocher (Chems-Maarif et al., 2025). Le non-jugement est d'ailleurs inclus dans l'acceptation (J. C. Williams & Lynn, 2010). Il s'agit plus globalement d'un acte de permission qui autorise à vivre pleinement les phénomènes (Chems-Maarif et al., 2025). Ceci est en accord avec notre modèle de l'acception qui inclut la non-réactivité et le non-jugement en tant que perspective décentrée, (4) Ne pas réagir, tout en laissant vivre l'émotion et (5) Rester avec, en l'occurrence celle d'anxiété. C'est en tant que tels que ces processus permettent de réguler l'anxiété.

Il a été souligné (Naragon-Gainey et al., 2017) que l'acceptation peut être envisagée soit comme une stratégie cognitive utilisée de manière sélective (Aldao et al., 2010; Webb et al., 2012) qui a besoin d'être activée, soit comme une capacité sous-jacente des individus qui n'a pas besoin d'être mise en œuvre (Berking et al., 2008; Gratz & Roemer, 2004). Ainsi, nous considérons l'acceptation comme une stratégie de régulation émotionnelle et notre modèle contribue à l'utilisation de cette acception car il montre qu'elle peut être mise en œuvre et opérationnalisée.

3.7.8.2. Changer la terminologie pour en saisir le sens : mobilisation volontaire pour accueillir (*willingness*) et laisser exister (*allowing*) ce qui est présent.

L'acceptation est un concept complexe qui peut être difficile à saisir. D'ailleurs, cela vient peut-être du terme même d'acceptation, dont de nombreux participants ont relevé l'usage problématique et ambiguë. En effet, le terme d'acceptation semble avoir une connotation

péjorative dans le langage commun de la langue française, s'apparentant en filigrane à la notion de résignation ou d'absence de réaction émotionnelle. Il semble aussi impliquer l'idée d'un renoncement ou d'un accord avec une situation ou un état. Or, la différenciation entre une acceptation active et une acceptation résignée se traduit par des résultats nettement opposés : la première est associée à des effets bénéfiques, tandis que la seconde engendre des conséquences inadaptées (Nakamura & Orth, 2005).

Le terme acceptation trouve son origine dans le latin *acceptatio*, dérivé de *acceptatum*, supin de *acceptare*, signifiant « recevoir, accueillir ». Il désigne l'idée de donner son accord, de consentir ou d'approuver, et véhicule des nuances de recevoir, consentir, voire tolérer une réalité donnée. Par ailleurs, plusieurs sources mettent en évidence une dimension de soumission ou de résignation, suggérant une posture où l'individu se trouve dans une position de subir ou de supporter une situation sans y adhérer pleinement (CNRTL, 2025a; Dictionnaire de l'Académie française, 2025a; Dictionnaire Larousse, 2025; Le Robert, 2025a).

Même pour un public expérimenté dans la pratique de l'acceptation, il semblerait qu'un effort doive être fourni pour se rappeler qu'il ne s'agit pas d'accepter une situation mais bel et bien son expérience interne (e.g., pensées, émotions, sensations). Et, même quand cela est dit et objectivement compris, ce n'est pas toujours bien intégré car on note des contradictions à ce sujet. Les fondateurs de l'ACT eux-mêmes ont conseillé de ne pas utiliser le terme d'acceptation (*acceptance*) auprès des patients, car il peut être interprété à tort comme une tolérance ou une résignation, et de préférer celui de « *willingness* » (Hayes, Strosahl, et al., 1999, p. 133). En effet, dans la thérapie ACT (Hayes, Strosahl, et al., 1999), le terme de « *willingness* » est souvent employé, impliquant un choix délibéré et une intention active. Il ne s'agit pas simplement de volonté, qui pourrait s'apparenter à vouloir ne pas ressentir une émotion désagréable, mais d'un acte de choix proactif (Hayes, Strosahl, et al., 1999, p. 238). Dans les MBI (Kabat-Zinn, 1990; Segal et al., 2002), il est souvent fait référence au terme de

« *allowing* », en tant que permission à laisser les sensations exister, sans lutter contre elles, sans chercher à exercer un contrôle. On peut donc noter que ces termes, actifs et dynamiques, décrivent plus précisément ce que recouvre l'acceptation que le terme d'acceptation lui-même. Il conviendrait donc de les traduire indépendamment en tant que « ouverture » et « laisser exister » ou bien trouver un terme qui regroupe les deux idées. Une revue anglophone récente est allée dans le même sens en proposant d'utiliser le terme de « permettre, autoriser » (*allowing*) plutôt que d'acceptation (*acceptance*), afin de recouvrir plus précisément son sens et d'écarter la connotation de résignation (Chems-Maarif et al., 2025). Cependant, nous pensons que le terme de permettre (*allowing*) ne recouvre qu'une partie de ce que signifie le processus d'acceptation et n'inclut pas l'idée de mobilisation active, de choix conscient, qui semble centrale pour s'engager dans le processus d'acceptation et s'y maintenir.

Ainsi, nous suggérons l'utilisation d'un autre terme que celui d'acceptation, tel que celui « **d'ouverture** » qui illustre plus distinctement ce à quoi ils se rapporte. En effet, l'expérience d'acceptation repose sur des processus qui vont aller explorer et conduire à s'ouvrir à une expérience interne, souvent désagréable. Il est donc davantage question d'ouverture que d'acceptation. Ainsi, toute confusion concernant l'objet ou les processus impliqués sera dissipée. Il couvre à la fois un aspect volontaire et le fait de laisser être. Le terme d'ouverture annonce une attitude de disponibilité, de réceptivité et de curiosité. L'ouverture trouve son origine dans le latin *apertura*, dérivé du verbe *aperire*, signifiant « ouvrir, rendre accessible ». Ce mot peut avoir un sens de « mettre en communication avec l'extérieur » (Le Robert, 2025c) ou désigner l'action de déplacer ou d'enlever ce qui maintenait fermé, permettant ainsi le passage ou l'accès à un espace clos (Dictionnaire de l'Académie française, 2025b; Le Robert, 2025c). Dans son acception figurée, le terme ouvrir renvoie à la capacité d'appréhender ou de saisir quelque chose, ou à un moyen de compréhension (Le Robert, 2025c) impliquant une disposition à accueillir de nouvelles perspectives, idées ou expériences. Elle se

définit ainsi comme un processus qui permet de rendre accessible ce qui était auparavant hors de portée (CNRTL, 2025c), que ce soit sur le plan cognitif, émotionnel ou social. Cette dimension est particulièrement pertinente en psychologie, où l'ouverture est souvent associée à une flexibilité mentale et émotionnelle favorisant l'adaptabilité et le changement. En ce sens, elle peut être conçue comme une posture dynamique permettant de frayer un passage à travers les obstacles, qu'ils soient d'ordre personnel, relationnel ou existentiel. Le terme d'ouverture implique donc à la fois la notion d'action d'ouvrir (*willingness*) et celle d'accueillir ce qui se présente (*allowing*).

Le choix du terme **d'accueillir** est également possible. Le terme accueillir trouve son origine dans le latin populaire *accolligere*, dérivé de *colligere*, signifiant « réunir, rassembler, ramasser », d'où son rapprochement avec l'idée de recueil (Dictionnaire de l'Académie française). Il peut désigner l'acte de recevoir quelqu'un ou quelque chose d'une certaine manière. L'accueil peut ainsi être favorable ou défavorable, sa nature étant précisée par un complément ou un adverbe (CNRTL, 2025b). Toutefois, l'usage courant tend à associer le verbe accueillir, lorsqu'il est employé seul, à une réception positive ou bienveillante (Littré cité par CNRTL, 2025b). Cette notion implique une manifestation extérieure des sentiments, qu'ils soient chaleureux (ex. : accueillir avec enthousiasme, à bras ouverts) ou distants (ex. : accueillir avec froideur, indifférence). Contrairement à l'idée de recueillir, qui suppose une action prolongée dans le temps, l'accueil est un acte initial et passager qui ouvre la possibilité d'une adoption ultérieure (CNRTL, 2025b). Il est lié aux notions d'hospitalité et de réceptivité (Le Robert, 2025b). Ainsi, accueillir va au-delà du simple fait de recevoir : il reflète une ouverture à autrui, qu'il s'agisse d'une personne, d'une idée ou d'une expérience. Ainsi, le terme d'accueil pourrait souligner l'idée de faire de la place avec bienveillance à ce qui est là et peut être interprété comme un choix conscient (*willingness*) et l'acte de laisser être (*allowing*)

En anglais nous suggérons l'utilisation du terme *d'openness*, semblant englober à la fois la disposition volontaire (*willingness*) et l'absence de contrôle sur l'expérience (*allowing*). Sinon, *embracing* pourrait également faire écho à une disposition volontaire pour accueillir et laisser place à l'expérience, toutefois le terme peut éventuellement induire une connotation d'adhésion, ce qui n'est pas le cas de *oppenness*.

3.7.8.3. Ambiguïté de l'objet de l'acceptation

L'objet de l'acceptation, c'est-à-dire ce qui est accepté, est souvent source de confusion chez les participants utilisant cette stratégie. En effet, même s'ils doivent faire un effort pour se rappeler que c'est l'expérience interne, et non pas la situation qui la génère qui est l'objet de l'acceptation, la distinction demeure souvent ambiguë, voire non comprise. Ainsi, l'objet d'acceptation est détourné de sa cible initiale. L'acceptation devient alors un outil pour reconnaitre et approuver ou tolérer une situation, y compris lorsqu'elle est perçue comme injuste ou intolérable. L'acceptation pourrait alors être interprétée comme un outil de légitimation de l'intolérable et donner l'impression d'encourager une certaine complaisance face à l'injustice et représenterait alors un outil de coercition individuelle, sociale ou sociétale.

Cette confusion peut provenir, en partie, de la notion d'acceptation radicale issue initialement de la thérapie comportementale et dialectique (TCD) de Marsha Linehan (1993a) et popularisée par la suite auprès du grand public par Tara Brach (2004). L'acceptation radicale (Linehan, 1993a) consiste à accepter pleinement la réalité, qu'il s'agisse d'événements internes ou externes, partant du principe que le changement devient possible à partir du moment où une réalité a été pleinement acceptée. L'acceptation radicale diffère de la résignation ou de l'approbation car elle revient simplement à reconnaître ce qui est. Cette compétence thérapeutique est développée dans des situations de détresse émotionnelle, dans le traitement du trouble de la personnalité borderline, où le refus de la réalité aggrave la souffrance psychologique. Quant à son pendant populaire, l'acceptation radicale de Brach (2004), il

s'inscrit dans une approche de développement personnel et spirituel dont le but est d'atteindre une « *libération intérieure* » et un « *éveil spirituel* », plutôt que de s'ancrer dans un cadre scientifique ou thérapeutique. Ainsi, ceci diffère de notre approche de l'acceptation en tant que stratégie de régulation émotionnelle.

Par ailleurs, l'acceptation d'une situation semble plutôt s'apparenter, a minima, à une réévaluation cognitive sinon à un travail de deuil (Kübler-Ross, 1973) que d'acceptation, au sens de stratégie de régulation émotionnelle pour s'ouvrir aux expériences internes d'anxiété telle que nous l'entendons, c'est-à-dire incluant les cinq processus que nous avons décrits dans notre étude. En effet l'objet du travail de deuil est de s'adapter à une perte, or une expérience interne ne s'apparente pas à une perte car il s'agit d'un ensemble de phénomènes subjectifs qui relèvent d'une adaptation (normale ou pathologique) à l'environnement.

De surcroit, l'acceptation d'une situation peut s'avérer problématique à plusieurs niveaux. Déjà comme nous l'avons vu, la terminologie d'acceptation n'est souvent pas claire pour la plupart des personnes, mêmes celles ayant un bagage théorique et pratique plus solide, et il existe un risque de s'apparenter finalement, a minima, à une réévaluation/rationalisation, sinon à de la résignation. Si l'objet de l'acceptation devient la situation, et que celle-ci est finalement « acceptée », au sens d'intégrée ou tolérée, alors les émotions et les tensions liées peuvent disparaitre. L'expérience interne ne peut donc plus être accueillie et régulée par l'acceptation. Ainsi, quand elle est détournée de son objet initial, qui est l'ensemble des expériences internes, l'acceptation peut aussi devenir un support d'évitement.

3.7.8.4. Détournement de l'acceptation comme un évitement

L'acceptation peut devenir un support d'évitement expérientiel si elle est mal comprise, notamment lorsqu'elle est détournée de son objet ou de ses processus. Cela arrive plus généralement chez les personnes débutantes qui ont moins d'expérience de la pratique ou qui

ont pu faire un contresens que ce soit sur l'objet de l'acceptation, comme nous l'avons abordé précédemment, ou sur sa mise en œuvre lorsqu'elle est utilisée pour se distraire, réévaluer ou comme un outil de réassurance. Ainsi, l'acceptation peut devenir une forme d'évitement parce qu'il y a un détournement de l'objet de l'acceptation en cherchant à « accepter » une situation externe et non à s'ouvrir à une expérience interne (pensées, émotions, sensations, etc.). Si la situation est finalement acceptée, dans le sens de tolérée, la tension autour d'elle se délite et les émotions liées disparaissent. Ainsi, il n'est plus possible de s'ouvrir à ces expériences qui n'existent plus. Si une situation similaire survient à nouveau, alors il n'y a pas eu de première expérience d'acceptation et donc pas d'ouverture aux émotions liées, la même détresse pourra réapparaître et un schéma d'évitement se consolider.

L'acceptation peut aussi devenir une forme d'évitement parce qu'il y a une distraction. En effet, la pleine conscience apprend à focaliser son attention sur un objet choisi, qu'il soit interne ou externe. Cependant, si la focalisation attentionnelle est faite sur l'extérieur (i.e., autre que l'anxiété et ses manifestations ; e.g., le vent sur la peau, les bruits de la rue), alors il n'est plus possible de s'ouvrir à l'expérience d'anxiété qui est par définition interne, s'il n'y a pas un retour sur celle-ci ensuite. S'il s'agit bien de pleine conscience, il ne s'agit pas pour autant d'acceptation de l'anxiété puisque l'attention détournée sur l'extérieur ne va pas permettre d'explorer l'expérience interne d'anxiété. Dans ce cas de figure, il s'agit davantage d'une distraction attentionnelle, qui aura pour conséquence probable de faire diminuer l'anxiété mais n'aura pas permis pour autant de s'y ouvrir, si l'attention ne revient pas ensuite sur l'expérience interne.

Enfin, l'acceptation peut devenir une forme d'évitement parce qu'il y a une minimisation ou une réassurance interne systématique (e.g., ce n'est pas grave, il n'y a pas de danger/risque). En effet, si l'expérience interne, incluant les pensées, émotions, sensations, ne représente pas de danger ou de risque réel en soit, la situation externe sous-jacente peut en

comporter. Il ne s'agit donc pas de prendre de la distance avec la réalité, minimiser le risque ou chercher à se rassurer systématiquement sur un danger, mais de s'ouvrir à l'expérience interne liée à l'incertitude d'une situation. Car les tentatives de rationalisation ou de réassurance cherchent souvent à faire disparaitre l'incertitude qui, elle-même, fait naitre l'anxiété. Donc, par la recherche de réassurance, c'est souvent une diminution de l'incertitude qui est visée et donc une diminution de l'anxiété, voire un évitement, et non une ouverture. Là encore, cet évitement de l'incertitude par la tentative de minimisation de celle-ci, ne permettra pas de traiter efficacement l'anxiété liée, qui renaitra de la même manière à chaque nouvelle incertitude.

3.7.9. Limites de l'étude

La présente étude comportait plusieurs limites. Tout d'abord au niveau méthodologique, certaines descriptions pourraient être influencées par l'apprentissage théorique des participants et non uniquement par leur expérience directe de l'acceptation. En effet, nous avons sélectionné des individus qui ont reçu une formation à l'acceptation, car ils ont suivi une intervention basée sur les approches MABI, ce qui était un critère de sélection. Il est donc possible que leur discours reflète en partie ces apprentissages plutôt que leur seule expérience personnelle du processus. Cependant, nous avons cherché à limiter ce biais, en encourageant une description phénoménologique ancrée dans l'expérience vécue des participants. Pour cela, nous avons invité ces derniers à décrire concrètement la manière dont ils mettent en œuvre l'acceptation de l'anxiété dans leur quotidien. Nous avons également utilisé des relances spécifiques afin d'affiner leurs descriptions et de favoriser un discours détaillé et incarné, en leur demandant des exemples précis. Dans la mesure du possible au cours de l'analyse des données, nous avons veillé à écarter les discours qui nous semblaient trop théoriques ou déconnectés d'une expérience directement vécue.

Concernant la taille de l'échantillon et la saturation théorique atteinte, bien que le nombre de 26 entretiens puisse sembler limité, il est en adéquation avec les principes de l'approche qualitative de la Grounded Theory, où l'objectif est d'atteindre la saturation théorique plutôt qu'un échantillon quantitatif représentatif. Toutefois, et bien que la saturation théorique ait été atteinte, certaines nuances pourraient être absentes si l'échantillon n'inclut pas des vécus plus singuliers ou extrêmes. Enfin, les résultats doivent être interprétés en tenant compte du contexte spécifique des participants et ne peuvent être généralisés à d'autres populations sans validation complémentaire.

Par ailleurs, une autre limite réside dans le risque de surestimation du rôle de l'acceptation. Comme l'étude est centrée sur l'expérience d'acceptation de l'anxiété, elle peut amener les participants à accorder une place plus centrale à ce processus qu'ils ne le feraient spontanément. Cependant, nous avons cherché à comprendre le phénomène en détail, ce qui n'exclut pas l'utilisation d'autres stratégies de régulation des émotions chez les participants.

Une autre limite inhérente au codage et à l'analyse tient à la réduction de la complexité des vécus : L'identification de catégories et de processus risque de simplifier la diversité et la nuance des expériences individuelles. Cependant, nous avons favorisé une codification ouverte et inductive en s'assurant que l'identification des catégories émerge des données, en utilisant un code in-vivo dans la mesure du possible, en comparant et en s'interrogeant sur les différences interindividuelles. Toutefois, la structuration des résultats vise à rendre compte d'une dynamique générale mais ne prétend pas épuiser la singularité de chaque expérience. D'autres études pourraient approfondir les dimensions et processus relevés.

De plus, on ne peut écarter des biais comme ceux de désirabilité sociale, de sélection et de positivité et de mémoire. En effet, il peut exister un biais de désirabilité sociale puisque les participants peuvent valoriser l'acceptation comme une stratégie positive, influençant ainsi leur discours. Cependant nous avons incité les participants à faire part de leurs difficultés dans le

choix et la mise en œuvre de l'acceptation afin de soutenir la divulgation des limites perçues de cette stratégie et des nuances dans leur discours. Un autre biais pourrait être celui de sélection et de positivité tant il est possible que les participants qui ont souhaité prendre part à l'étude étaient initialement plus positifs envers l'acceptation et ses effets que ceux qui n'ont pas répondu à l'appel à participation. Cependant, des participants ont pu relever des difficultés ou des doutes quant à l'utilisation de l'acceptation et nous avons cherché à varier les parcours et les expériences des participants en incluant à la fois des personnes débutantes et des personnes plus expérimentées, des personnes l'utilisant exclusivement personnellement et d'autres aussi en tant qu'instructeur ou thérapeute. Par ailleurs, le cœur de notre étude se situait sur la mise en œuvre de l'acceptation et les processus impliqués et non pas précisément sur l'impact sur la santé mentale ou le bien-être. Enfin un biais de mémoire peut exister et les descriptions d'expériences passées peuvent être reconstruites a posteriori, de manière plus cohérente et positive qu'elles ne l'étaient en réalité.

Il convient également de souligner une autre limite liée à l'influence du cadre conceptuel. En effet, l'analyse est ancrée dans les théories de la régulation émotionnelle et des approches basées sur l'acceptation, ce qui oriente nécessairement la manière dont les données sont codées et interprétées. De même, l'influence du chercheur peut avoir un impact dans une démarche de *Grounded Theory* puisque l'interprétation des données est inévitablement influencée par l'expérience et les hypothèses du chercheur, malgré les efforts de réflexivité.

Enfin, l'étude met en lumière le vécu subjectif de l'acceptation de l'anxiété, mais ne permet pas d'établir de lien direct entre ce processus et des effets concrets sur la santé mentale sans complément quantitatif. Les transformations relevées sont des perceptions subjectives de l'impact de l'acceptation sur leur expérience. Néanmoins les données existantes semblent confirmer nos données et conclusions.

3.7.10. Perspectives et recherches futures

Cette recherche contribue à la littérature visant à comprendre l'expérience vécue par les personnes pratiquant l'acceptation, telle qu'elle est enseignée par les MABI, au sein desquelles elle représente le processus clé de changement de ces interventions. Les résultats de notre étude suggèrent plusieurs pistes de recherche prometteuses qui méritent d'être explorées pour approfondir la compréhension de l'acceptation de l'anxiété et enrichir sa conceptualisation.

D'abord, le modèle processuel que nous avons élaboré pourrait bénéficier d'une validation empirique à plus grande échelle, notamment à travers des études quantitatives longitudinales. Ces recherches permettraient d'examiner la séquentialité des sous-processus identifiés et de tester la stabilité du modèle à travers différentes populations et contextes cliniques. En particulier, l'étude des trajectoires temporelles de l'acceptation, depuis ses prémices jusqu'à son intégration durable, constituerait une avancée significative. De même il serait intéressant de vérifier sur tous les processus identifiés empiriquement dans l'expérience d'acceptation sont indispensables. Le développement et la validation d'instruments de mesure capables de distinguer les différentes dimensions de l'acceptation s'avèrent également nécessaires pour affiner l'évaluation de ce processus. De plus, compte tenu de la diversité des expériences d'anxiété (e.g., anxiété sociale, troubles paniques, anxiété généralisée, TSPT, TOC), des recherches comparatives explorant les spécificités de l'acceptation selon la nature de l'anxiété et/ou le profil clinique permettrait d'affiner notre compréhension des mécanismes sous-jacents et d'adapter les interventions en conséquence. Par ailleurs, il conviendrait d'explorer les processus impliqués dans l'acceptation d'autres émotions (e.g., colère, tristesse, etc.)

L'importance de l'autocompassion comme facilitateur de l'acceptation constitue un autre axe de recherche prometteur, notamment pour évaluer l'importance de son rôle comme

médiateur et modérateur de l'acceptation. Des études d'intervention ciblant spécifiquement le développement de l'autocompassion en amont des pratiques d'acceptation permettraient d'évaluer si cette séquence améliore l'efficacité des approches thérapeutiques basées sur l'acceptation. L'exploration des mécanismes neurobiologiques communs à l'autocompassion et à l'acceptation représenterait également une contribution significative à ce domaine.

Ces diverses pistes de recherche contribueraient non seulement à l'avancement des connaissances théoriques sur l'acceptation de l'anxiété, à l'évaluation de leur applicabilité mais également au développement d'interventions cliniques plus précises et personnalisées pour maximiser leur impact.

3.7.11. Implications pratiques et applications cliniques et thérapeutiques

Les résultats de cette étude présentent un intérêt direct pour la pratique clinique et thérapeutique, en fournissant des pistes concrètes pour la conception d'interventions adaptées, l'amélioration de l'apprentissage de l'acceptation dans les interventions basées sur l'acceptation et la pleine conscience existantes.

L'expérience d'acceptation étant composée de plusieurs sous-processus, il serait pertinent d'explorer quel(s) sous-processus pose(nt) des difficultés pour chaque patient afin de cibler et développer la ou les compétences liées. Une telle approche individualisée permettait d'adapter finement les interventions en tenant compte des obstacles spécifiques rencontrés dans l'engagement et la pratique de l'acceptation et ainsi d'optimiser l'efficacité des dispositifs thérapeutiques ou de prévention.

Pour faciliter et favoriser une décentration permettant un accès à l'acceptation, les instructeurs de pleine conscience et d'acceptation ainsi que les thérapeutes pourraient recommander d'instaurer des pratiques formelles régulières et une routine de pratiques informelles à un ou plusieurs moments de la journée, pendant une activité récurrente particulière (e.g., brossage de dents, etc.) ou à l'aide d'une alarme de rappel. Une telle régularité

dans la pratique pourrait contribuer à renforcer l'ancrage attentionnel, à développer une posture d'observation et à faciliter et consolider la pratique acceptation dans la vie quotidienne.

Au regard de son importance, il conviendrait d'envisager le développement de l'autocompassion en amont ou en parallèle du processus d'acceptation. En effet, l'autocompassion semble jouer un rôle facilitateur essentiel propice à l'ouverture à l'expérience. Ainsi, les interventions basées sur l'acceptation pourraient bénéficier de l'intégration explicite d'un module spécifiquement dédié à l'autocompassion, permettant d'en renforcer les effets et de faciliter son intégration.

Ensuite, et compte tenu de son ambiguïté et de son sens courant, il serait opportun de ne pas utiliser le terme « d'acceptation » comme dénomination de la stratégie de régulation émotionnelle, dans les interventions MABI ou avec les patients, mais préférer celui « d'ouverture » en priorité ou ceux « d'accueil » ou « de laisser exister ».

Enfin, pour éviter les confusions et détournements, il semble important de préciser (et répéter) tout au long des MABI que l'objet de l'acceptation n'est pas la situation ou la réalité externe mais bien l'expérience interne (pensées, émotions, sensations).

3.8. Conclusion

Notre recherche a permis d'élaborer un modèle théorique approfondi du processus d'acceptation de l'anxiété, révélant sa nature complexe et dynamique composée de sous-processus interdépendants. Cette conceptualisation offre une opérationnalisation concrète de l'acceptation dans le contexte spécifique de l'anxiété, détaillant précisément les conditions nécessaires à son émergence ainsi que les facteurs contextuels et individuels qui modulent son déploiement.

Nous avons également identifié les obstacles à sa mise en œuvre, notamment la capacité à pouvoir se mobiliser, souvent en lien avec l'intensité ressentie de l'anxiété. Nos résultats

soulignent également la fonction déterminante de l'autocompassion dans la réalisation de ce processus. Par ailleurs, nous avons relevé les bénéfices associés à la pratique de l'acceptation, affectant non seulement l'expérience subjective d'anxiété elle-même, mais transformant aussi le rapport à soi. Cela met en évidence le potentiel de l'acceptation en matière de régulation émotionnelle et de bien-être psychologique.

Enfin, notre étude met en exergue les ambiguïtés entourant le concept même d'acceptation, révélant des incohérences et des malentendus quant à sa signification et à ses modalités d'application. Ces résultats soulignent la nécessité d'une clarification conceptuelle et d'une meilleure diffusion des pratiques associées afin d'optimiser leur intégration dans les interventions cliniques et la recherche en psychologie.

Ces résultats enrichissent la compréhension théorique de l'acceptation de l'anxiété et de ses mécanismes sous-jacents, tout en offrant des implications tant pour la recherche que pour la pratique clinique. Notre modèle processuel ouvre de nouvelles perspectives d'investigation empirique, notamment dans l'étude des interactions dynamiques entre les sous-processus identifiés. Il fournit un cadre conceptuel novateur qui permet de cibler des sous-processus précis, de guider les interventions thérapeutiques portant sur l'anxiété, d'anticiper les obstacles potentiels et d'adapter les approches aux spécificités individuelles des patients. Les clarifications apportées concernant les ambiguïtés autour du concept d'acceptation constituent également une base solide pour améliorer la psychoéducation et la communication thérapeutique dans le traitement des troubles anxieux.

PARTIE 3 – DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce travail de thèse s'est fondé sur plusieurs constats. Malgré l'essor des approches thérapeutiques fondées sur l'acceptation et les nombreux travaux ayant démontré leur efficacité, des difficultés persistent quant à la conceptualisation et à l'opérationnalisation du processus d'acceptation. De plus, la description précise des mécanismes par lesquels l'acceptation régule les émotions reste encore peu étudiée et les connaissances concernant les facteurs influençant la capacité à accepter demeurent limités.

L'objectif général de cette thèse était d'explorer et de comprendre comment l'acceptation est mise en œuvre, en la modélisant et en identifiant ses composants ainsi que les facteurs qui la facilitent ou bien la limitent.

Nos résultats mettent en évidence différents apports relatifs à l'acceptation, de sa place dans la santé mentale à sa conceptualisation et sa mise en œuvre.

Le premier chapitre clarifie le concept d'acceptation, qui n'est pas un non-évitement ou l'exact opposé de l'évitement mais un processus à part, une compétence positive et active. Cela conduit à interpréter avec prudence les études sur l'acceptation utilisant une mesure évaluant l'évitement. Et nos résultats ont pu souligner que l'acceptation est considérée comme un moyen de contribuer et maintenir une santé mentale optimale.

Le deuxième chapitre a mis en exergue le rôle de l'attachement dans l'acceptation, soulignant que l'insécurité pouvait entraver ce dernier.

Enfin, le troisième chapitre relatif à notre étude qualitative basée sur la théorisation ancrée, a permis de dégager un modèle dynamique, intégratif et global de l'acceptation de l'anxiété. En effet, nos données ont conduit à décrire l'ensemble du phénomène, depuis l'activation initiale de la stratégie d'acceptation jusqu'aux effets de celle-ci, en passant par la modélisation des processus de sa mise en œuvre concrète. Ce modèle dynamique et synergique des sous-processus compris dans un processus d'acceptation.

3.1. Résultats obtenus : synthèse des données empiriques

3.1.1. Clarification du concept et de l'opérationnalisation de l'acceptation

3.1.1.1. Clarification du concept d'acceptation

L'acceptation a été conceptualisée comme l'antithèse de l'évitement expérientiel (Hayes et al., 2011; Hayes, Strosahl, et al., 1999), ces deux construits ont même été évalués au moyen d'un même outil, le questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ puis l'AAQ-II), conçu pour mesurer à la fois l'acceptation et l'évitement expérientiel comme deux pôles d'un même continuum. Cette perspective a conduit une large partie des travaux empiriques à utiliser indistinctement cette échelle pour évaluer l'un ou l'autre concept.

Or, notre revue initiale a mis en évidence plusieurs limites importantes liées à cette approche. D'une part, des travaux antérieurs ont montré que l'AAQ-II ne présente pas de qualités psychométriques satisfaisantes pour distinguer clairement l'acceptation de l'évitement et qu'elle mesurerait même, en réalité, un autre construit tel que le neuroticisme ou l'affectivité négative (Gámez et al., 2011). D'autre part, même dans l'hypothèse où l'AAQ-II mesurerait effectivement l'évitement, rien ne garantit qu'un score élevé d'évitement corresponde symétriquement à une faible acceptation. Assimiler l'acceptation à une simple absence d'évitement revient à postuler qu'il s'agirait de deux extrêmes d'un même axe, ce que nos résultats viennent nuancer.

En effet, les données issues de notre première étude (étude 1) vont à l'encontre de cette vision dichotomique. Nos résultats ont montré que l'évitement expérientiel était faiblement corrélé à la santé mentale et ne constituait pas un prédicteur robuste du bien-être psychologique. À l'inverse, l'acceptation présentait une forte association avec la santé mentale en étant négativement corrélée aux symptômes de dépression et d'anxiété, et positivement liée au bien-être. De plus, les analyses de régression ont confirmé la puissance explicative de l'acceptation

en tant que facteur prédictif de la santé mentale. Notons également que l'acceptation s'est révélée plus faiblement corrélée à l'évitement expérientiel qu'à d'autres variables telles que la tolérance à la détresse ou la régulation émotionnelle.

Ces résultats sont difficilement compatibles avec l'idée que l'acceptation et l'évitement expérientiel formeraient un seul continuum. En effet, si ces deux construits étaient effectivement des opposés directs, une corrélation négative forte et systématique serait attendue, ce qui n'a pas été observé. D'autres travaux viennent corroborer ces constats. Une méta-analyse conduite par Naragon-Gainey et ses collaborateurs (2017) a également mis en évidence une corrélation modérée entre l'acceptation et l'évitement expérientiel, remettant en question l'hypothèse d'une opposition stricte entre ces deux dimensions. En effet, une corrélation particulièrement forte devrait être observée si une opposition symétrique était réelle. Face à ces constats, Lindsay, Chin et al. (2018) suggèrent d'envisager l'acceptation comme un point d'équilibre entre deux réponses dysfonctionnelles aux expériences internes : d'un côté, la suppression ou l'évitement des expériences et, de l'autre, la fusion cognitive ou l'identification excessive à ces mêmes expériences. Dans cette perspective, l'acceptation ne serait pas l'exact inverse de l'évitement, mais plutôt une modalité équilibrée de rapport à l'expérience, distincte tant de l'évitement que de l'identification fusionnelle. Ainsi, repenser la relation entre acceptation et évitement non pas comme une opposition binaire, mais comme une dynamique plus complexe, nous semble particulièrement pertinent. Plusieurs points conduisent les deux concepts à se différencier quant à leur nature.

Tout d'abord, l'évitement et l'acceptation pourraient diverger sur le plan motivationnel (Tamir, 2015). En effet, l'évitement est généralement orienté vers la réduction immédiate de l'inconfort, s'inscrivant dans une logique de régulation émotionnelle motivée par la suppression, le contrôle ou la fuite de l'expérience intérieure. Cette orientation aversive sous-tend une motivation d'évitement, centrée sur la diminution des affects négatifs perçus comme

menaçants ou insupportables. En revanche, l'acceptation ne vise pas la réduction de l'aversion, mais consiste en une ouverture intentionnelle à l'expérience, motivée par le changement de perspective sur les émotions désagréables et des objectifs à plus long terme comme la poursuite de valeurs. Cela implique la volonté de faire l'expérience (*willingness*) quelle que soit sa valence.

Ainsi accepter n'est pas une simple tolérance ou une résignation passive mais un choix actif et conscient. Cette idée rejoint nos travaux (étude 3) qui soulignent l'importance du choix d'entrer dans le processus d'acceptation, représentant un véritable engagement qui ne va pas de soi et qui requiert une disponibilité mentale et cognitive. En ce sens, il s'agit donc d'un véritable choix d'approche vers une expérience, même aversive.

Une autre distinction essentielle repose sur la nature automatique versus délibérée de ces processus. L'évitement expérientiel, en particulier dans ses formes cognitives (e.g., rumination abstraite, distraction, suppression), est souvent automatique, implicite et mobilisé sans prise de conscience claire de l'individu. Il fonctionne comme un réflexe défensif orienté vers la diminution immédiate de l'impact émotionnel d'un stimulus perçu comme aversif alors qu'il est, en réalité, plus couteux physiologiquement et augmente la réactivité aux stimuli qui provoquent des émotions aversives (e.g., Campbell-Sills et al., 2006). Dans une autre dynamique, l'acceptation permet d'éviter les réactions exacerbées aux expériences mentales négatives, empêchant ainsi leur amplification et aide donc à ressentir moins d'émotions négatives en réponse aux stresseurs (Ford et al., 2018). Pourtant, l'acceptation mobilise une attitude consciente et volontaire qui implique une mobilisation attentionnelle. Cependant, l'implication au niveau cognitif n'est pas claire. Certains ont pu avancer une plus forte mobilisation cognitive, même si cela est moindre par rapport à d'autres stratégies de RE adaptatives plus couteuses comme la réévaluation cognitive (Goldin et al., 2019), alors que d'autres mettent en avant une réduction de cette même mobilisation (Cary et al., 2020). Elle

suppose un effort d'observation et de maintien de l'attention sur l'expérience intérieure sans tentative de la modifier, ce qui va à l'encontre des tendances naturelles de contrôle ou d'évitement. L'acceptation s'apparente à un choix intentionnel de s'ouvrir à l'expérience et cette ouverture s'appuie sur plusieurs sous-processus tels que nous les avons identifiés dans notre étude 3 (i.e., observer en passant par le corps, prendre conscience identifier et reconnaitre, valider et normaliser, ne pas réagir et rester avec) sur lesquels nous reviendrons plus en détail dans la suite de cette discussion. Cependant, on peut déjà souligner que la mise en œuvre de ces différents processus implique une démarche active, éloignée d'une réponse automatique telle que celle de l'évitement qui se met en place pour tenter de réduire les émotions et pensées désagréables.

Enfin, des auteurs ont suggéré que l'évitement constituait un processus multidimensionnel tandis que l'acceptation serait, quant à elle, un construit plus homogène à une seule dimension. Or, comme nous l'avons souligné dans nos travaux (étude 1), l'acceptation pourrait être envisagée comme un construit multidimensionnel. L'évitement expérientiel a été décrit comme comprenant six dimensions : l'aversion à la détresse, l'évitement comportemental, la distraction/suppression, la répression/déni, la procrastination et l'endurance à la détresse (Gámez et al., 2011). Cependant, dans les approches basées sur l'acceptation telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) l'acceptation a été conceptualisée de manière unidimensionnelle, intégrée au sein d'un ensemble de six processus constituant l'hexaflexe. Toutefois, notre revue initiale a relevé que l'acceptation pouvait également être mesurée par la sous échelle de non-jugement seule ou en association avec celle de non-réactivité de la *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ ; Baer et al., 2006). L'association de ces deux dimensions en fait déjà une évaluation bidimensionnelle, et reflète davantage l'intention initiale des auteurs dans leur conception de l'acceptation. Comme nous l'avons également déjà souligné dans notre étude 1 et dans notre revue initiale, la sous-échelle

d'acceptation du Freiburg Mindfulness Inventory (FMI, Walach et al., 2006) semble aborder plusieurs dimensions au sein de ses 9 items, telles que la non-réactivité et le non-jugement mais aussi à l'autocompassion (e.g., (9) « *je prends soin de moi-même lorsque les choses vont mal.* ») et à l'équanimité (e.g., (12) « *je vis des moments de calme et de paix intérieurs, même lorsque les choses sont mouvementées et stressantes* »). Quant à la sous-échelle d'acceptation de l'inventaire multidimensionnel de flexibilité psychologique (MPFI, Rolffs et al., 2018), bien qu'elle soit présentée comme unidimensionnelle, pourrait en réalité faire référence à diverses dimensions de l'acceptation telles que l'ouverture (e.g., (5) « *j'ai été ouvert à toutes mes émotions, agréables et désagréables.* »), l'absence de lutte (e.g., (2) « *j'ai essayé de faire la paix avec mes pensées et émotions désagréables plutôt que de leur résister.* ») et l'absence d'évitement (e.g., (4) « *lorsque j'ai eu une pensée ou une émotion contrariante, j'ai essayé de l'accueillir plutôt que de l'ignorer.* »). Ainsi, plusieurs dimensions pourraient bien être à l'œuvre dans la conceptualisation de l'acceptation. C'est ce que nous avons souligné dans nos travaux (étude 3), où nous avons identifié plusieurs sous-processus au sein de l'expérience d'acceptation : l'observation intéroceptive, la régulation de l'attention, l'identification émotionnelle, la validation, l'autocompassion, la décentration et l'exposition-tolérance. Cela va dans le sens d'une conceptualisation multidimensionnelle de l'acceptation en tant que processus impliquant d'autres processus sous-jacents. Et c'est cette conception que nous avons explorée et que nous allons décrire dans la prochaine section.

3.1.1.2. Clarification de l'opérationnalisation de l'acceptation. Quels sont les processus qui la composent ?

La littérature a régulièrement souligné le flou conceptuel et opérationnel de l'acceptation (Wojnarowska et al., 2020b). Si celle-ci a parfois été décrite comme un processus unidimensionnel, notamment à travers son évaluation par des échelles comme l'AAQ (Hayes, Strosahl, et al., 2004), cette vision mérite aujourd'hui d'être questionnée à la lumière de

données empiriques récentes comme nous l'avons souligné précédemment. En effet, plusieurs indices convergent vers une conception plus complexe, dynamique et multidimensionnelle de l'acceptation.

Par ailleurs, dans les approches basées sur l'acceptation, celle-ci peut être enseignée de manière expérientielle à travers des métaphores et des exercices dans l'ACT ou des méditations guidées dans les MBI. En effet, la référence à un apprentissage expérientiel dans lequel la compréhension ne pourrait advenir que par l'expérience directe est récurrente. Cette modalité d'apprentissage semble même constitutive de la nature même de l'acceptation, qui échappe à une transmission purement verbale ou conceptuelle. En ce sens, l'acceptation ne peut véritablement être apprise qu'en étant vécue, dans un rapport direct, subjectif et non discursif à l'expérience. L'acceptation a ainsi été décrite comme un processus à la nature insaisissable (Haas, 1994) qui ne peut s'expliquer par des mots, tant il n'implique pas de processus verbaux, et reposant davantage sur l'expérience vécue que sur une explication. Dans ce contexte, elle peut s'apparenter à une expérience réservée à des initiés ou apparaître comme un acte de foi consistant à y croire pour le voir. Or, cette explication ne répond pas aux exigences d'une approche scientifique rigoureuse dans laquelle il s'agit d'être concret et exhaustif, ni à la nécessité de précision et d'explicitation dans la mise en œuvre d'interventions psychologiques. Par ailleurs, ce flou a conduit à une variabilité importante dans l'opérationnalisation de l'acceptation dans les études (Wojnarowska et al., 2020b), ce qui réduit leur validité et la crédibilité scientifique de ce concept. C'est précisément dans une visée de clarification théorique, d'utilité clinique et d'apport didactique lors d'interventions basées sur l'acceptation, que nous avons cherché à identifier les étapes d'une expérience d'acceptation, ainsi que les processus sous-jacents à l'œuvre dans une expérience d'acceptation de l'anxiété. Nos données qualitatives nous ont permis d'identifier cinq étapes qui sont : observer, identifier, valider, ne pas réagir et rester avec. Ces étapes mobilisent au moins sept sous-processus distinct incluant

l'observation intéroceptive, la régulation de l'attention, l'identification émotionnelle, la validation, l'autocompassion, la décentration, l'exposition-tolérance. Ces résultats nous ont conduit à proposer un modèle complexe et dynamique de l'acceptation, définie comme un processus multidimensionnel mobilisant des ressources attentionnelles, cognitives et émotionnelles en interaction (voir Figure 14). En cela, notre modèle se rapproche d'autres modèles élaborés pour expliquer la pleine conscience (e.g., Baer et al., 2006; Hayes et al., 2011; Hölzel et al., 2011).

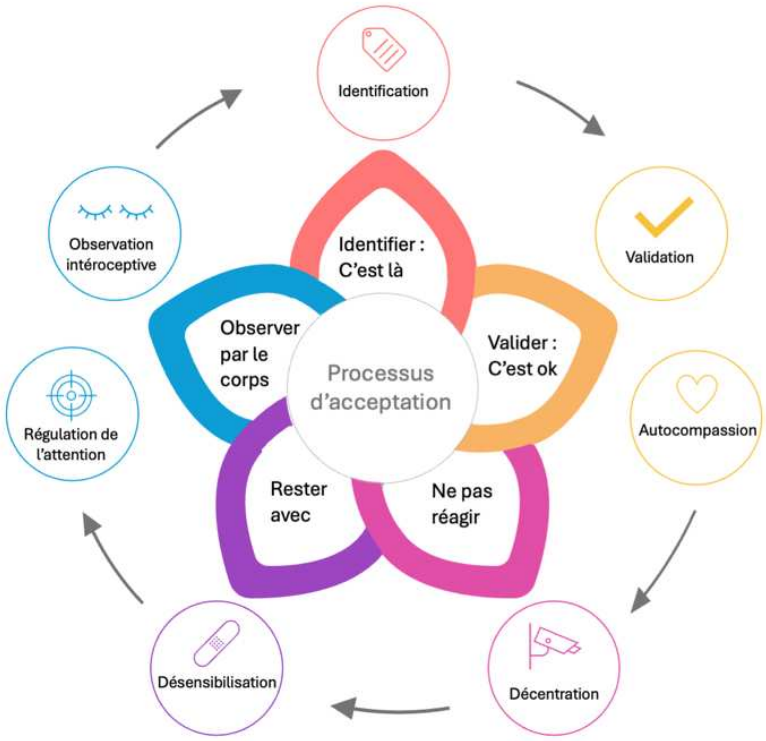


***Figure 14**. Modélisation des étapes de l'acceptation de l'anxiété et correspondance avec les sous-processus.*

Le fait que l'acceptation joue un rôle médiateur dans le lien entre la régulation de l'attention ou la décentration et la santé mentale (étude 1) semble aller dans le sens de notre modélisation de l'acceptation. Pris isolément, ces deux mécanismes de régulation de l'attention

ou de décentration, ne suffisent pas à prédire la santé mentale. Ce n'est que lorsqu'ils sont intégrés dans une dynamique globale d'acceptation qu'ils prennent tout leur sens fonctionnel, en tant que sous-processus à la capacité d'accueillir les expériences internes liées à l'anxiété. Ces résultats font écho à plusieurs travaux antérieurs (K. W. Brown et al., 2015; Kohls et al., 2009; Lindsay & Creswell, 2017) qui ont montré que la régulation de l'attention seule, sans acceptation, ne suffit pas à expliquer les effets des interventions basées sur la pleine conscience et peut même produire des effets délétères, notamment en exacerbant l'anxiété. De même, l'acceptation et la décentration ont pu être identifiés comme des processus complémentaires (Lindsay 2015), ce qui converge avec nos résultats (étude 1). En effet, la décentration seule ne permettait de prédire la santé mentale qu'à un niveau faible, alors que l'ajout de l'acceptation dans les modèles explicatifs renforçait significativement cette prédiction. Cela conforte la construction de notre modèle explicatif de l'acceptation, constitué de plusieurs sous-processus dont la régulation de l'attention et la décentration, qui agissent en interaction. Autrement dit, ce ne sont pas les sous-processus pris un à un qui peuvent expliquer la santé mentale, mais l'ensemble des mécanismes qui constituent le processus d'acceptation dans une perspective dynamique. Il convient toutefois d'introduire une nuance car la régulation de l'attention seule était significativement associée au bien-être (étude 1), ce qui suggère que son effet peut varier selon la valence de l'expérience émotionnelle ciblée. Porter intentionnellement son attention sur des expériences agréables ou désagréables ne semblent pas avoir les mêmes conséquences. Ce constat renforce la pertinence de notre choix méthodologique de centrer notre étude qualitative (étude 3) sur l'expérience spécifique de l'anxiété et suggère que des modèles différenciés pourraient émerger pour des émotions agréables.

3.1.2. Finalement, qu'est-ce que l'acceptation expérientielle ?

L'acceptation expériencielle est entendue comme la volonté de faire l'expérience de ses émotions actuelles, même si elles sont aversives (Naragon-Gainey et al., 2017, p. 390). C'est

la définition de Hayes (1999) qui est la plus utilisée pour décrire cette stratégie de RE, comme le fait de vivre pleinement ses émotions, ses pensées et ses sensations corporelles sans chercher à les modifier, à les contrôler ou à les éviter. Elle s'inscrit en tant que stratégie de RE (Wolgast et al., 2013), bien que particulière car elle ne repose pas sur une modification active de l'émotion. Toutefois, elle en comporte les caractéristiques (Dan-Glauser & Gross, 2015), impliquant d'un part un focus attentionnel sur la réponse émotionnelle (Hofmann & Asmundson, 2008; Wolgast et al., 2011) et, d'autre part, un dépassement des réponses automatiques (Alberts et al., 2012). De plus, elle peut être mise en œuvre concrètement (Naragon-Gainey et al., 2017). À ce titre, elle constitue bien une stratégie de RE identifiable et opérationnalisable.

Même si le concept d'acceptation s'est construit en opposition à celui d'évitement expérientiel, comme un moyen de contrer ce dernier (Hayes & Wilson, 2003), elle s'en distingue, comme nous l'avons souligné dans nos travaux (étude 1), par le fait notamment que l'acceptation ne peut être réduite à l'inverse de l'évitement : elle constitue un processus autonome, multidimensionnel, engageant une posture active et consciente vis-à-vis de l'expérience émotionnelle. Comme nos résultats l'ont souligné (étude 3), il s'agit avant tout d'un choix proactif, d'une volonté d'accueillir et de laisser exister ce qui est présent, loin de l'idée de résignation qui peut être associée au terme d'acceptation, du fait de son étymologie et du sens commun qui sous-entend une approbation. Ceci est en accord avec les approches basées sur l'acceptation qui décrivent ce phénomène comme un acte de choix proactif (*willingness*) et délibéré de laisser être ce qui est présent (*allowing)*, sans lutter contre (Hayes, Strosahl, et al., 1999; Kabat-Zinn, 1990; Segal et al., 2002). Ce terme d'acceptation pose donc un problème de compréhension et conduit à le détourner de son objet, de l'ouverture aux expériences internes vers la résignation devant une situation. Cela a des conséquences importantes, tant sur le plan conceptuel que clinique, car le détournement de son objet la vide

de son sens et de sa fonction. La résignation implique une forme de renoncement passif alors que l'objet de l'acceptation est de s'ouvrir à ses propres expériences internes (pensées, émotions, sensations) afin d'en prendre conscience, avec autocompassion, ne pas lutter contre elles en ajoutant des émotions secondaires et retrouver un pouvoir d'agir et une agentivité. Ce pouvoir d'agir est celui qui pourra justement permettre de lutter contre des situations inacceptables. Car l'absence de lutte interne n'implique en aucun cas l'absence de lutte externe, bien au contraire, elle rend la possible. Dégagé des luttes internes contre l'émotion, les pensées, la souffrance secondaire générée par ce cercle vicieux, l'individu peut retrouver son pouvoir de raisonner et d'agir pour se défendre des injustices ou oppressions contextuelles ou systémiques. Dans une relation plus apaisée face à ses propres états internes, l'individu peut mobiliser ses ressources de manière plus fonctionnelle, en direction de ce qu'il a décidé et non vers ce à quoi il est soumis du fait de son agitation intérieure ou de ses réactions automatiques. Par l'autocompassion et notamment les dimensions de validation et de reconnaissance de l'humanité commune, il peut aussi tout simplement s'autoriser à ressentir ce qu'il ressent, sans en porter le poids individuel comme un défaut de performance ou une preuve de faiblesse, soutenant dans un même mouvement régulation émotionnelle et estime de soi.

3.1.3. Quelle est la contribution de l'acceptation dans la santé mentale ?

Plusieurs études ont relevé un rôle majeur de l'acceptation comme facteur protecteur de santé mentale. Néanmoins, nombre d'entre elles ont utilisé des échelles aux faibles qualités psychométriques (Gámez et al., 2011) qui peuvent remettre en cause les résultats obtenus. C'est pourquoi nous avons tenté de remédier à cette lacune en réexaminant cette question pour connaitre la contribution de l'acceptation dans la santé mentale, en mesurant réellement l'acceptation avec un outil aux meilleures qualités psychométriques (étude 1). Les résultats ont confirmé son rôle clé et sa force prédictrice de santé mentale, limitant les symptômes anxieux et dépressifs et favorisant le bien-être. En effet, en le comparant à d'autres facteurs reconnus

pour agir sur la santé mentale tels que l'ensemble des compétences émotionnelles, la régulation émotionnelle en général, la tolérance à la détresse, la décentration ou l'évitement expérientiel, l'acceptation est celui qui a une plus grande influence. En effet, l'acceptation a montré des associations négatives plus fortes avec la psychopathologie (anxiété et dépression) et des corrélations positives plus fortes avec le bien-être. De même, sa valeurs prédictrice a surpassé tous les autres facteurs testés, ce qui fait qu'elle a un impact significatif et plus robuste que les autres sur l'explication de l'anxiété, de la dépression ou du bien-être.

Nous avons également pu mettre en avant les effets et les bénéfices perçus de l'acceptation (étude 3) en tant que stratégie de régulation émotionnelle dans le cadre de l'anxiété. Nos résultats ont mis en avant que l'acceptation avait pour effet rapporté de modifier l'expérience d'anxiété elle-même, en réduisant la perception d'envahissement de l'anxiété et l'intrusion de pensées aversives. Cela est en accord avec la littérature, qui décrit des effets permettant de réduire l'impact des pensées intrusives (Ehring & Watkins, 2008) et une prise de distance avec celles-ci (Segal et al., 2002). En effet, sans nécessairement diminuer la tension inhérente à l'anxiété elle-même, une modification du rapport à celle-ci s'opère par un changement de focalisation, des pensées vers le corps, et une décentration vis-à-vis de l'expérience. Cela apporte une sensation de soulagement ou de calme et permet de différer une réponse automatique ou de la changer en réponse plus adaptée, réfléchie et consciente, redonnant un pouvoir d'agir. Au-delà des effets sur l'anxiété elle-même, les bénéfices perçus ont pu être présentés comme plus larges. En effet, la pratique de l'acceptation, en s'axant sur l'observation de ses expériences, semble permettre d'améliorer la connaissance de son fonctionnement propre, en identifiant ses schémas émotionnels, cognitifs et comportementaux habituels ou face à des situations spécifiques provoquant de l'anxiété. L'observation de soi et le travail autoréflexif conduit aussi à identifier ses ressources et forces et pourrait nourrir

l'estime de soi. Cela est cohérent avec des résultats d'autres études mettant en avant la corrélation entre pleine conscience et estime de soi (Pepping et al., 2013; Randal et al., 2015).

Enfin, le développement de l'autocompassion grâce à l'acceptation, permet de changer de regard sur soi, et sur son fonctionnement et d'adopter une approche plus bienveillante envers soi. Cela pourrait contribuer au bénéfice de l'acceptation sur la santé mentale. Cela est en cohérence avec d'autres études (Paucsik et al., 2023) ayant démontré le rôle médiateur de l'autocompassion dans la RE.

3.1.4. Quelle est l'influence du style d'attachement sur l'acceptation ?

Nos résultats mettent en évidence un lien significatif entre les dimensions d'attachement et la capacité d'acceptation, contribuant ainsi à éclairer un déterminant encore peu exploré de cette stratégie particulière de régulation émotionnelle. Plus précisément, nos travaux ont montré que l'attachement sécure est associé à un niveau plus élevé d'acceptation, tandis que les formes d'insécurité d'attachement, anxieuse et évitante, sont négativement associées à la capacité à accueillir ses expériences internes. Ces résultats confirment et prolongent les travaux antérieurs soulignant que l'attachement influence le choix et l'efficacité des stratégies de régulation émotionnelle (Girme et al., 2021; Mikulincer & Shaver, 2019). Du point de vue théorique, cette association s'explique par les dynamiques propres à chaque style d'attachement. L'attachement anxieux se caractérise par une hyperactivation du système d'attachement, avec une tendance à la rumination, à la vigilance accrue face à la menace et à l'intensification des affects négatifs. À l'inverse, l'attachement évitant implique une désactivation émotionnelle, souvent traduite par un refus de contact avec l'expérience affective, une focalisation sur l'autonomie et un évitement des signaux de vulnérabilité. Ces deux modalités compromettent la possibilité de s'ouvrir de manière réceptive à l'expérience intérieure, comme le requiert l'acceptation. Ainsi, nos résultats suggèrent que l'insécurité d'attachement agit comme un frein à la mise en œuvre d'une régulation expérientielle ouverte,

en orientant les individus vers des stratégies de contrôle ou d'évitement, incompatibles avec l'accueil des états internes. Ces résultats soutiennent également l'idée que l'acceptation, bien qu'elle soit conceptualisée comme une stratégie intrapersonnelle, repose sur des dispositions interpersonnelles et affectives plus profondes, liées à l'attachement. Dans cette perspective, la posture d'acceptation peut être envisagée comme une forme de régulation internalisée, dépendant de la qualité des représentations d'attachement et de la sécurité affective acquise au cours du développement puis de la vie d'adulte. Cette lecture est cohérente avec les modèles contemporains de l'attachement adulte, selon lesquels la sécurité d'attachement favorise la tolérance à la détresse, la flexibilité émotionnelle et l'accès à des stratégies de régulation plus adaptatives (Mikulincer & Shaver, 2019).

On peut toutefois se demander comment la trajectoire développementale d'attachement pourrait influencer la capacité à s'ouvrir à ses émotions ? Imaginons alors une interaction entre une figure sécurisante et un sujet éprouvant de l'anxiété, telle qu'une relation précoce entre un parent et son enfant, en s'appuyant sur notre modèle explicatif de l'acceptation. La figure sécurisante va tout d'abord remarquer que le sujet est anxieux, après l'avoir préalablement observé attentivement. En effet, elle se soucie de lui, elle est bienveillante et empathique vis à vis de cet enfant dont elle prend soin, dont elle observe avec curiosité et sans jugement les émotions qui peuvent le traverser. En lui en faisant part, elle nomme l'anxiété. Elle peut lui décrire de manière empathique ce qu'il ressent, en termes d'émotions, de sensations ou de pensées, et l'aide ainsi à en prendre conscience. La figure sécurisante va normaliser cette émotion, en soulignant qu'elle est naturelle, humaine, adaptative, mouvante et temporaire. Cela va aider le sujet à ne pas la craindre et donc à ne pas chercher à s'en débarrasser ni à l'éviter. Au contraire, cela va lui permettre de l'identifier et de la reconnaitre, s'il l'a déjà rencontrée, voire de rester avec elle un peu plus longtemps que d'habitude. Ainsi, il ne va pas ressentir nécessairement la même urgence à agir, comme il le fait généralement lorsqu'il est seul et

ressent de l'anxiété. Voilà un modèle idéal de corégulation de l'anxiété par une figure sécurisante. Elle ne cherche pas à tout prix à rassurer, en affirmant par exemple qu'il n'y a pas besoin d'être anxieux, en minimisant ou niant la légitimité de l'apparition de l'anxiété. Cela traduirait un souhait de faire baisser l'anxiété ou de la faire disparaitre et donc à l'éviter, voire un défaut de validation émotionnelle. En revanche, elle va offrir une lecture sécurisante de l'émotion elle-même, conduisant à son acceptation. Tous les processus sont ainsi extérieurs au sujet, car réalisés par la figure sécurisante. Toutefois, faire l'expérience de ces processus vont aider le sujet à les connaitre, à les imiter, pour les pratiquer lui-même et les intérioriser.

Ainsi, l'observation dans une position de recul, dite d'observateur ou méta, amène à prendre conscience, identifier et reconnaitre ce qui est présent, à le valider et normaliser comme étant une expérience humaine et adaptative. Tout cela va conduire à s'y ouvrir en restant avec cette expérience intérieure, sans chercher à la modifier ou à l'éviter en inhibant les réponses habituelles et automatiques. Progressivement, certaines, ou l'ensemble de ces étapes, peuvent être traitées au niveau interne par le sujet lui-même, quand il les aura intégrées.

3.1.5. Quels autres facteurs peuvent influencer l'acceptation ?

Si certains facteurs individuels ou contextuels ont déjà été identifiés comme susceptibles d'influencer la régulation émotionnelle, les facteurs spécifiquement associés à l'acceptation demeurent, quant à eux, largement sous-explorés. En effet, plusieurs variables ont été avancées comme modulant les capacités de régulation émotionnelle, qu'il s'agisse de facteurs génétiques (Hawn et al., 2015), de la réactivité émotionnelle (Etkin & Wager, 2007), de la tolérance à la détresse (Berking & Whitley, 2014; Naragon-Gainey et al., 2017), ou encore de l'autocompassion (Finlay-Jones et al., 2015; Paucsik et al., 2023). Toutefois, leur relation spécifique avec l'acceptation expérientielle reste à ce jour peu explorée.

Nos travaux ont permis d'identifier plusieurs facteurs individuels pertinents et prometteurs, susceptibles d'influencer l'acceptation. Parmi eux, la tolérance à la détresse (étude

2), l'autocompassion (étude 3), les styles d'attachement (étude 2) apparaissent comme des variables jouant un rôle important dans la capacité à accepter les expériences émotionnelles. Parallèlement, des facteurs contextuels ont également été mis en évidence, tels que l'intensité de l'anxiété, la régularité de la pratique d'acceptation ou encore la disponibilité mentale ou physique actuelle (étude 3). Enfin, certaines compétences comme la régulation de l'attention et la décentration pourraient constituer des compétences intermédiaires nécessaires à l'acceptation (étude 1).

L'autocompassion pourrait d'ailleurs constituer un facteur déterminant dans le processus d'acceptation, à l'instar de son rôle déjà établi dans le champ plus large de la régulation émotionnelle (Paucsik et al., 2023). Nos résultats (étude 3) suggèrent que l'autocompassion, que nous avons identifiée comme un mécanisme sous-jacent de l'acceptation, est mobilisée à plusieurs étapes du processus, qu'il s'agisse de la validation et normalisation de son expérience d'anxiété ou dans le soutien à la non-réaction envers celle-ci. Plus encore, l'autocompassion semble représenter un changement dans la compréhension et la pratique de l'acceptation. Elle ne constitue donc pas seulement un facilitateur, mais pourrait être un élément déterminant pour la mise en œuvre de la stratégie d'acceptation et l'efficacité de celle-ci.

Un autre facteur qui semble pertinent est la tolérance à la détresse, définie comme la capacité perçue à supporter des états émotionnels désagréables. Elle a déjà été identifiée comme une disposition individuelle pouvant conduire à utiliser des stratégies d'évitement si elle est faible (Tull & Aldao, 2015) ou, si elle est forte, favoriser l'adoption de stratégies d'engagement telles que l'acceptation (Naragon-Gainey et al., 2017). Nos travaux viennent appuyer ces associations entre tolérance à la détresse et acceptation. En effet, l'étude 2 a mis en évidence que la tolérance à la détresse influençait significativement la mise en œuvre de l'acceptation, en particulier chez les individus présentant un attachement insécure, pour

lesquels la détresse émotionnelle est souvent plus difficile à réguler. Par ailleurs, l'étude 1 a révélé une association robuste entre la tolérance à la détresse et l'acceptation. Bien que la tolérance à la détresse ne soit pas aussi prédictive de l'anxiété que ne l'est l'acceptation, elle présente néanmoins une valeur explicative non négligeable.

3.2. Limitations

Ce travail de thèse présente plusieurs limites, dont certaines ont déjà été abordées spécifiquement et discutées dans chaque chapitre empirique. Tout d'abord, nous reconnaissons certaines limites classiques des designs transversaux, qui limitent la possibilité d'établir des liens de causalité entre les variables. Ensuite, nos recherches ont également été soumises à des biais de recrutement avec une sur-représentation de femmes et de catégories socioprofessionnelles supérieures, ce qui limite le caractère généralisable des résultats obtenus.

Une autre limite concerne l'évaluation de l'acceptation qui a été réalisée dans l'ensemble des études quantitatives avec des échelles auto-rapportées et unidimensionnelles, étant les seules validées et existantes actuellement. Le développement d'une échelle intégrant les dimensions sous-jacentes inhérente à l'acceptation apporterait plus de précision et de nuance dans l'évaluation de l'acceptation.

Enfin, une dernière limite importante concerne l'ancrage contextuel et relationnel de certaines variables étudiées, notamment l'attachement. Dans nos études, l'attachement est envisagé comme un trait dispositionnel stable, mesuré par auto-questionnaire. Or, des approches plus contextuelles, permettant de prendre en compte la spécificité des relations interpersonnelles (par exemple à travers des entretiens semi-directifs ou des observations en situation), offriraient une compréhension plus fine de l'influence de l'attachement sur l'acceptation.

3.3. Perspectives de recherche

À la lumière des limites identifiées et des résultats de nos travaux, plusieurs pistes de recherche émergent pour approfondir la compréhension du processus d'acceptation expérientielle et de ses déterminants.

Afin de vérifier le rôle protecteur de l'acceptation sur la santé mentale, il serait pertinent de réaliser une étude longitudinale prospective, avec au moins deux temps de mesure, afin d'observer si l'acceptation prédit une meilleure santé mentale dans le temps. Et donc d'évaluer son rôle protecteur sur l'évolution de l'anxiété. Par ailleurs, des essais contrôlés randomisés (ECR) pourraient vérifier le rôle protecteur d'un entrainement à l'acceptation sur les symptômes d'anxiété par rapport à un groupe contrôle actif.

Tester empiriquement de manière mixte ou quantitative le modèle processuel développé dans notre étude qualitative (étude 3), permettrait d'évaluer si tous les processus identifiés sont indispensables, si certains sont plus importants que d'autres, s'ils sont tous utilisés ou si certains sont facultatifs. Pour cela, un démantèlement d'une intervention basée sur l'acceptation pourrait être réalisée, afin de tester chaque sous-processus indépendamment et voir les effets respectifs de chacun d'eux sur les troubles émotionnels (e.g., anxiété, dépression).

Concernant l'attachement, plusieurs prolongements sont envisageables. D'une part, il serait pertinent d'explorer les mécanismes médiateurs entre attachement et acceptation, notamment la tolérance à la détresse que nous avons déjà relevé comme médiateur, mais aussi explorer la piste de l'autocompassion qui pourrait enrichir la compréhension du lien entre insécurité et difficultés à accueillir les émotions internes. Plus largement, ce travail invite à considérer l'acceptation comme une stratégie de RE apprise au sein d'une relation sécure, elle-même intériorisée. C'est pourquoi, étudier les trajectoires développementales de l'acceptation en fonction de l'évolution des représentations d'attachement pourrait permettre d'examiner

comment l'acceptation se construit et évolue, ou encore évaluer l'impact de l'évolution du lien thérapeutique sur la capacité d'acceptation au fil des interventions parait une piste prometteuse. D'autre part, l'attachement peut être vu comme propre à chaque relation et non comme un trait stable de l'individu. Ainsi, adopter une évaluation à l'aide d'un outil tel que l'Attachment Multiple Model Interview (AMMI ; Miljkovitch et al., 2015) proposant un entretien semi-directif d'attachement afin d'investiguer l'attachement dans des relations spécifiques semblerait pertinent.

Dans une perspective développementale toujours, il serait intéressant d'évaluer les capacités d'acceptation selon l'âge et notamment chez les sujets âgés chez qui la régulation émotionnelle pourrait être améliorée (Tamburini & Bréjard, 2015).

Plusieurs lacunes persistent quant à la compréhension fine des déterminants de l'acceptation, soulignant ainsi la nécessité de recherches ciblées sur les conditions individuelles et situationnelles favorisant ou entravant son déploiement. Dans cette perspective, le rôle de l'autocompassion mériterait ainsi d'être davantage investigué en tant que facilitateur potentiel de l'ouverture à l'expérience, en particulier dans des contextes émotionnels difficiles. De même, la tolérance à la détresse pourrait agir comme un prérequis facilitateur de l'acceptation, en soutenant l'exposition aux sensations corporelles désagréables. Il serait pertinent d'en explorer plus finement le rôle ainsi que les interactions potentielles entre ces différents facteurs.

Enfin, une perspective importante réside dans l'exploration des limites de l'acceptation. En effet nos travaux indiquent (étude 3) que l'acceptation n'était pas toujours la stratégie adéquate à utiliser, notamment en cas de forte intensité émotionnelle ou de manque de disponibilité. Ainsi, il serait utile d'explorer plus précisément les conditions d'efficacité ou d'inefficacité, voire de contre-productivité. Cela permettrait de mieux articuler l'acceptation avec d'autres stratégies de régulation émotionnelle dans une approche flexible et contextualisée comme cela a déjà été suggéré (Petrova & Gross, 2023) et de développer des paradigmes

expérimentaux plus écologiques, c'est-à-dire en situation (e.g. escape room, maisons hantés, tournoi d'eSport), ce qui permettrait d'explorer de manière plus complexe et contextualisée le processus d'acceptation.

3.4. Implications pour la pratique clinique

3.4.1. Proposer un modèle aux patients pour mettre en œuvre la stratégie d'acceptation

L'apprentissage expérientiel de l'acceptation est au cœur des approches basées sur l'acceptation et largement mis en avant comme une compétence qui ne peut être transmise par des explications verbales, mais nécessite d'être vécu de l'intérieur. Toutefois, si l'expérience directe est effectivement indispensable, il ne saurait être suffisant de simplement attendre que le patient « comprenne par lui-même » ce qu'est l'acceptation. Une telle posture peut engendrer confusion, frustration, voire un sentiment d'échec chez des patients qui ne parviennent pas à identifier clairement ce qu'ils doivent faire lorsqu'on leur demande « d'accueillir leurs émotions » et notamment chez les personnes présentant une insécurité d'attachement pour lesquels l'accès à l'ouverture aux expérience internes est plus difficile (étude 2)

Nos résultats (étude 3) suggèrent qu'un modèle structuré et didactique de l'acceptation peut être utile pour soutenir la mise en œuvre de cette stratégie. Ce modèle repose sur l'identification de cinq étapes fondamentales dans le processus d'acceptation : (1) observer, (2) identifier, (3) valider, (4) ne pas réagir, (5) rester avec l'expérience — chacune impliquant des sous-processus spécifiques. Ces composantes peuvent être enseignées, expérimentées et travaillées progressivement, et une à une, en fonction des difficultés rencontrées par le patient à chaque étape. Cela permettrait un apprentissage progressif, ciblé et différencié de la stratégie d'acceptation pour favoriser l'accès à cette dernière et sa mise en œuvre.

3.4.2. Individualiser les interventions MABI selon les profils d'attachement

Sur le plan clinique, nos résultats (étude 2) invitent à prendre en compte le style d'attachement des patients dans le cadre d'interventions basées sur l'acceptation, telles que l'ACT ou les programmes de pleine conscience. Il est probable que les personnes présentant une insécurité d'attachement nécessitent un soutien spécifique dans l'apprentissage de l'acceptation, adapté aux profils anxieux ou évitant, chacun présentant des problématiques et enjeux différenciés. Par exemple, chez les individus présentant majoritairement un évitement d'attachement, l'accompagnement spécifique pourrait viser une reconnexion aux expériences internes douloureuses souvent mises à distance et entravant l'ouverture à celles-ci. Chez les individus marqués par une anxiété d'attachement, l'intervention pourrait commencer par renforcer les compétences de régulation à la baisse des émotions et travailler le sentiment d'auto-efficacité. Globalement, le renforcement du sentiment de sécurité interne à travers la relation thérapeutique et l'intégration de dimensions compassionnelles favorisant la bienveillance envers soi-même pourrait renforcer les compétences de RE des personnes insécures (anxiété et évitement d'attachement). À ce titre, l'autocompassion pourrait constituer une ressource pivot pour restaurer un lien sécure à soi et faciliter l'ouverture à l'expérience. Les interventions basées sur la pleine conscience semblent renforcer la sécurité d'attachement (Snyder et al., 2012), on peut donc s'attendre à observer des effets synergiques en travaillant sur les deux aspects à la fois, l'apprentissage de l'acceptation favorisant la sécurité d'attachement et le travail sur l'attachement facilitant l'accès à l'acceptation.

3.4.3. Enseigner les compétences de régulation de l'attention et d'acceptation conjointement

Nos résultats (étude 1) suggèrent qu'il ne semble pas pertinent d'enseigner isolément la régulation de l'attention, lorsqu'il s'agit d'explorer des émotions désagréables. En effet, si

la régulation de l'attention constitue une compétence fondamentale des interventions basées sur la pleine conscience (MBI), elle peut s'avérer contre-productive lorsqu'elle est mobilisée sans être accompagnée de l'acceptation. Porter intentionnellement son attention sur des expériences internes douloureuses, sans les ressources nécessaires pour les accueillir, peut entraîner un renforcement de la détresse par une exacerbation de l'anxiété.

Sur le plan clinique, ces données appellent à une prudence dans les modalités d'apprentissage de la régulation de l'attention et soulignent l'intérêt d'un enseignement conjoint et progressif des deux compétences. Ainsi, deux options peuvent être envisagées. Soit commencer l'apprentissage de la régulation de l'attention par une focalisation sur des émotions agréables, afin de renforcer les compétences attentionnelles sans générer de surcharge émotionnelle. Soit d'introduire simultanément l'acceptation dès les premières pratiques de focalisation attentionnelle, afin d'éviter que l'attention ne devienne une forme de confrontation brutale à l'expérience douloureuse sans ouverture bienveillante à celle-ci. En somme, la régulation de l'attention, pour être réellement thérapeutique, doit être inscrite dans une dynamique d'accueil, où l'on apprend non seulement à observer, mais aussi à ne pas réagir, à laisser être, et à rester présent avec ce qui émerge, dans une posture d'ouverture. L'enseignement clinique des MABI gagnerait ainsi à articuler explicitement ces deux dimensions d'attention et d'acceptation dans un même processus d'apprentissage, progressif, incarné et soutenu.

3.4.4. Éviter l'usage du terme d'acceptation en pratique clinique

L'usage du terme d'acceptation expérientielle dans la pratique clinique gagnerait à être remplacé par des termes comme « accueil » ou « ouverture ». En effet, l'emploi du mot « acceptation » dans le langage courant est souvent associé à une connotation de résignation, de soumission ou de renoncement, ce qui risque d'induire chez les patients une compréhension erronée du processus thérapeutique proposé et aller à l'encontre de l'intention initiale. Pour ces

raisons, il semble préférable dans le cadre clinique et thérapeutique de recourir à des termes alternatifs plus accessibles et moins ambigus, tels que « accueil » ou « ouverture ». Ces formulations permettent de conserver l'essence du processus d'acceptation, c'est-à-dire l'exposition volontaire aux expériences internes, sans jugement ni lutte, tout en évitant les malentendus liés à l'ambiguïté du terme « acceptation ».

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'acceptation propose une alternative aux stratégies habituelles de régulation émotionnelle. Elle invite à essayer autre chose, qui permet à son tour de changer de regard sur ce qui traverse le monde interne. En s'ouvrant aux expériences internes, l'acceptation favorise l'autoréflexivité. Ressentir sans juger ne signifie pas pour autant renoncer à s'interroger. Au contraire, accueillir une émotion permet souvent de se pencher sur elle, de l'explorer. Ressentir de l'anxiété à propos d'une situation particulière peut mettre en lumière des enjeux sous-jacents et révéler ce qui importe derrière ce qui est craint. S'ouvrir à l'expérience semble faciliter une meilleure connaissance de soi. Cela nourrit le processus introspectif et contribue à s'enrichir soi-même de ces nouvelles connaissances pour gagner en substance, en confiance. D'ailleurs, ce sont peut-être cette transparence et cette ouverture sincère et authentique à l'expérience qui sous-tendent au pouvoir prédictif de l'acceptation sur la santé mentale.

Alors certes, il ne s'agit pas d'utiliser l'acceptation partout et tout le temps. Son usage s'inscrit dans une flexibilité et l'adaptation à un contexte. Elle s'adresse plutôt aux émotions d'intensité faible à modérée, dans le respect des limites et de la tolérance à la détresse propres à chacun, et avec bienveillance. D'ailleurs, l'autocompassion semble représenter une notion déterminante dans la pratique de l'acceptation. S'ouvrir de manière sincère ne pourrait-être possible que dans une démarche d'autocompassion, sans laquelle l'acceptation risque de se transformer en une tentative de performance, qui la vide de son essence de l'accueil sans lutte. De même, il peut sembler illusoire de penser qu'on peut atteindre une acceptation absolue de ses émotions. En définitive, il s'agirait plutôt de tendre vers une ouverture, toujours relative et en mouvement, de prendre conscience des schémas habituels et des réactions face aux émotions qui surgissent, et aussi de s'orienter vers une meilleure connaissance de soi et peut-être davantage d'amour de soi.

Dans ce rapport plus sain, apaisé et bienveillant à soi, l'acceptation pourrait constituer un appui pour résister aux pressions extérieures. En favorisant une reconnexion à l'expérience, sans jugement, elle permettrait non seulement de cultiver une relation plus saine à soi-même, mais aussi de désamorcer les injonctions sociales normatives, dans une perspective plus large, où la responsabilité de la santé mentale tend à être individualisée alors que des déterminants systémiques la fragilise (inégalités du genre, discriminations, isolement social, précarité, conditions de travail, inégalités économiques, pression sociale, etc.). Ainsi, l'acceptation pourrait s'entendre comme un levier d'émancipation et aider à se mobiliser vers des enjeux extérieurs pour plus de justice, plutôt que dans une lutte envers soi-même.

Dès les premiers instants de vie, les émotions nous mobilisent. En apprenant à nous y ouvrir, à ne pas les craindre mais à les considérer comme un part de nous-même, on développe ce rapport plus empathique et ouvert à leur égard mais aussi à soi. Et un tel regard peut sans doute commencer à se construire dès le plus jeune âge, dans les relations précoces sécurisantes, puis tout au long de la vie. Ainsi, comprendre le processus d'acceptation et ses conditions de développement, tout comme l'envisager comme une clé de transformation du rapport à soi, ouvre des perspectives pour l'accompagnement thérapeutique et le développement de programmes de prévention et de promotion de la santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

Ahmadi Ghomroudi, P., Siugzdaite, R., Messina, I., & Grecucci, A. (2024). Decoding acceptance and reappraisal strategies from resting state macro networks. *Scientific Reports*, *14*(1), 19232.

Alberts, H. J. E. M., Schneider, F., & Martijn, C. (2012). Dealing efficiently with emotions : Acceptance-based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression. *Cognition & Emotion*, *26*(5), 863-870. https://doi.org/10.1080/02699931.2011.625402

Aldao, A., & Christensen, K. (2015). Linking the Expanded Process Model of Emotion Regulation to Psychopathology by Focusing on Behavioral Outcomes of Regulation. *Psychological Inquiry*, *26*(1), 27-36. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.962399

Aldao, A., & Dixon-Gordon, K. L. (2014). Broadening the Scope of Research on Emotion Regulation Strategies and Psychopathology. *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*(1), 22-33. https://doi.org/10.1080/16506073.2013.816769

Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology : Current and future directions. *Development and psychopathology*, *28*(4pt1), 927-946.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies : A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, *48*(10), 974-983.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012a). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, *50*(7-8), 493-501.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012b). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of abnormal psychology*, *121*(1), 276.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology : A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 217-237.

Aldao, A., & Tull, M. T. (2015). Putting emotion regulation in context. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 100-107.

Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. guilford Press.

Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping : Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass*, *4*(2), 107-118. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x

Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions : A systematic review. *Clinical psychology review*, *55*, 74-91.

Ameral, V., Palm Reed, K. M., Cameron, A., & Armstrong, J. L. (2014). What are measures of distress tolerance really capturing? A mixed methods analysis. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, *1*(4), 357.

Andreu, C. I., Moënne-Loccoz, C., López, V., Slagter, H. A., Franken, I. H. A., & Cosmelli, D. (2017). Behavioral and Electrophysiological Evidence of Enhanced Performance Monitoring in Meditators. *Mindfulness*, *8*(6), 1603-1614. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0732-z

Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, *80*(5), 750.

Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B., & Luoma, J. B. (2023). Acceptance and Commitment Therapy Processes and Mediation : Challenges and How to Address Them. *Behavior Therapy*, *54*(6), 971-988. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.005

A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, *84*(1), 30-36.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention : A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, *10*(2), 125-143.

Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of clinical psychology*, *68*(7), 755-765.

Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, *7*(3), 230-238. https://doi.org/10.1080/17439760.2012.674548

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report : The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, *11*(3), 191-206.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27-45.

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, *15*(3), 329-342.

Baeyens, C. (2021). Les pensées répétitives négatives. In O. Luminet & D. Grynberg (Éds.), *Psychologie des émotions : Nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé* (2ème).

Baeyens, C., Bouvard, M., Dethier, V., Douce, P., & Monestès, J.-L. (2015). *Données préliminaires d'une étude de validation du Questionnaire Multidimensionnel d'Evitement Expérientiel (Preliminary data from a validation study on the MEAQ).* Meeting of the group Research in Cognitive Psychopathology, Poitiers, France.

Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *260*, 728-737. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ*, *1986*(23-28), 2.

Bardeen, J. R., Tull, M. T., Dixon-Gordon, K. L., Stevens, E. N., & Gratz, K. L. (2015). Attentional Control as a Moderator of the Relationship Between Difficulties Accessing Effective Emotion Regulation Strategies and Distress Tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *37*(1), 79-84. https://doi.org/10.1007/s10862-014-9433-2

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, *35*(2), 205-230.

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior therapy*, *20*(2), 261-282.

Barlow, D. H., Craske, M. G., & Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic*. Graywind Publications.

Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., & Boles, S. (2010). A sketch of the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) and the Relational Elaboration and Coherence (REC) model. *The Psychological Record*, *60*(3), 527-542.

Barrett, L. F. (2006). Are Emotions Natural Kinds? *Perspectives on Psychological Science*, *1*(1), 28-58. https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00003.x

Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made : The secret life of the brain*. Pan Macmillan.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*(2), 226.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*, 887-907.

Berger, E. M. (1952). The relation between expressed acceptance of self and expressed acceptance of others. *The journal of abnormal and social Psychology*, *47*(4), 778.

Berking, M., Poppe, C., Luhmann, M., Wupperman, P., Jaggi, V., & Seifritz, E. (2012). Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *43*(3), 931-937.

Berking, M., & Whitley, B. (2014). The Adaptive Coping with Emotions Model (ACE Model). In M. Berking & B. Whitley, *Affect Regulation Training* (p. 19-29). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1022-9_3

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health : Recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, *25*(2), 128-134.

Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, *46*(11), 1230-1237.

Berking, M., & Znoj, H. (2008). Berking : Entwicklung und Validierung eines Fragebogens... - Google Scholar. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *56(2)*, 141-153.

Bernstein, A., Hadash, Y., Lichtash, Y., Tanay, G., Shepherd, K., & Fresco, D. M. (2015). Decentering and Related Constructs : A Critical Review and Metacognitive Processes Model. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(5), 599-617. https://doi.org/10.1177/1745691615594577

Bernstein, A., Marshall, E. C., & Zvolensky, M. J. (2011). Multi-method evaluation of distress tolerance measures and construct (s) : Concurrent relations to mood and anxiety psychopathology and quality of life. *Journal of Experimental Psychopathology*, *2*(3), 386-399.

Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Norton, P. J., Schmidt, N. B., Taylor, S., Forsyth, J. P., Lewis, S. F., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W., & Stewart, S. H. (2007). Taxometric and factor analytic models of anxiety sensitivity : Integrating approaches to latent structural research. *Psychological Assessment*, *19*(1), 74.

Berthelsen, C. B., Grimshaw-Aagaard, S., & Hansen, C. (2018). Developing a guideline for reporting and evaluating grounded theory research studies (GUREGT). *Int J Health Sci*, *6*(1), 13.

Bieling, P. J., Hawley, L. L., Bloch, R. T., Corcoran, K. M., Levitan, R. D., Young, L. T., MacQueen, G. M., & Segal, Z. V. (2012). Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of consulting and clinical psychology*, *80*(3), 365.

Birtwell, K., Williams, K., Van Marwijk, H., Armitage, C. J., & Sheffield, D. (2019). An Exploration of Formal and Informal Mindfulness Practice and Associations with Wellbeing. *Mindfulness*, *10*(1), 89-99. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0951-y

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., & Velting, D. (2004). Mindfulness : A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, *11*(3), 230.

Blacker, K. J., Herbert, J. D., Forman, E. M., & Kounios, J. (2012). Acceptance-Versus Change-Based Pain Management : The Role of Psychological Acceptance. *Behavior Modification*, *36*(1), 37-48. https://doi.org/10.1177/0145445511420281

Bloch, L., Moran, E. K., & Kring, A. M. (2010). On the need for conceptual and definitional clarity in emotion regulation research on psychopathology. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, 88-104.

Block-Lerner, J., Salters-Pedneault, K., & Tull, M. T. (2005). Assessing Mindfulness and Experiential Acceptance. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Éds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety* (p. 71-99). Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_3

Block-Lerner, J., Wulfert, E., & Moses, E. (2009). ACT in context : An exploration of experiential acceptance. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(4), 443-456.

Bodhi, B. (2000). *A comprehensive manual of Abhidhamma : The philosophical psychology of Buddhism*. Buddhist Publication Society Pariyatti Editions.

Bodhi, B. (2005). *In the Buddha's words*. Wisdom Publications.

Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2018). Experiential acceptance and trait-mindfulness as predictors of analogue post-traumatic stress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *91*(1), 1-14.

Bohlmeijer, E., Ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. A. (2011). Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, *18*(3), 308-320.

Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility : An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(6), 591-612. https://doi.org/10.1177/1745691613504116

Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The Importance of Being Flexible : The Ability to Both Enhance and Suppress Emotional Expression Predicts Long-Term Adjustment. *Psychological Science*, *15*(7), 482-487. https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II : A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, *42*(4), 676-688.

Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects : Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *26*(1), 25-30.

Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Hunt, E. D., & Lejuez, C. W. (2012). Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, *122*(1-2), 70-76.

Bourgognon, F., & Penet, C. (2021). *La Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)*. Que sais-je.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (2nd edition, Vol. 1).

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss : Volume II: Separation, anxiety and anger. In *Attachment and Loss : Volume II: Separation, Anxiety and Anger* (p. 1-429). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.

Bowlby, J. (1980). *Loss : Sadness and depression* (Vol. 3). Basic books New York.

Boyd, J. E., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder : A review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *43*(1), 7-25.

Brach, T. (2004). *Radical acceptance : Embracing your life with the heart of a Buddha*. Bantam.

Brasseur, S., Grégoire, J., Bourdu, R., & Mikolajczak, M. (2013). The profile of emotional competence (PEC) : Development and validation of a self-reported measure that fits dimensions of emotional competence theory. *PloS one*, *8*(5), e62635.

Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B., & Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *104*(27), 11483-11488. https://doi.org/10.1073/pnas.0606552104

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment : An integrative overview. *Attachment theory and close relationships*, *46*(1), 70-100.

Breslin, F. C., Zack, M., & McMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness : Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical psychology: Science and practice*, *9*(3), 275.

Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships : Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (2nd éd., p. 102-127). The Guilford press.

Bricker, J., Wyszynski, C., Comstock, B., & Heffner, J. L. (2013). Pilot randomized controlled trial of web-based acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, *15*(10), 1756-1764.

Britton, W. B., Davis, J. H., Loucks, E. B., Peterson, B., Cullen, B. H., Reuter, L., Rando, A., Rahrig, H., Lipsky, J., & Lindahl, J. R. (2018). Dismantling Mindfulness-Based Cognitive Therapy : Creation and validation of 8-week focused attention and open monitoring interventions within a 3-armed randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, *101*, 92-107.

Brooks, J. A., Shablack, H., Gendron, M., Satpute, A. B., Parrish, M. H., & Lindquist, K. A. (2017). The role of language in the experience and perception of emotion : A neuroimaging meta-analysis. *Social cognitive and affective neuroscience*, *12*(2), 169-183.

Brown, K. W., Bravo, A. J., Roos, C. R., & Pearson, M. R. (2015). Five Facets of Mindfulness and Psychological Health : Evaluating a Psychological Model of the Mechanisms of Mindfulness. *Mindfulness*, *6*(5), 1021-1032. https://doi.org/10.1007/s12671-014-0349-4

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present : Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, *84*(4), 822.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). *Perils and promise in defining and measuring mindfulness : Observations from experience.*

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness : Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 211-237. https://doi.org/10.1080/10478400701598298

Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being : A systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, *18*(8), e221.

Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Zvolensky, M. J. (2005). Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical psychology review*, *25*(6), 713-733.

Buhle, J. T., Silvers, J. A., Wager, T. D., Lopez, R., Onyemekwu, C., Kober, H., Weber, J., & Ochsner, K. N. (2014). Cognitive reappraisal of emotion : A meta-analysis of human neuroimaging studies. *Cerebral cortex*, *24*(11), 2981-2990.

Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical psychology: Science and practice*, *26*(2), 20.

Burke, C. A. (2010). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents : A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 133-144. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9282-x

Burklund, L. J., Creswell, J. D., Irwin, M. R., & Lieberman, M. D. (2014). The common and distinct neural bases of affect labeling and reappraisal in healthy adults. *Frontiers in psychology*, *5*, 221.

Burns, J. W., Bruehl, S., & Caceres, C. (2004). Anger management style, blood pressure reactivity, and acute pain sensitivity : Evidence for "trait × situation" models. *Annals of Behavioral Medicine*, *27*(3), 195-204. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2703_7

Bush, G., Luu, P., & Posner, M. I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in cognitive sciences*, *4*(6), 215-222.

Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, *16*(4), 607-615. https://doi.org/10.1007/s11136-006-9149-1

Calvo, V., D'Aquila, C., Rocco, D., & Carraro, E. (2022). Attachment and well-being : Mediatory roles of mindfulness, psychological inflexibility, and resilience. *Current Psychology*, *41*(5), 2966-2979. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00820-2

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, *44*(9), 1251-1263.

Canli, T., Ferri, J., & Duman, E. A. (2009). Genetics of emotion regulation. *Neuroscience*, *164*(1), 43-54. https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2009.06.049

Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance : The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, *15*(2), 204-223.

Carmody, J. (2009). Evolving conceptions of mindfulness in clinical settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*(3), 270.

Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder : A review. *Current psychiatry reports*, *15*(1), 1-8.

Cary, E. L., Russo, N., Racer, K. H., & Felver, J. C. (2020). Neural Correlate of Acceptance : Relating Individual Differences in Dispositional Acceptance to Error Processing. *Mindfulness*, *11*(6), 1401-1412. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01368-9

Cassidy, J. (1994). EMOTION REGULATION : INFLUENCES OF ATTACHMENT RELATIONSHIPS. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *59*(2-3), 228-249. https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x

Cavicchioli, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2018). The clinical efficacy of mindfulness-based treatments for alcohol and drugs use disorders : A meta-analytic review of randomized and nonrandomized controlled trials. *European addiction research*, *24*(3), 137-162.

Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation : An integrative review. *Clinical psychology review*, *29*(6), 560-572.

Chapman, A. L. (2006). Acceptance and mindfulness in behavior therapy : A comparison of Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *2*(3), 308.

Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology : An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(9), 871-890. https://doi.org/10.1002/jclp.20400

Cheavens, J. S., & Heiy, J. (2011). The Differential Roles of Affect and Avoidance in Major Depressive and Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(5), 441-457. https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.5.441

Chems-Maarif, R., Cavanagh, K., Baer, R. A., Gu, J., & Strauss, C. (2025). Defining Mindfulness : A Review of Existing Definitions and Suggested Refinements. *Mindfulness*, *16*(1), 1-20. https://doi.org/10.1007/s12671-024-02507-2

Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings : A multimethod approach. *Journal of personality and social psychology*, *80*(5), 814.

Cheng, F. K., & Tse, S. (2015). Applying the Buddhist four immeasurables to mental health care : A critical review. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, *34*(1), 24-50.

Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical psychology review*, *31*(3), 449-464.

Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches : Are they all the same? *Journal of clinical psychology*, *67*(4), 404-424.

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people : A review and meta-analysis. *The journal of alternative and complementary medicine*, *15*(5), 593-600.

Chin, B., Lindsay, E. K., Greco, C. M., Brown, K. W., Smyth, J. M., Wright, A. G., & Creswell, J. D. (2019). Psychological mechanisms driving stress resilience in mindfulness training : A randomized controlled trial. *Health Psychology*, *38*(8), 759.

Chin, B., Slutsky, J., Raye, J., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness Training Reduces Stress at Work : A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, *10*(4), 627-638. https://doi.org/10.1007/s12671-018-1022-0

Chishima, Y., Mizuno, M., Sugawara, D., & Miyagawa, Y. (2018). The Influence of Self-Compassion on Cognitive Appraisals and Coping with Stressful Events. *Mindfulness*, *9*(6), 1907-1915. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0933-0

Christensen, K., & Aldao, A. (2015). Tipping points for adaptation : Connecting emotion regulation, motivated behavior, and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 70-74.

Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual differences*, *32*(2), 197-209.

Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, *7*(1), 1-10.

Ciesinski, N. K., Sorgi-Wilson, K. M., Cheung, J. C., Chen, E. Y., & McCloskey, M. S. (2022). The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior : A systematic review with meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *154*, 104122.

Cisler, J. M., & Koster, E. H. W. (2010). Mechanisms of Attentional Biases towards Threat in the Anxiety Disorders : An Integrative Review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 203. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.003

Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders : An Integrative Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*(1), 68-82. https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1

Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity : Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, *7*, 309-319.

Clarke, L. K., Osborne, M. S., & Baranoff, J. A. (2020). Examining a group acceptance and commitment therapy intervention for music performance anxiety in student vocalists. *Frontiers in psychology*, *11*, 1127.

Clark-Polner, E., Wager, T. D., Satpute, A. B., & Barrett, L. F. (2016). Neural fingerprinting : Meta-analysis, variation, and the search for brain-based essences in the science of emotion. *The handbook of emotion*, 146-165.

Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, *20*(1), 37.

CNRTL. (2025a). Acceptation. In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*.

CNRTL. (2025b). Accueillir. In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*.

CNRTL. (2025c). Ouverture. In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.

Compton, R. J., Robinson, M. D., Ode, S., Quandt, L. C., Fineman, S. L., & Carp, J. (2008). Error-monitoring ability predicts daily stress regulation. *Psychological Science*, *19*(7), 702-708.

Congard, A., Le Vigouroux, S., Andreotti, E., Dauvier, B., Illy, J., Poinsot, R., & Antoine, P. (2019). Time evolution of affective processes in a mindfulness-based intervention. *Current Psychology*, *41*(1), 126-134. https://doi.org/10.1007/s12144-019-00548-8

Cooney, R. E., Joormann, J., Eugène, F., Dennis, E. L., & Gotlib, I. H. (2010). Neural correlates of rumination in depression. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, *10*(4), 470-478. https://doi.org/10.3758/CABN.10.4.470

Corbetta, M., Patel, G., & Shulman, G. L. (2008). The reorienting system of the human brain : From environment to theory of mind. *Neuron*, *58*(3), 306-324.

Corbetta, M., & Shulman, G. L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nature reviews neuroscience*, *3*(3), 201-215.

Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research : Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th edition). Sage publications.

Cordova, J. V., & Kohlenberg, R. J. (1994). Acceptance and the Therapeutic Relationship. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Éds.), *Acceptance and change : Content and context in psychotherapy* (p. 125-141). Context Press Reno, NV.

Correa-Fernández, V., McNeel, M. M., Sandoval, J. R., Tavakoli, N., Kahambwe, J. K., & Kim, H. (2020). Acceptance and Action Questionnaire II : Measurement invariance and associations with distress tolerance among an ethnically diverse university sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *17*, 1-9.

Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating behaviors*, *8*(1), 91-97.

Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms : A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *14*(3), e0213099.

Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences*, *13*(6), 653-665.

Costafreda, S. G., Brammer, M. J., David, A. S., & Fu, C. H. (2008). Predictors of amygdala activation during the processing of emotional stimuli : A meta-analysis of 385 PET and fMRI studies. *Brain research reviews*, *58*(1), 57-70.

Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : Propriétés psychométriques d'une version francophone du

Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *23*(2), 63-72.

Cougle, J. R., Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Macatee, R. J. (2013). Validation of Self-Report Measures of Emotional and Physical Distress Tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *35*(1), 76-84. https://doi.org/10.1007/s10862-012-9317-2

Craig, A. D. (2004). Human feelings : Why are some more aware than others? *Trends in cognitive sciences*, *8*(6), 239-241.

Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological medicine*, *47*(6), 990-999.

Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour research and therapy*, *46*(1), 5-27.

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy : An inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, *58*, 10-23.

Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder : A systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, *74*(4), 319-328.

Critchley, H. D., Mathias, C. J., Josephs, O., O'Doherty, J., Zanini, S., Dewar, B.-K., Cipolotti, L., Shallice, T., & Dolan, R. J. (2003). Human cingulate cortex and autonomic control : Converging neuroimaging and clinical evidence. *Brain*, *126*(10), 2139-2152.

Cummings, E. M., & Davies, P. (1996). Emotional security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Development and psychopathology*, *8*(1), 123-139.

Dan-Glauser, E. S., & Gross, J. J. (2015). The temporal dynamics of emotional acceptance : Experience, expression, and physiology. *Biological psychology*, *108*, 1-12.

Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) : Factor structure and consistency of a French translation. *Swiss Journal of Psychology*, *72*(1), 5.

Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of abnormal psychology*, *114*(4), 729.

Daughters, S. B., Sargeant, M. N., Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., & Lejuez, C. W. (2008). The relationship between distress tolerance and antisocial personality disorder among male inner-city treatment seeking substance users. *Journal of personality disorders*, *22*(5), 509-524.

Davids, T. W. R. (1890). *The questions of king Milinda* (Vol. 35). Clarendon Press.

De Houwer, J. (2006). Using the Implicit Association Test does not rule out an impact of conscious propositional knowledge on evaluative conditioning. *Learning and Motivation*, *37*(2), 176-187.

De Oliveira, Juneau, Stinus, Corman, Michelli, Pellerin, & Shankland. (2024). Cultivating Self-Transcendence Through Meditation Practice : A Test of the Role of Meta-Awareness, (Dis)identification and Non-Reactivity. *Psychological Reports*, *In press*.

De Oliveira, P., Juneau, C., Stinus, C., Corman, M., Michelli, N., Pellerin, N., Shankland, R., & Dambrun, M. (2024). Cultivating Self-Transcendence Through Meditation

Practice : A Test of the Role of Meta-Awareness, (Dis)identification and Non-Reactivity. *Psychological Reports*, 00332941241246469. https://doi.org/10.1177/00332941241246469

De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain : How, when and why? *Trends in cognitive sciences*, *10*(10), 435-441.

De Waal, F. B., & Preston, S. D. (2017). Mammalian empathy : Behavioural manifestations and neural basis. *Nature Reviews Neuroscience*, *18*(8), 498-509.

Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience. *The Scientific World JOURNAL*, *6*, 1146-1163. https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221

DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior : A meta-analysis. *Behavior therapy*, *50*(1), 60-72.

Delaquis, C. P., Joyce, K. M., Zalewski, M., Katz, L. Y., Sulymka, J., Agostinho, T., & Roos, L. E. (2022). Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders : A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *300*, 305-313. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.062

Desbordes, G., Gard, T., Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Kerr, C., Lazar, S. W., Olendzki, A., & Vago, D. R. (2015). Moving beyond mindfulness : Defining equanimity as an outcome measure in meditation and contemplative research. *Mindfulness*, *6*(2), 356-372.

Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and Emotion Regulation in Depression and Anxiety : Common and Distinct Mechanism of Action. *Depression and Anxiety*, *30*(7), 654-661. https://doi.org/10.1002/da.22124

Desseilles, M., Korb, S., & Vuilleumier, P. (2012). Corrélats cérébraux de la régulation émotionelle. In M. Mikolajczak & M. Desseilles, *Traité de régulation des émotions* (p. 54-55). De Boeck Supérieur.

Di Sante, J., Akeson, B., Gossack, A., & Knäuper, B. (2022). Efficacy of ACT-based treatments for dysregulated eating behaviours : A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, *171*, 105929.

Dictionnaire de l'Académie française. (2025a). *Acceptation*. Académie Française.

Dictionnaire de l'Académie française. (2025b). *Ouverture*. Académie Française.

Dictionnaire Larousse. (2025). Acceptation. In *Larousse*. Larousse.

Diedrich, A., Burger, J., Kirchner, M., & Berking, M. (2017). Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(3), 247-263. https://doi.org/10.1111/papt.12107

Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, *58*, 43-51.

Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical psychology: Science and practice*, *10*(2), 166.

Dionne, F., Gagnon, J., Balbinotti, M., Peixoto, E. M., Martel, M.-E., Gillanders, D., & Monestès, J.-L. (2016). " Buying into thoughts" : Validation of a French translation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *48*(4), 278.

Dionne, F., Ngô, T.-L., & Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : Une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, *38*(2), 111-130.

Doll, B. (2008). The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, *37*(1), 69-73.

Dougher, M. J. (1994). The act of acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Éds.), *Acceptance and change : Content and context in psychotherapy* (p. 37-45). Context Press Reno, NV.

Downey, L. A., Mountstephen, J., Lloyd, J., Hansen, K., & Stough, C. (2008). Emotional intelligence and scholastic achievement in Australian adolescents. *Australian Journal of Psychology*, *60*(1), 10-17.

Drake, C., Timko, C., & Luoma, J. (2016). Exploring an Implicit Measure of Acceptance and Experiential Avoidance of Anxiety. *Psychological Record*, *66*(3), 463-475. https://doi.org/10.1007/s40732-016-0186-z

Dunn, B. D., Billotti, D., Murphy, V., & Dalgleish, T. (2009). The consequences of effortful emotion regulation when processing distressing material : A comparison of suppression and acceptance. *Behaviour research and therapy*, *47*(9), 761-773.

Dvorak, R. D., Sargent, E. M., Kilwein, T. M., Stevenson, B. L., Kuvaas, N. J., & Williams, T. J. (2014). Alcohol use and alcohol-related consequences : Associations with emotion regulation difficulties. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *40*(2), 125-130. https://doi.org/10.3109/00952990.2013.877920

Dymond, S., & Barnes, D. (1995). A transformation of self-discrimination response functions in accordance with the arbitrarily applicable relations of sameness, more than, and less than. *Journal of the Experimental Analysis of behavior*, *64*(2), 163-184.

Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation : A meta-analysis. *Mindfulness*, *3*(3), 174-189.

Ehring, T., & Watkins, E. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*(3), 192-205. https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192

Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(3-4), 293-312.

Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1992). *Emotion, regulation, and the development of social competence.* https://psycnet.apa.org/record/1992-98260-005

Eisenberger, R., & Leonard, J. M. (1980). Effects of conceptual task difficulty on generalized persistence. *The American Journal of Psychology*, 285-298.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, *6*(3-4), 169-200. https://doi.org/10.1080/02699939208411068

Ellard, K. K., Barlow, D. H., Whitfield-Gabrieli, S., Gabrieli, J. D., & Deckersbach, T. (2017). Neural correlates of emotion acceptance vs worry or suppression in generalized anxiety disorder. *Social cognitive and affective neuroscience*, *12*(6), 1009-1021.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* https://psycnet.apa.org/record/1963-01437-000

Ellis, A. (1996). How I learned to help clients feel better and get better. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *33*(1), 149.

Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional Neuroimaging of Anxiety : A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia. *American Journal of Psychiatry*, *164*(10), 1476-1488. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504

Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance : Attentional control theory. *Emotion*, *7*(2), 336.

Fang, S., & Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *15*, 225-234.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1 : Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149-1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3 : A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191. https://doi.org/10.3758/BF03193146

Fehr, B., & Russell, J. A. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of experimental psychology: General*, *113*(3), 464.

Feldman, C., & Kuyken, W. (2019). *Mindfulness : Ancient wisdom meets modern psychology*. Guilford Publications.

Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., Simón, V., & Soler, J. (2017). Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder : A Randomized Pilot Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(1), 278-286. https://doi.org/10.1002/cpp.2000

Ferenczi, S. (1926). *The problem of acceptance of unpleasant ideas–advances in knowledge of the sense of reality*.

Ferreira, M. G., Mariano, L. I., Rezende, J. V. de, Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults : A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *309*, 297-308. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134

Fey, W. F. (1954). Acceptance of self and others, and its relation to therapy-readiness. *Journal of Clinical Psychology*, *10*(3), 269.

Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists : Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS one*, *10*(7), e0133481.

Fischer, A. H., & Manstead, A. S. (2008). Social functions of emotion. *Handbook of emotions*, *3*, 456-468.

Flynn, J. J., Hollenstein, T., & Mackey, A. (2010). The effect of suppressing and not accepting emotions on depressive symptoms : Is suppression different for men and women? *Personality and Individual Differences*, *49*(6), 582-586.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, *99*(1), 20.

Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., & Mauss, I. B. (2018). The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts : Laboratory, diary, and longitudinal evidence. *Journal of personality and social psychology*, *115*(6), 1075.

Forman, E. M., Chapman, J. E., Herbert, J. D., Goetter, E. M., Yuen, E. K., & Moitra, E. (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior therapy*, *43*(2), 341-354.

Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herbert, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance-and control-based strategies for coping with food cravings : An analog study. *Behaviour research and therapy*, *45*(10), 2372-2386.

Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2021). Attachment theory and its place in contemporary personality theory and research. *Handbook of personality: Theory and research*, *3*, 642-666.

Francis, A. W., Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the Comprehensive assessment of Acceptance and Commitment Therapy processes (CompACT). *Journal of contextual behavioral science*, *5*(3), 134-145.

French, K., Golijani-Moghaddam, N., & Schröder, T. (2017). What is the evidence for the efficacy of self-help acceptance and commitment therapy ? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *6*(4), 360-374. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.08.002

Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire : Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior therapy*, *38*(3), 234-246.

Freud, S. (1910). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Éditions Payot.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.

Frijda, N. H. (1994). The social roles and functions of emotions. *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influenced/American Psychological Association*, 51-87. https://doi.org/10.1037/10152-002

Frijda, N. H., Kuipers, P., & Ter Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of personality and social psychology*, *57*(2), 212.

Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2004). Mindfulness, acceptance, validation, and "individual" psychopathology in couples. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*, 168-191.

Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation : Interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social cognitive and affective neuroscience*, *8*(8), 911-917.

Gallagher, E. N., & Vella-Brodrick, D. A. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and individual differences*, *44*(7), 1551-1561.

Gamaiunova, L., Shankland, R., Moore, M., Mayor, E., Dessart, G., Kotsou, I., & Fresco, D. (2024). Measuring Decentering – Development and Validation of the French Version of the Experiences Questionnaire (EQ-F). *Psychological Test Adaptation and Development*, *5*, 229-241. https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000083

Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance : The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*, *23*(3), 692.

Gannon, N., & Ranzijn, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and individual Differences*, *38*(6), 1353-1364.

Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (2015a). Mindfulness Broadens Awareness and Builds Eudaimonic Meaning : A Process Model of Mindful Positive Emotion Regulation. *Psychological Inquiry*, *26*(4), 293-314. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1064294

Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (2015b). The Mindfulness-to-Meaning Theory : Extensions, Applications, and Challenges at the Attention–Appraisal–Emotion Interface. *Psychological Inquiry*, *26*(4), 377-387. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1092493

Garland, E. L., & Fredrickson, B. L. (2019). Positive psychological states in the arc from mindfulness to self-transcendence : Extensions of the Mindfulness-to-Meaning Theory and applications to addiction and chronic pain treatment. *Current opinion in psychology*, *28*, 184-191.

Garland, E. L., Hanley, A. W., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Testing the mindfulness-to-meaning theory : Evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. *PloS one*, *12*(12), e0187727.

Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and individual differences*, *38*(6), 1317-1327.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, *30*(8), 1311-1327.

Garner, L. E., Van Kirk, N., Tifft, E. D., Krompinger, J. W., Mathes, B. M., Fraire, M., Falkenstein, M. J., Brennan, B. P., Crosby, J. M., & Elias, J. A. (2018). Validation of the distress tolerance scale-short form in obsessive compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*, *74*(6), 916-925.

Gayner, B., Esplen, M. J., DeRoche, P., Wong, J., Bishop, S., Kavanagh, L., & Butler, K. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of behavioral medicine*, *35*(3), 272-285.

Gehring, W. J., Liu, Y., Orr, J. M., & Carp, J. (2011). The error-related negativity (ERN/Ne). In E. S. Kappenman & S. J. Luck (Éds.), *The Oxford Handbook of Event-Related Potential Components* (p. 232-292). Oxford Library of Psychology.

Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *The International journal of psycho-analysis*, *77*(6), 1181.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., & Ferenbach, C. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, *45*(1), 83-101.

Girme, Y. U., Jones, R. E., Fleck, C., Simpson, J. A., & Overall, N. C. (2021). Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood. *Emotion*, *21*(2), 260-272. https://doi.org/10.1037/emo0000721

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *Discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research* (1st éd.). Routledge.

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy : A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 181-192. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders : A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *59*, 52-60.

Goldin, P. R., Moodie, C. A., & Gross, J. J. (2019). Acceptance versus reappraisal : Behavioral, autonomic, and neural effects. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, *19*(4), 927-944.

Golijani-Moghaddam, N., Hart, A., & Dawson, D. L. (2013). The implicit relational assessment procedure : Emerging reliability and validity data. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *2*(3-4), 105-119.

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., & Shihab, H. M. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being : A systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, *174*(3), 357-368.

Grabovac, A. D., Lau, M. A., & Willett, B. R. (2011). Mechanisms of Mindfulness : A Buddhist Psychological Model. *Mindfulness*, *2*(3), 154-166. https://doi.org/10.1007/s12671-011-0054-5

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation : Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54.

Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Éd.), *Assessing mindfulness and*

acceptance : Illuminating the processes of change. (Vol. 2, p. 107-133). New Harbinger Publications.

Grecucci, A., Pappaianni, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A., & Job, R. (2015). Mindful Emotion Regulation : Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness. *BioMed Research International*, *2015*(1), 670724. https://doi.org/10.1155/2015/670724

Greenberg, L. S. (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *11*(1), 3-16. https://doi.org/10.1002/cpp.388

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). Varieties of shame experience in psychotherapy. *Gestalt Review*, *1*(3), 205-220.

Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, *54*(1), 81-108.

Greenwald, A. G., & Lai, C. K. (2020). Implicit social cognition. *Annual review of psychology*, *71*(1), 419-445.

Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition : The implicit association test. *Journal of personality and social psychology*, *74*(6), 1464.

Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test : I. An improved scoring algorithm. *Journal of personality and social psychology*, *85*(2), 197.

Grégoire, S., Gagnon, J., Lachance, L., Shankland, R., Dionne, F., Kotsou, I., Monestès, J.-L., Rolffs, J. L., & Rogge, R. D. (2020). Validation of the english and french versions of the multidimensional psychological flexibility inventory short form (MPFI-24). *Journal of Contextual Behavioral Science*, *18*, 99-110.

Grégoire, S., Lachance, L., & Richer, L. (2016). *La présence attentive (mindfulness) : État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. PUQ.

Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement : The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. Perlman (Éds.), *Attachment processes in adulthood* (p. 17-52). Jessica Kingsley Publishers.

Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Body Image Dissatisfaction and Weight Self-Stigma in Adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *48*(4), 189-204. https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology*, *2*(3), 271-299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291. https://doi.org/10.1017/S0048577201393198

Gross, J. J. (2015a). Emotion Regulation : Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, *26*(1), 1-26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781

Gross, J. J. (2015b). The Extended Process Model of Emotion Regulation : Elaborations, Applications, and Future Directions. *Psychological Inquiry*, *26*(1), 130-137. https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751

Gross, J. J., & John, O. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes : Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of personality and social psychology*, *85*, 348-362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings : The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of abnormal psychology*, *106*(1), 95.

Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, *2*(2), 151-164.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation : Conceptual foundations, Handbook of emotion regulation. *Nwe York: Guilford*.

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, *37*, 1-12.

Guédeney, N., Fermanian, J., & Bifulco, A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : Étude de validation du construit. *L'encéphale*, *36*(1), 69-76.

Guidano, V. F., Liotti, G., & Pancheri, P. (1971). Semantic differential analysis of self-concept, self-acceptance and parental figures in neurotic and normal subjects. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, *32*(4), 298-311.

Haas, J. R. (1994). The elusive nature of acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Éds.), *Acceptance and change : Content and context in psychotherapy* (p. 33-35). Context Press Reno, NV.

Habib, M., Lavergne, L., & Caparos, S. (2018). Chapitre 3. Les émotions. In *Psychologie cognitive* (p. 70-95). Armand Colin.

Hadash, Y., Segev, N., Tanay, G., Goldstein, P., & Bernstein, A. (2016). The Decoupling Model of Equanimity : Theory, Measurement, and Test in a Mindfulness Intervention. *Mindfulness*, *7*(5), 1214-1226. https://doi.org/10.1007/s12671-016-0564-2

Hahs, A. D., Dixon, M. R., & Paliliunas, D. (2019). Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *12*, 154-159.

Hajcak, G., McDonald, N., & Simons, R. F. (2004). Error-related psychophysiology and negative affect. *Brain and cognition*, *56*(2), 189-197.

Haktanır, A., & Callender, K. A. (2020). Meta-analysis of dialectical behavior therapy (DBT) for treating substance use. *Research on education and psychology*, *4*(Special Issue), 74-87.

Hall, G. S. (1918). Morale in war and after. *Psychological Bulletin*, *15*(11), 361.

Haller, H., Breilmann, P., Schröter, M., Dobos, G., & Cramer, H. (2021). A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Scientific Reports*, *11*, 20385. https://doi.org/10.1038/s41598-021-99882-w

Hamill, T. S., Pickett, S. M., Amsbaugh, H. M., & Aho, K. M. (2015). Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, *72*, 24-29.

Hanh, T. N. (1976). *The miracle of being awake* (M. Q. Hoa, Trad.; 1st éd.). BPS Online Edition 2006.

Hanley, A. W., Bernstein, A., Nakamura, Y., Hadash, Y., Rojas, J., Tennant, K. E., Jensen, R. L., & Garland, E. L. (2020). The Metacognitive Processes of Decentering Scale : Development and initial validation of trait and state versions. *Psychological Assessment*, *32*(10), 956.

Hansen, N. H., Fjorback, L. O., Frydenberg, M., & Juul, L. (2021). Mediators for the effect of compassion cultivating training : A longitudinal path analysis in a randomized controlled trial among caregivers of people with mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 761806.

Harris, R. (2007). *Acceptance and commitment therapy (ACT) introductory workshop handout*.

Harris, R. (2019). *ACT made simple : An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Harris, R., & Hayes, S. C. (2017). *Passez à l'ACT : Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement* (2e édition). De Boeck Superieur.

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). Cognitive Behavioral Processes Across Psychological Disorders : A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach. In *International Journal of Cognitive Therapy* (Vol. 1, p. 181-191). http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/ijct.2008.1.3.181

Haute Autorité de Santé. (2007, juin). *Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves*.

Hawn, S. E., Overstreet, C., Stewart, K. E., & Amstadter, A. B. (2015). Recent advances in the genetics of emotion regulation : A review. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 108-116. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.014

Hayes, S. C. (1989). *Rule-governed behavior : Cognition, contingencies, and instructional control* (p. xix, 391). Plenum Press.

Hayes, S. C. (1994). Content, Context, and the Types of Psychological Acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Éds.), *Acceptance and change : Content and context in psychotherapy* (p. 33-35). Context Press Reno, NV.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, *35*(4), 639-665.

Hayes, S. C. (2005). *Get out of your mind and into your life : The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Hayes, S. C. (2019). *A liberated mind : The essential guide to ACT*. Random House.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory : A post-Skinnerian account of human language and cognition*.

Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The psychological record*, *49*(1), 33-47.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance : Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy : Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy : The process and practice of mindful change*. Guilford press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., & Pistorello, J. (2004). Measuring experiential avoidance : A preliminary test of a working model. *The psychological record*, *54*, 553-578.

Hayes, S. C., Strosahl, & Wilson. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy : An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Publications.

Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness : Method and process. *Clinical psychology: Science and practice*, *10*(2), 161.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders : A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(6), 1152.

Hayes-Skelton, S., Calloway, A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2015). Decentering as a potential common mechanism across two therapies for generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *83*(2), 395.

Hayes-Skelton, S., & Graham, J. (2013). Decentering as a common link among mindfulness, cognitive reappraisal, and social anxiety. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *41*(3), 317-328.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, *52*(3), 511.

Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire : Adaptation and validation in a French-speaking sample. *European Review of Applied Psychology*, *61*(3), 147-151.

Heeren, A., Lannoy, S., Coussement, C., Hoebeke, Y., Verschuren, A., Blanchard, M. A., Chakroun-Baggioni, N., Philippot, P., & Gierski, F. (2021). A network approach to the five-facet model of mindfulness. *Scientific Reports*, *11*(1), 15094.

Heffner, M., Eifert, G. H., Parker, B. T., Hernandez, D. H., & Sperry, J. A. (2003). Valued directions : Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*(4), 378-383.

Herbert, J. D., Forman, E. M., & England, E. L. (2009). Psychological acceptance. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques to your practice*, 4-16.

Hesser, H., Westin, V. Z., & Andersson, G. (2014). Acceptance as a mediator in internet-delivered acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy for tinnitus. *Journal of Behavioral Medicine*, *37*(4), 756-767. https://doi.org/10.1007/s10865-013-9525-6

Hines, E. A. (1932). A standard stimulus for measuring vasomotor reactions : Its application in the study of hypertension. *Mayo Clin Proc*, *7*, 332-335.

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy : New wave or old hat? *Clinical psychology review*, *28*(1), 1-16.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression : A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(2), 169.

Holroyd, C. B., & Coles, M. G. (2002). The neural basis of human error processing : Reinforcement learning, dopamine, and the error-related negativity. *Psychological review*, *109*(4), 679.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, *6*(6), 537-559.

Hooper, N., Villatte, M., Neofotistou, E., & McHugh, L. (2010). The effects of mindfulness versus thought suppression on implicit and explicit measures of experiential avoidance. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *6*(3), 233.

Howell, A. J., & Passmore, H.-A. (2019). Acceptance and Commitment Training (ACT) as a Positive Psychological Intervention : A Systematic Review and Initial Meta-analysis Regarding ACT's Role in Well-Being Promotion Among University Students. *Journal of Happiness Studies*, *20*(6), 1995-2010. https://doi.org/10.1007/s10902-018-0027-7

Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain : A systematic review and meta-analyses. *The Clinical journal of pain*, *33*(6), 552-568.

Hurley, J. R. (1989). Self-acceptance and other-acceptance scales for small groups. *Genetic, social, and general psychology monographs*, *115*(4), 483-503.

Hurley, J. R. (1991). Self-acceptance, acceptance of others, and symlog : Equivalent measures of the two central interpersonal dimensions? *Journal of Clinical Psychology*, *47*(4), 576-582. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199107)47:4%253C576::AID-JCLP2270470417%253E3.0.CO;2-R

Hussey, I., Cummins, J., & Drake, C. (2019). *A critique of IRAP research Ian Hussey, Jamie Cummins & Chad Drake* [Oral communication]. ACBS 2019, Dublin. https://osf.io/ke7zx/

Hussey, I., & Drake, C. E. (2020). *The Implicit Relational Assessment Procedure demonstrates poor internal consistency and test-retest reliability : A meta-analysis*. https://doi.org/10.31234/osf.io/ge3k7

Inda, M. C., Muravieva, E. V., & Alberini, C. M. (2011). Memory retrieval and the passage of time : From reconsolidation and strengthening to extinction. *Journal of Neuroscience*, *31*(5), 1635-1643.

INSERM. (2019). *Dépression · Inserm, La science pour la santé*. Inserm.

INSERM. (2021). *Troubles anxieux · Inserm, La science pour la santé*. Inserm.

Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health : A Systematic Review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *10*(2), 215-235. https://doi.org/10.1111/aphw.12127

Isaacowitz, D. M., Livingstone, K. M., Harris, J. A., & Marcotte, S. L. (2015). Mobile eye tracking reveals little evidence for age differences in attentional selection for mood regulation. *Emotion*, *15*(2), 151.

Isaacowitz, D. M., Livingstone, K. M., Richard, M., & Seif El-Nasr, M. (2018). Aging and attention to self-selected emotional content : A novel application of mobile eye tracking to the study of emotion regulation in adulthood and old age. *Psychology and Aging*, *33*(2), 361.

Iverson, K. M., Follette, V. M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A. E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*(4), 415.

Izard, C. E. (2007). Basic Emotions, Natural Kinds, Emotion Schemas, and a New Paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, *2*(3), 260-280. https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x

Jakubovic, R. J., & Drabick, D. A. (2023). Dialectical behavior therapy-based interventions for externalizing problems among adolescents : A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *30*(3), 251.

Jando, C., & Dionne, F. (2024). A call for qualitative research in Contextual Behavioral Science. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 100751.

Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis : A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *215*, 25-37. https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016

Jayawardene, W. P., Lohrmann, D. K., Erbe, R. G., & Torabi, M. R. (2017). Effects of preventive online mindfulness interventions on stress and mindfulness : A meta-analysis of randomized controlled trials. *Preventive medicine reports*, *5*, 150-159.

Jeffries, E. R., McLeish, A. C., Kraemer, K. M., Avallone, K. M., & Fleming, J. B. (2016). The Role of Distress Tolerance in the Use of Specific Emotion Regulation Strategies. *Behavior Modification*, *40*(3), 439-451. https://doi.org/10.1177/0145445515619596

Jermann, F., Van Der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment*, *22*(2), 126-131. https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126

Johannsen, M., Nissen, E. R., Lundorff, M., & O'Toole, M. S. (2022). Mediators of acceptance and mindfulness-based therapies for anxiety and depression : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *94*, 102156. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102156

Juneau, C., Pellerin, N., Trives, E., Ricard, M., Shankland, R., & Dambrun, M. (2020). Reliability and validity of an equanimity questionnaire : The two-factor equanimity scale (EQUA-S). *PeerJ*, *8*, e9405. https://doi.org/10.7717/peerj.9405

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation : Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, *4*(1), 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell Publishing.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are : Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context : Past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, *10*(2), 144-156.

Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences*, *37*(1), 129-145. https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.006

Kalokerinos, E. K., Greenaway, K. H., Pedder, D. J., & Margetts, E. A. (2014). Don't grin when you win : The social costs of positive emotion expression in performance situations. *Emotion*, *14*(1), 180.

Kang, S. S., Sponheim, S. R., & Lim, K. O. (2022). Interoception underlies therapeutic effects of mindfulness meditation for posttraumatic stress disorder : A randomized clinical trial. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, *7*(8), 793-804.

Karreman, A., & Vingerhoets, A. J. (2012). Attachment and well-being : The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual differences*, *53*(7), 821-826.

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability : Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, *44*(9), 1301-1320.

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, *30*(7), 865-878.

Kassam, K. S., & Mendes, W. B. (2013). The effects of measuring emotion : Physiological reactions to emotional situations depend on whether someone is asking. *PloS one*, *8*(6), e64959.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *3*(1), 1-27.

Keltner, D., & Gross, J. J. (1999). Functional Accounts of Emotions. *Cognition & Emotion*, *13*(5), 467-480. https://doi.org/10.1080/026999399379140

Keltner, D., & Haidt, J. (1999). Social Functions of Emotions at Four Levels of Analysis. *Cognition and Emotion*, *13*(5), 505-521. https://doi.org/10.1080/026999399379168

Keltner, D., & Haidt, J. (2001). *Social functions of emotions.* https://psycnet.apa.org/record/2001-16875-006

Keltner, D., & Kring, A. M. (1998). Emotion, Social Function, and Psychopathology. *Review of General Psychology*, *2*(3), 320-342. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.320

Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R., & Tilston, J. (2005). Comparing acceptance-and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*, *9*(5), 591-598.

Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology : The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*, *41*(4), 567-574.

Kever, A., Pollatos, O., Vermeulen, N., & Grynberg, D. (2015). Interoceptive sensitivity facilitates both antecedent-and response-focused emotion regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, *87*, 20-23.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum : From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.

Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, *73*(3), 539.

Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing : A complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, *62*(2), 95.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy : A comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, *33*(6), 763-771.

Kircanski, K., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2012). Feelings Into Words : Contributions of Language to Exposure Therapy. *Psychological Science*, *23*(10), 1086-1091. https://doi.org/10.1177/0956797612443830

Kiselica, A. M., Rojas, E., Bornovalova, M. A., & Dube, C. (2015). The Nomological Network of Self-Reported Distress Tolerance. *Assessment*, *22*(6), 715-729. https://doi.org/10.1177/1073191114559407

Kiselica, A. M., Webber, T., & Bornovalova, M. A. (2014). Stability and change in distress tolerance and its prospective relationship with borderline personality features : A short-term longitudinal study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *5*(3), 247.

Klimczak, K. S., San Miguel, G. G., Mukasa, M. N., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2023). A systematic review and meta-analysis of self-guided online acceptance and

commitment therapy as a transdiagnostic self-help intervention. *Cognitive Behaviour Therapy*, *52*(3), 269-294. https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2178498

Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder : An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(3), 276-289.

Koerner, K., & Linehan, M. M. (2004). Validation Principles and Strategies. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*, 456.

Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2012). How effective are acceptance strategies? A meta-analytic review of experimental results. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *43*(4), 988-1001.

Kohls, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facets of mindfulness – Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual differences*, *46*(2), 224-230.

Konstantinou, P., Ioannou, M., Melanthiou, D., Georgiou, K., Almas, I., Gloster, A. T., Kassianos, A. P., & Karekla, M. (2023). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *29*, 240-253. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.004

Koster, E. H., Crombez, G., Verschuere, B., & De Houwer, J. (2004). Selective attention to threat in the dot probe paradigm : Differentiating vigilance and difficulty to disengage. *Behaviour research and therapy*, *42*(10), 1183-1192.

Koster, E. H., Verschuere, B., Crombez, G., & Van Damme, S. (2005). Time-course of attention for threatening pictures in high and low trait anxiety. *Behaviour research and therapy*, *43*(8), 1087-1098.

Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation : A systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *51*(7), 1057-1067.

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., & Clark, L. A. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) : A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, *126*(4), 454.

Kotsou, I., Leys, C., & Fossion, P. (2018). Acceptance alone is a better predictor of psychopathology and well-being than emotional competence, emotion regulation and mindfulness. *Journal of affective disorders*, *226*, 142-145.

Kraus, S., & Sears, S. (2009). Measuring the Immeasurables : Development and Initial Validation of the Self-Other Four Immeasurables (SOFI) Scale Based on Buddhist Teachings on Loving Kindness, Compassion, Joy, and Equanimity. *Social Indicators Research*, *92*(1), 169-181. https://doi.org/10.1007/s11205-008-9300-1

Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology : A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. The Guilford press.

Kross, E., & Ayduk, O. (2017). Self-distancing : Theory, research, and current directions. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 55, p. 81-136). Elsevier.

Kross, E., Ayduk, O., & Mischel, W. (2005). When Asking "Why" Does Not Hurt Distinguishing Rumination From Reflective Processing of Negative Emotions. *Psychological Science*, *16*(9), 709-715. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01600.x

Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. Routledge.

Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions : A systematic review. *Substance use & misuse*, *45*(7-8), 1131-1160.

Kupcova, I., Danisovic, L., Klein, M., & Harsanyi, S. (2023). Effects of the COVID-19 pandemic on mental health, anxiety, and depression. *BMC Psychology*, *11*, 108. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01130-5

Kurdek, L. A. (2002). On Being Insecure about the Assessment of Attachment Styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, *19*(6), 811-834. https://doi.org/10.1177/0265407502196005

Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention : An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Psychosocial treatments*, 1-18.

Larsen, J. T., McGraw, A. P., & Cacioppo, J. T. (2001). Can people feel happy and sad at the same time? *Journal of personality and social psychology*, *81*(4), 684.

Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., & Devins, G. (2006). The Toronto mindfulness scale : Development and validation. *Journal of clinical psychology*, *62*(12), 1445-1467.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa : A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, *40*, 111-122.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.

Le Robert. (2025a). Acceptation. In *Le Robert*. Le Robert.

Le Robert. (2025b). *Accueillir*. Le Robert.

Le Robert. (2025c). Ouverture. In *Le Robert*. Le Robert.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events : The implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, *92*(5), 887.

LeDoux, J. (1996). *The emotional brain : The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon and Schuster.

Lee, D. J., Witte, T. K., Weathers, F. W., & Davis, M. T. (2015). Emotion Regulation Strategy Use and Posttraumatic Stress Disorder : Associations Between Multiple Strategies and Specific Symptom Clusters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *37*(3), 533-544. https://doi.org/10.1007/s10862-014-9477-3

Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, G. A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors*, *30*(7), 1335-1341.

Lejuez, C. W., Kahler, C. W., & Brown, R. A. (2003). A modified computer version of the Paced Auditory Serial Addition Task (PASAT) as a laboratory-based stressor. *The Behavior Therapist*, *26*(4), 290-293.

Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Treating Eating Disorders. *Journal of Counseling & Development*, *92*(1), 26-35. https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00127.x

Lépine, J.-P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales médico-psychologiques*.

Levenson, R. W. (1999). The Intrapersonal Functions of Emotion. *Cognition & Emotion*, *13*(5), 481-504. https://doi.org/10.1080/026999399379159

Leventhal, A. M., & Zvolensky, M. J. (2015). Anxiety, depression, and cigarette smoking : A transdiagnostic vulnerability framework to understanding emotion–smoking comorbidity. *Psychological bulletin*, *141*(1), 176.

Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of contextual behavioral science*, *3*(3), 155-163.

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior therapy*, *35*(4), 747-766.

Levy, B. J., & Wagner, A. D. (2011). Cognitive control and right ventrolateral prefrontal cortex : Reflexive reorienting, motor inhibition, and action updating. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1224*(1), 40-62. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.05958.x

Lewis, M., & Naugle, A. (2017). Measuring experiential avoidance : Evidence toward multidimensional predictors of trauma sequelae. *Behavioral Sciences, 7(1), 9.*, *7*(1), 9.

Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders : A review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, *136*(4), 576.

Lieberman, M. D. (2019). Affect labeling in the age of social media. *Nature human behaviour*, *3*(1), 20-21.

Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting Feelings Into Words. *Psychological Science*, *18*(5), 421-428. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x

Lieberman, M. D., Inagaki, T. K., Tabibnia, G., & Crockett, M. J. (2011). Subjective responses to emotional stimuli during labeling, reappraisal, and distraction. *Emotion*, *11*(3), 468.

Lim, D., Condon, P., & DeSteno, D. (2015). Mindfulness and compassion : An examination of mechanism and scalability. *PloS one*, *10*(2), e0118221.

Limesurvey GmbH. (2023). [Logiciel]. LimeSurvey GmbH.

Lindquist, K. A., Gendron, M., Satpute, A. B., & Lindquist, K. (2016). Language and emotion. *Handbook of emotions*, *4*, 579-594.

Lindquist, K. A., Satpute, A. B., & Gendron, M. (2015). Does Language Do More Than Communicate Emotion? *Current Directions in Psychological Science*, *24*(2), 99-108. https://doi.org/10.1177/0963721414553440

Lindquist, K. A., Wager, T. D., Kober, H., Bliss-Moreau, E., & Barrett, L. F. (2012). The brain basis of emotion : A meta-analytic review. *Behavioral and brain sciences*, *35*(3), 121-143.

Lindsay, E. K., Chin, B., Greco, C. M., Young, S., Brown, K. W., Wright, A. G., Smyth, J. M., Burkett, D., & Creswell, J. D. (2018). How mindfulness training promotes positive emotions : Dismantling acceptance skills training in two randomized controlled trials. *Journal of personality and social psychology*, *115*(6), 944-973.

Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2015). Back to the basics : How attention monitoring and acceptance stimulate positive growth. *Psychological Inquiry*, *26*(4), 343-348.

Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training : Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical psychology review*, *51*, 48-59.

Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness, acceptance, and emotion regulation : Perspectives from Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Current opinion in psychology*, *28*, 120-125.

Lindsay, E. K., Young, S., Brown, K. W., Smyth, J. M., & Creswell, J. D. (2019). Mindfulness training reduces loneliness and increases social contact in a randomized controlled trial. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *116*(9), 3488-3493. https://doi.org/10.1073/pnas.1813588116

Lindsay, E. K., Young, S., Smyth, J. M., Brown, K. W., & Creswell, J. D. (2018). Acceptance lowers stress reactivity : Dismantling mindfulness training in a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, *87*, 63-73.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.

Linehan, M. M. (1993b). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder : Implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, *137*, 201-201.

Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change : The central dialectic in psychotherapy. *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*, 73-86.

Linehan, M. M., Dimidjian, S., O'Donohue, W., Fisher, J. E., & Hayes, S. C. (2003). Mindfulness practice. In *Cognitive behavior therapy : Applying empirically supported techniques in your practice* (p. 229-237). Wiley.

Liu, D. Y., & Thompson, R. J. (2017). Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder : An integrative review. *Clinical psychology review*, *57*, 183-194.

Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and social psychology bulletin*, *30*(8), 1018-1034.

Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., Beers, M., & Petty, R. E. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, *5*(1), 113.

Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2018). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis : Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia research*, *192*, 57-63.

Luberto, C. M., McLeish, A. C., Robertson, S. A., Avallone, K. M., Kraemer, K. M., & Jeffries, E. R. (2014). The role of mindfulness skills in terms of distress tolerance : A pilot test among adult daily smokers. *The American Journal on Addictions*, *23*(2), 184-188. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12096.x

Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*, *12*(4), 163-169.

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy : Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(4), 459-480. https://doi.org/10.1002/jclp.20243

Lynch, T. R., & Mizon, G. A. (2011). Distress overtolerance and distress intolerance : A behavioral perspective. *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*, 52-79.

Ma, X., Tamir, M., & Miyamoto, Y. (2018). A socio-cultural instrumental approach to emotion regulation : Culture and the regulation of positive emotions. *Emotion*, *18*(1), 138.

Maccoby, E. E. (1983). Socialization in the context of the family : Parent-child interaction. *Handbook of child psychology*, *4*.

MacLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the" visceral brain" : Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Biopsychosocial Science and Medicine*, *11*(6), 338-353.

MacLean, P. D. (1952). Some psychiatric implications of physiological studies on frontotemporal portion of limbic system (visceral brain). *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, *4*(4), 407-418.

MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of abnormal psychology*, *95*(1), 15.

Magai, C. (2008). Attachment in middle and later life. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (2nd éd., p. 532-551). The Guilford press.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization : Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human development*, *33*(1), 48-61.

Makowski, D., Sperduti, M., Lavallée, S., Nicolas, S., & Piolino, P. (2019). Dispositional mindfulness attenuates the emotional attentional blink. *Consciousness and Cognition*, *67*, 16-25.

Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology : A systematic review. *Journal of affective disorders*, *172*, 428-444.

Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(3), 358.

Maloney, S., Kock, M., Slaghekke, Y., Radley, L., Lopez-Montoyo, A., Montero-Marin, J., & Kuyken, W. (2024). Target mechanisms of mindfulness-based programmes and practices : A scoping review. *BMJ Ment Health*, *27*(1), e300955. https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300955

Marlatt, G. A., Kristeller, J. L., & Miller, W. R. (1999). Mindfulness and meditation. In *Ntegrating spirituality into treatment : Resources for practitioners* (p. 67-84). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10327-004

Marlatt, G. A., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Bowen, S. W., Parks, G. A., Macpherson, L. M., Lonczak, H. S., Larimer, M. E., Simpson, T., & Blume, A. W. (2004). Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*, 261-287.

Marvin, R. S., & Britner, P. A. (2008). Normative development : The ontogeny of attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (2nd éd., p. 269-294). The Guilford press.

Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour research and therapy*, *43*(5), 569-583.

Mason, M. F., Norton, M. I., Van Horn, J. D., Wegner, D. M., Grafton, S. T., & Macrae, C. N. (2007). Wandering Minds : The Default Network and Stimulus-Independent Thought. *Science*, *315*(5810), 393-395. https://doi.org/10.1126/science.1131295

Mason, O., & Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, *74*(2), 197-212. https://doi.org/10.1348/000711201160911

Masuda, A., Twohig, M. P., Stormo, A. R., Feinstein, A. B., Chou, Y.-Y., & Wendell, J. W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*(1), 11-17.

Matejka, M., Kazzer, P., Seehausen, M., Bajbouj, M., Klann-Delius, G., Menninghaus, W., Jacobs, A. M., Heekeren, H. R., & Prehn, K. (2013). Talking about emotion : Prosody and skin conductance indicate emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, *4*, 260.

Matthews, K. A., & Stoney, C. M. (1988). Influences of sex and age on cardiovascular responses during stress. *Biopsychosocial Science and Medicine*, *50*(1), 46-56.

Matthews, M., Webb, T. L., Shafir, R., Snow, M., & Sheppes, G. (2021). Identifying the determinants of emotion regulation choice : A systematic review with meta-analysis. *Cognition and Emotion*, *35*(6), 1056-1084. https://doi.org/10.1080/02699931.2021.1945538

Matthies, S., Philipsen, A., Lackner, H. K., Sadohara, C., & Svaldi, J. (2014). Regulation of sadness via acceptance or suppression in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Psychiatry research*, *220*(1-2), 461-467.

Matweychuk, W., DiGiuseppe, R., & Gulyayeva, O. (2019). A Comparison of REBT with Other Cognitive Behavior Therapies. In M. E. Bernard & W. Dryden (Éds.), *Advances in REBT* (p. 47-77). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-93118-0_3

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., & Gallop, R. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide : A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, *75*(8), 777-785.

McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, *20*(1), 1-9. https://doi.org/10.1037/emo0000703

Mehta, A., Young, G., Wicker, A., Barber, S., & Suri, G. (2017). Emotion regulation choice : Differences in US and Indian populations. *International Journal of Indian Psychology*, *4*(2), 2348-5396.

Memarian, N., Torre, J. B., Haltom, K. E., Stanton, A. L., & Lieberman, M. D. (2017). Neural activity during affect labeling predicts expressive writing effects on well-being : GLM and SVM approaches. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *12*(9), 1437-1447.

Mendolia, M., & Kleck, R. E. (1993). Effects of talking about a stressful event on arousal : Does what we talk about make a difference? *Journal of personality and social psychology*, *64*(2), 283.

Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior therapy*, *38*(3), 284-302.

Mesquita, B., & Walker, R. (2003). Cultural differences in emotions : A context for interpreting emotional experiences. *Behaviour research and therapy*, *41*(7), 777-793.

Messina, I., Grecucci, A., & Viviani, R. (2021). Neurobiological models of emotion regulation : A meta-analysis of neuroimaging studies of acceptance as an emotion regulation strategy. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *16*(3), 257-267.

Messina, I., Maniglio, R., & Spataro, P. (2023). Attachment Insecurity and Depression : The Mediating Role of Interpersonal Emotion Regulation. *Cognitive Therapy and Research*, *47*(4), 637-647. https://doi.org/10.1007/s10608-023-10386-5

Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., Van Broeck, N., Fantini-Hauwel, C., & Mierop, A. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion*, *15*(5), 653.

Mikolajczak, M., & Desseilles, M. (2012). Introduction à la régulation des émotions. In *Traité de Régulation des émotions* (p. 19-33). De Boeck Superieur.

Mikolajczak, M., Menil, C., & Luminet, O. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress : Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in personality*, *41*(5), 1107-1117.

Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., & Nelis, D. (2020). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood : Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood : Structure, dynamics, and change* (2nd éd.). Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology*, *25*, 6-10.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation : The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 77-102. https://doi.org/10.1023/A:1024515519160

Miljkovitch, R., Danner-Touati, C., Gery, I., Bernier, A., Sirparanta, A., & Deborde, A.-S. (2020). The role of multiple attachments in intergenerational transmission of child sexual abuse among male victims. *Child Abuse & Neglect*, *128*, 104864.

Miljkovitch, R., Moss, E., Bernier, A., Pascuzzo, K., & Sander, E. (2015). Refining the assessment of internal working models : The Attachment Multiple Model Interview. *Attachment & Human Development*, *17*(5), 492-521. https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1075561

Millgram, Y., Sheppes, G., Kalokerinos, E. K., Kuppens, P., & Tamir, M. (2019). Do the ends dictate the means in emotion regulation? *Journal of Experimental Psychology: General*, *148*(1), 80.

Monachesi, B., Grecucci, A., Ahmadi Ghomroudi, P., & Messina, I. (2023). Comparing reappraisal and acceptance strategies to understand the neural architecture of emotion regulation : A meta-analytic approach. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1187092.

Monestès, J.-L., & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie*. Dunod.

Monestès, J.-L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Elsevier Masson.

Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European review of applied psychology*, *59*(4), 301-308.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, *16*(2), 361-388. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x

Morris, J. S., Friston, K. J., Büchel, C., Frith, C. D., Young, A. W., Calder, A. J., & Dolan, R. J. (1998). A neuromodulatory role for the human amygdala in processing emotional facial expressions. *Brain: a journal of neurology*, *121*(1), 47-57.

Morris, J. S., Frith, C. D., Perrett, D. I., Rowland, D., Young, A. W., Calder, A. J., & Dolan, R. J. (1996). A differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions. *Nature*, *383*(6603), 812-815.

Mortazavizadeh, Z., & Forstmeier, S. (2018). The role of emotion regulation in the association of adult attachment and mental health : A systematic review. *Archives of Psychology*, *2*(9). https://doi.org/DOI:%252010.31296/aop.v2i9.83

Murakami, H., Katsunuma, R., Oba, K., Terasawa, Y., Motomura, Y., Mishima, K., & Moriguchi, Y. (2015). Neural networks for mindfulness and emotion suppression. *PloS one*, *10*(6), e0128005.

Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources : Does self-control resemble a muscle? *Psychological bulletin*, *126*(2), 247.

Murys-Chaix, E., Iakimova, G., & Szekely, D. (2024). Intérêt de la psychothérapie d'acceptation et d'engagement et de la thérapie fondée sur la compassion pour soutenir le maintien de l'abstinence dans les polyaddictions. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. https:// doi.org/10.1016/j.amp.2023.10.005

Nakamura, Y. M., & Orth, U. (2005). Acceptance as a Coping Reaction : Adaptive or not? *Swiss Journal of Psychology*, *64*(4), 281-292. https://doi.org/10.1024/1421-0185.64.4.281

Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies : A meta-analytic examination. *Psychological bulletin*, *143*(4), 384.

Nardelli, C., Montreuil, T., Naoufal, M., Berking, M., Baeyens, C., & Bortolon, C. (2024). French validation of the Emotion Regulation Skills Questionnaire. *European Review of Applied Psychology*, *74*(1), 100877. https://doi.org/10.1016/j.erap.2023.100877

Neale-Lorello, D., & Haaga, D. A. (2015). The “observing” facet of mindfulness moderates stress/symptom relations only among meditators. *Mindfulness*, *6*(6), 1286-1291.

Neff, K. (2003a). Self-Compassion : An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85-101. https://doi.org/10.1080/15298860309032

Neff, K. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 223-250. https://doi.org/10.1080/15298860309027

Neff, K. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, *5*(1), 1-12. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x

Neff, K., & Pommier, E. (2013). The Relationship between Self-compassion and Other-focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, *12*(2), 160-176. https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546

Netzer, L., Van Kleef, G. A., & Tamir, M. (2015). Interpersonal instrumental emotion regulation. *Journal of experimental social psychology*, *58*, 124-135.

Neufeld, R. W., & Thomas, P. (1977). Effects of perceived efficacy of a prophylactic controlling mechanism on self-control under pain stimulation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *9*(3), 224.

Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G., & McQuillan, A. (2010). Assessment of Mindfulness With the French Version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in Community and Borderline Personality Disorder Samples. *Assessment*, *17*(2), 197-205. https://doi.org/10.1177/1073191110363551

Nicholls, J. G., Licht, B. G., & Pearl, R. A. (1982). Some dangers of using personality questionnaires to study personality. *Psychological Bulletin*, *92*(3), 572.

Niles, A. N., Craske, M. G., Lieberman, M. D., & Hur, C. (2015). Affect labeling enhances exposure effectiveness for public speaking anxiety. *Behaviour research and therapy*, *68*, 27-36.

Nosek, B. A., Bar-Anan, Y., Sriram, N., Axt, J., & Greenwald, A. G. (2014). Understanding and using the brief implicit association test : Recommended scoring procedures. *PloS one*, *9*(12), e110938.

Nosek, B. A., Hawkins, C. B., & Frazier, R. S. (2011). Implicit social cognition : From measures to mechanisms. *Trends in cognitive sciences*, *15*(4), 152-159.

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research : A synthesis of recommendations. *Academic medicine*, *89*(9), 1245-1251.

Ochsner, K. N., & Feldman Barrett, L. (2001). A multiprocess perspective on the neuroscience of emotion. *Emotion: Current issues and future directions*, 38-81.

Odou, N., & Brinker, J. (2014). Exploring the Relationship between Rumination, Self-compassion, and Mood. *Self and Identity*, *13*(4), 449-459. https://doi.org/10.1080/15298868.2013.840332

Ong, C. W., Barney, J. L., Barrett, T. S., Lee, E. B., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). The role of psychological inflexibility and self-compassion in acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *13*, 7-16.

Onnink, C. M., Konstantinidou, Y., Moskovich, A. A., Karekla, M. K., & Merwin, R. M. (2022). Acceptance and commitment therapy (ACT) for eating disorders : A systematic

review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *26*, 11-28.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Life skills education in schools.* Genève : OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*.

Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Skills for health : Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school*.

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *World mental health report : Transforming mental health for all* (p. 296). OMS.

Organisation Mondiale de la Santé. (2025). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders : Executive summary*. Organisation Mondiale de la Santé. https://doi.org/10.2471/B09329

Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior modification*, *29*(1), 95-129.

Orsillo, S. M., Roemer, L., Lerner, J. B., & Tull, M. T. (2004). *Acceptance, Mindfulness, and Cognitive-Behavioral Therapy : Comparisons, Contrasts, and Application to Anxiety.*

Pakenham, K. I., Landi, G., Cattivelli, R., Grandi, S., & Tossani, E. (2023). Identification of psychological flexibility and inflexibility profiles during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Psychology*, *79*(10), 2225-2250. https://doi.org/10.1002/jclp.23536

Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, *24*(2), 213-223. https://doi.org/10.1177/1049731513503047

Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction : A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour research and therapy*, *95*, 29-41.

Paucsik, M., Nardelli, C., Bortolon, C., Shankland, R., Leys, C., & Baeyens, C. (2023). Self-compassion and emotion regulation : Testing a mediation model. *Cognition and Emotion*, *37*(1), 49-61. https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2143328

Pavlov, P. I. (1927). Conditioned reflexes : An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. *Annals of neurosciences*, *17*(3), 136.

Pearson, M. R., Lawless, A. K., Brown, D. B., & Bravo, A. J. (2015). Mindfulness and emotional outcomes : Identifying subgroups of college students using latent profile analysis. *Personality and Individual Differences*, *76*, 33-38.

Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions : A meta-analysis. *Frontiers in psychology*, *6*, 160.

Pepping, C. A., O'Donovan, A., & Davis, P. J. (2013). The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology*, *8*(5), 376-386. https://doi.org/10.1080/17439760.2013.807353

Peterson, L. G., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, *149*(7), 936-943.

Petrova, K., & Gross, J. J. (2023). The Future of Emotion Regulation Research : Broadening Our Field of View. *Affective Science*, *4*(4), 609-616. https://doi.org/10.1007/s42761-023-00222-0

Philippot, P. (2007). *Émotion et psychothérapie*. Mardaga.

Philippot, P. (2016). Chapitre 2. Démêler l'écheveau des processus psychologiques en psychopathologie. In *L'approche transdiagnostique en psychopathologie* (p. 33-60). Dunod.

Prudenzi, A., Graham, C. D., Clancy, F., Hill, D., O'Driscoll, R., Day, F., & O'Connor, D. B. (2021). Group-based acceptance and commitment therapy interventions for improving general distress and work-related distress in healthcare professionals : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *295*, 192-202.

Purves, D., & Piatt, M. L. (2015). Les émotions. In D. Purves, G. J. Augustine, D. Fitzpatrick, W. C. Hall, A. S. LaMantia, & L. White, *Neurosciences* (5ème, Vol. 15). De Boeck Superieur.

Quinn, E. P., Brandon, T. H., & Copeland, A. L. (1996). Is task persistence related to smoking and substance abuse? The application of learned industriousness theory to addictive behaviors. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *4*(2), 186.

Quirk, G. J. (2002). Memory for Extinction of Conditioned Fear Is Long-lasting and Persists Following Spontaneous Recovery. *Learning & Memory*, *9*(6), 402-407. https://doi.org/10.1101/lm.49602

Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being : Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and individual differences*, *49*(5), 368-373.

Racy, F., & Morin, A. (2024). Relationships between self-talk, inner speech, mind wandering, mindfulness, self-concept clarity, and self-regulation in university students. *Behavioral Sciences*, *14*(1), 55.

Radkovsky, A., McArdle, J. J., Bockting, C. L., & Berking, M. (2014). Successful emotion regulation skills application predicts subsequent reduction of symptom severity during treatment of major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(2), 248.

Raes, F., Dewulf, D., Van Heeringen, C., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood : Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour research and therapy*, *47*(7), 623-627.

Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Beyers, W., Eelen, P., & Brunfaut, E. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of abnormal psychology*, *115*(4), 699.

Rahl, H. A., Lindsay, E. K., Pacilio, L. E., Brown, K. W., & Creswell, J. D. (2017). Brief mindfulness meditation training reduces mind wandering : The critical role of acceptance. *Emotion*, *17*(2), 224.

Randal, C., Pratt, D., & Bucci, S. (2015). Mindfulness and Self-esteem : A Systematic Review. *Mindfulness*, *6*(6), 1366-1378. https://doi.org/10.1007/s12671-015-0407-6

Rash, J. A., Kavanagh, V. A., & Garland, S. N. (2019). A meta-analysis of mindfulness-based therapies for insomnia and sleep disturbance : Moving towards processes of change. *Sleep medicine clinics*, *14*(2), 209-233.

Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics*, *2*(1), 21-33.

Reangsing, C., Trakooltorwong, P., Maneekunwong, K., Thepsaw, J., & Oerther, S. (2023). Effects of online mindfulness-based interventions (MBIs) on anxiety symptoms in adults : A systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *23*(1), 269. https://doi.org/10.1186/s12906-023-04102-9

Reber, C. A. S., Boden, M. T., Mitragotri, N., Alvarez, J., Gross, J. J., & Bonn-Miller, M. O. (2013). A Prospective Investigation of Mindfulness Skills and Changes in Emotion Regulation Among Military Veterans in Posttraumatic Stress Disorder Treatment. *Mindfulness*, *4*(4), 311-317. https://doi.org/10.1007/s12671-012-0131-4

Rescorla, R. A. (2001). Retraining of extinguished Pavlovian stimuli. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, *27*(2), 115-124. https://doi.org/10.1037/0097-7403.27.2.115

Reyes, N. M., Pickard, K., & Reaven, J. (2019). Emotion regulation : A treatment target for autism spectrum disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *83*(3), 205-234.

Ribeyron, J., Shankland, R., Leys, C., & Duriez, N. (2025). Acceptance is a better predictor of anxiety, depressive symptoms, and well-being compared to other emotional competences. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *57*, S86-S99. https://doi.org/10.1037/cbs0000430

Rochefort, C., Baldwin, A. S., & Chmielewski, M. (2018). Experiential avoidance : An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior Therapy*, *49*(3), 435-449.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder : Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical psychology: Science and practice*, *9*(1), 54.

Rogers, C. R. (1940). The processes of therapy. *Journal of consulting psychology*, *4*(5), 161.

Rogers, C. R. (1943). Therapy in guidance clinics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *38*(2), 284.

Rogers, C. R. (1944a). Psychological adjustments of discharged service personnel. *Psychological Bulletin*, *41*(10), 689.

Rogers, C. R. (1944b). The development of insight in a counseling relationship. *Journal of Consulting Psychology*, *8*(6), 331.

Rogers, C. R. (1947). Some observations on the organization of personality. *American psychologist*, *2*(9), 358.

Rogers, C. R., & Wallen, J. L. (1946). *Counseling with returned servicemen.* https://doi.org/10.1037/11564-000

Roisman, G. I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R. C., Clausell, E., & Clarke, A. (2007). The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style : An empirical rapprochement. *Journal of personality and social psychology*, *92*(4), 678.

Rolffs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2018). Disentangling components of flexibility via the hexaflex model : Development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, *25*(4), 458-482.

Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., & Arntz, A. (2012). The Effects of Experimentally Induced Rumination, Positive Reappraisal, Acceptance, and Distancing When Thinking About a Stressful Event on Affect States in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*(1), 73-84. https://doi.org/10.1007/s10802-011-9544-0

Rossato, J. I., Bevilaqua, L. R., Izquierdo, I., Medina, J. H., & Cammarota, M. (2010). Retrieval induces reconsolidation of fear extinction memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *107*(50), 21801-21805.

Rost, A. D., Wilson, K., Buchanan, E., Hildebrandt, M. J., & Mutch, D. (2012). Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients : Examining the role of avoidance in treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(4), 508-517.

Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical behaviour therapy improves emotion dysregulation mainly in binge eating disorder and bulimia nervosa : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personalized Medicine*, *11*(9), 931.

Rudge, S., Feigenbaum, J. D., & Fonagy, P. (2020). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy and cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder : A critical review of the literature. *Journal of Mental Health*, *29*(1), 92-102. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322185

Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of personality and social psychology*, *39*(6), 1161.

Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, *4*(4), 99-104. https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395

Ryff, C. D., Dienberg Love, G., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., Davidson, R. J., & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being : Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and psychosomatics*, *75*(2), 85-95.

Safran, J., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Rowman & Littlefield.

Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Parker, P., & Scrucca, L. (2016). Using Genetic Algorithms in a Large Nationally Representative American Sample to Abbreviate the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, *7*, 189. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00189

Sakamoto, R., Ohtake, Y., Kataoka, Y., Matsuda, Y., Hata, T., Otonari, J., Yamane, A., Matsuoka, H., & Yoshiuchi, K. (2022). Efficacy of acceptance and commitment therapy for people with type 2 diabetes : Systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*, *13*(2), 262-270. https://doi.org/10.1111/jdi.13658

Sala, M., Aslan, M., Gueorguieva, R., Schupak, M., & Garrison, K. A. (2023). A Network Investigation of Core Mindfulness Processes. *Mindfulness*, *14*(4), 992-1004. https://doi.org/10.1007/s12671-023-02109-4

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, *9*(3), 185-211.

Sanada, K., Montero-Marin, J., Alda Diez, M., Salas-Valero, M., Pérez-Yus, M. C., Morillo, H., Demarzo, M. M., García-Toro, M., & Garcia-Campayo, J. (2016). Effects of mindfulness-based interventions on salivary cortisol in healthy adults : A meta-analytical review. *Frontiers in physiology*, *7*, 471.

Sancho, M., De Gracia, M., Rodriguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., & Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions : A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 95.

Sander, D., Grandjean, D., & Scherer, K. R. (2005). A systems approach to appraisal mechanisms in emotion. *Neural networks*, *18*(4), 317-352.

Scheibe, S., Sheppes, G., & Staudinger, U. M. (2015). Distract or reappraise? Age-related differences in emotion-regulation choice. *Emotion*, *15*(6), 677.

Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*, *92*(120), 57.

Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, *44*(4), 695-729. https://doi.org/10.1177/0539018405058216

Schloss, H. M., & Haaga, D. A. F. (2011). Interrelating Behavioral Measures of Distress Tolerance with Self-Reported Experiential Avoidance. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy : RET*, *29*(1), 53-63. https://doi.org/10.1007/s10942-011-0127-3

Schmeichel, B. J., Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2018). Intellectual performance and ego depletion : Role of the self in logical reasoning and other information processing. In R. F. Baumeister (Éd.), *Self-Regulation and Self-Control* (p. 310-339). Routledge.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Simunek, M., McKenley, J., & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition & Emotion*, *16*(6), 769-785.

Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological bulletin*, *103*(2), 147.

Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford publications.

Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation : Emotional cascades. *Behaviour research and therapy*, *46*(5), 593-611.

Seligowski, A. V., & Orcutt, H. K. (2015). Examining the Structure of Emotion Regulation : A Factor-Analytic Approach: Emotion Regulation. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(10), 1004-1022. https://doi.org/10.1002/jclp.22197

Shah, M. (2021). Acceptance-Based Therapies and Asian Philosophical Traditions : Similarities and Differences in the Concept of Acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *39*(1), 1-13. https://doi.org/10.1007/s10942-020-00355-2

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals : Results from a randomized trial. *International journal of stress management*, *12*(2), 164.

Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers : Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and education in professional psychology*, *1*(2), 105.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(3), 373-386. https://doi.org/10.1002/jclp.20237

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, *4*(2), 133-161. https://doi.org/10.1080/14616730210154171

Shenk, C. E., & Fruzzetti, A. E. (2011). The Impact of Validating and Invalidating Responses on Emotional Reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(2), 163-183. https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.2.163

Sheppes, G. (2014). Emotion regulation choice : Theory and findings. *Handbook of emotion regulation*, *2*, 126-139.

Sheppes, G., & Gross, J. J. (2011). Is Timing Everything? Temporal Considerations in Emotion Regulation. *Personality and Social Psychology Review*, *15*(4), 319-331. https://doi.org/10.1177/1088868310395778

Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. J. (2011). Emotion-Regulation Choice. *Psychological Science*, *22*(11), 1391-1396. https://doi.org/10.1177/0956797611418350

Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation choice : A conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, *143*(1), 163.

Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior : A research story.* Authors Cooperative.

Simione, L., Raffone, A., & Mirolli, M. (2021). Acceptance, and Not Its Interaction with Attention Monitoring, Increases Psychological Well-Being : Testing the Monitor and Acceptance Theory of Mindfulness. *Mindfulness*, *12*(6), 1398-1411. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01607-7

Simione, L., & Saldarini, F. (2023). A Critical Review of the Monitor and Acceptance Theory of Mindfulness. *Mindfulness*, *14*(6), 1317-1328. https://doi.org/10.1007/s12671-023-02129-0

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale : Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, *29*(2), 83-102.

Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation : The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*(3), 434.

Singer, A. R., & Dobson, K. S. (2007). An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression. *Behaviour research and therapy*, *45*(3), 563-575.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, *18*(8), 503-515. https://doi.org/10.1037/h0045185

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders : A systematic review. *Clinical psychology review*, *57*, 141-163.

Slutsky, J., Rahl, H., Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mindfulness, emotion regulation, and social threat. In *Mindfulness in social psychology* (p. 79-93). Routledge.

Smith, B. M., Villatte, J. L., Ong, C. W., Butcher, G. M., Twohig, M. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2019). The influence of a personal values intervention on cold pressor-induced distress tolerance. *Behavior Modification*, *43*(5), 688-710.

Smoski, M. J., Keng, S.-L., Ji, J. L., Moore, T., Minkel, J., & Dichter, G. S. (2015). Neural indicators of emotion regulation via acceptance vs reappraisal in remitted major depressive disorder. *Social cognitive and affective neuroscience*, *10*(9), 1187-1194.

Snyder, R., Shapiro, S., & Treleaven, D. (2012). Attachment Theory and Mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(5), 709-717. https://doi.org/10.1007/s10826-011-9522-8

Song, H., Chan, J. S., & Ryan, C. (2024). Differences and Similarities in the Use of Nine Emotion Regulation Strategies in Western and East-Asian Cultures : Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *55*(8), 865-885. https://doi.org/10.1177/00220221241285006

Southward, M. W., Heiy, J. E., & Cheavens, J. S. (2019). Emotions as Context : Do the Naturalistic Effects of Emotion Regulation Strategies Depend on the Regulated Emotion? *Journal of Social and Clinical Psychology*, *38*(6), 451-474. https://doi.org/10.1521/jscp.2019.38.6.451

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2009). *The development of the person : The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press.

Stahl, J., Acharki, M., Kresimon, M., Völler, F., & Gibbons, H. (2015). Perfect error processing : Perfectionism-related variations in action monitoring and error processing mechanisms. *International Journal of Psychophysiology*, *97*(2), 153-162.

Stein, E., & Witkiewitz, K. (2020). Dismantling Mindfulness-Based Programs : A Systematic Review to Identify Active Components of Treatment. *Mindfulness*, *11*(11), 2470-2485. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01444-0

Stemmer, B., Segalowitz, S. J., Witzke, W., & Schönle, P. W. (2004). Error detection in patients with lesions to the medial prefrontal cortex : An ERP study. *Neuropsychologia*, *42*(1), 118-130.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant : A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.

Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy

(ACT) : A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *47*(3), 332-362.

Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder : A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS one*, *9*(4), e96110.

Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of experimental psychology*, *18*(6), 643.

Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology : The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, *37*(1), 52-68.

Suls, J., & Wan, C. K. (1993). The relationship between trait hostility and cardiovascular reactivity : A quantitative review and analysis. *Psychophysiology*, *30*(6), 615-626.

Suls, J., Wan, C. K., & Costa, P. T. (1995). Relationship of trait anger to resting blood pressure : A meta-analysis. *Health psychology*, *14*(5), 444.

Suri, G., Sheppes, G., Young, G., Abraham, D., McRae, K., & Gross, J. J. (2018). Emotion regulation choice : The role of environmental affordances. *Cognition and Emotion*, *32*(5), 963-971. https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1371003

Sutton, R. I. (1991). Maintaining norms about expressed emotions : The case of bill collectors. *Administrative science quarterly*, 245-268.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2019). *Using multivariate statistics (Vol. 6, pp. 497-516)*. Boston, MA: Pearson.

Tabibnia, G., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2008). The lasting effect of words on feelings : Words may facilitate exposure effects to threatening images. *Emotion*, *8*(3), 307.

Tamburini, M., & Bréjard, V. (2015). Fiche 10. L'effet de positivité : Une compétence à favoriser pour une meilleure prise en charge des personnes âgées. In *Psychologie clinique du vieillissement* (p. 151-165). In Press.

Tamir, M. (2015). Why Do People Regulate Their Emotions? A Taxonomy of Motives in Emotion Regulation. *Personality and Social Psychology Review*, *20*(3), 199-222. https://doi.org/10.1177/1088868315586325

Tamir, M., & Ford, B. Q. (2009). Choosing to be afraid : Preferences for fear as a function of goal pursuit. *Emotion*, *9*(4), 488.

Tamir, M., Mitchell, C., & Gross, J. J. (2008). Hedonic and Instrumental Motives in Anger Regulation. *Psychological Science*, *19*(4), 324-328. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02088.x

Taylor, S. E. (1999). *Anxiety sensitivity : Theory, research, and treatment of the fear of anxiety.*

Taylor, V. A., Grant, J., Daneault, V., Scavone, G., Breton, E., Roffe-Vidal, S., Courtemanche, J., Lavarenne, A. S., & Beauregard, M. (2011). Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *Neuroimage*, *57*(4), 1524-1533.

Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression : Empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, *70*(2), 275.

Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and therapy*, *33*(1), 25-39.

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale

(WEMWBS) : Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*(1), 63. https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63

Teper, R., & Inzlicht, M. (2013). Meditation, mindfulness and executive control : The importance of emotional acceptance and brain-based performance monitoring. *Social cognitive and affective neuroscience*, *8*(1), 85-92.

Teper, R., Segal, Z. V., & Inzlicht, M. (2013). Inside the Mindful Mind : How Mindfulness Enhances Emotion Regulation Through Improvements in Executive Control. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(6), 449-454. https://doi.org/10.1177/0963721413495869

Tharwat, D., Trousselard, M., Fromage, D., Belrose, C., Balès, M., Sutter-Dallay, A.-L., Ezto, M.-L., Hurstel, F., Harvey, T., & Martin, S. (2022). Acceptance mindfulness-trait as a protective factor for post-natal depression : A preliminary research. *International journal of environmental research and public health*, *19*(3), 1545.

The jamovi project (Version 2.0). (2023). [Logiciel].

Thomassin, K., Morelen, D., & Suveg, C. (2012). Emotion Reporting Using Electronic Diaries Reduces Anxiety Symptoms in Girls With Emotion Dysregulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *42*(4), 207-213. https://doi.org/10.1007/s10879-012-9205-9

Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, *3*(4), 269-307.

Thurman, R. A. (1984). *Tsong Khapa's Speech of Gold in the Essence of True Eloquence : Reason and enlightenment in the central philosophy of Tibet*. Princeton University Press.

Tonarelli, S. B., Pasillas, R., Alvarado, L., Dwivedi, A., & Cancellare, A. (2016). Acceptance and commitment therapy compared to treatment as usual in psychosis : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatry*, *19*(3), 2-5.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, *19*(6), 349-357.

Torre, J. B., & Lieberman, M. D. (2018). Putting Feelings Into Words : Affect Labeling as Implicit Emotion Regulation. *Emotion Review*, *10*(2), 116-124. https://doi.org/10.1177/1754073917742706

Torrisi, S. J., Lieberman, M. D., Bookheimer, S. Y., & Altshuler, L. L. (2013). Advancing understanding of affect labeling with dynamic causal modeling. *NeuroImage*, *82*, 481-488.

Touati, C. D., Miljkovitch, R., Sirparanta, A., & Deborde, A.-S. (2022). The role of attachment to the foster parent with regard to suicidal risk among adult survivors of childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *128*, 104886.

Trafton, J. A., & Gifford, E. V. (2011). Biological bases of distress tolerance. *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*, 80-102.

Trindade, I. A., Guiomar, R., Carvalho, S. A., Duarte, J., Lapa, T., Menezes, P., Nogueira, M. R., Patrão, B., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2021). Efficacy of Online-Based Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain : A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, *22*(11), 1328-1342. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.04.003

Trousselard, M., Steiler, D., Dutheil, F., Claverie, D., Canini, F., Fenouillet, F., Naughton, G., Stewart-Brown, S., & Franck, N. (2016). Validation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations. *Psychiatry research*, *245*, 282-290.

Trousselard, M., Steiler, D., Raphel, C., Cian, C., Duymedjian, R., Claverie, D., & Canini, F. (2010). Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory-short

version : Relationships between mindfulness and stress in an adult population. *BioPsychoSocial medicine*, *4*(1), 1-11.

Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining : Cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*, *10*(6), 783.

Tull, M. T., & Aldao, A. (2015). Editorial overview : New directions in the science of emotion regulation. *Current opinion in psychology*, *3*, iv-x.

Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior therapy*, *38*(3), 303-313.

Turgon, R., Ruffault, A., Juneau, C., Blatier, C., & Shankland, R. (2019). Eating Disorder Treatment : A Systematic Review and Meta-analysis of the Efficacy of Mindfulness-Based Programs. *Mindfulness*, *10*(11), 2225-2244. https://doi.org/10.1007/s12671-019-01216-5

Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance : Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *12*, 278-284.

Tzioridou, S., Dresler, M., Sandberg, K., & Mueller, E. M. (2022). The role of mindful acceptance and lucid dreaming in nightmare frequency and distress. *Scientific Reports*, *12*(1), 15737.

Vahey, N. A., Nicholson, E., & Barnes-Holmes, D. (2015). A meta-analysis of criterion effects for the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) in the clinical domain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *48*, 59-65. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.01.004

Valdez, C. E., Sherrill, A. M., & Lilly, M. (2016). Present Moment Contact and Nonjudgment : Pilot Data on Dismantling Mindful Awareness in Trauma-Related Symptomatology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *38*(4), 572-581. https://doi.org/10.1007/s10862-016-9548-8

Van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., Fjorback, L. O., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical psychology review*, *37*, 26-39.

Vaughan-Johnston, T. I., Quickert, R. E., & MacDonald, T. K. (2017). Psychological flexibility under fire : Testing the incremental validity of experiential avoidance. *Personality and Individual Differences*, *105*, 335-349.

Vázquez-Morejón Jiménez, R., León Rubio, J. M., Martín Rodríguez, A., & Vázquez Morejón, A. J. (2019). Validation of a Spanish version of the Brief Experiential Avoidance Questionnaire (BEAQ) in clinical population. *Psicothema, 31 (3), 335-340.*

Veen, V. van, & Carter, C. S. (2002). The timing of action-monitoring processes in the anterior cingulate cortex. *Journal of cognitive neuroscience*, *14*(4), 593-602.

Veilleux, J. C., Hill, M. A., Skinner, K. D., Pollert, G. A., Baker, D. E., & Spero, K. D. (2018). The dynamics of persisting through distress : Development of a Momentary Distress Intolerance Scale using ecological momentary assessment. *Psychological Assessment*, *30*(11), 1468.

Veilleux, J. C., Pollert, G. A., Zielinski, M. J., Shaver, J. A., & Hill, M. A. (2019). Behavioral Assessment of the Negative Emotion Aspect of Distress Tolerance : Tolerance to Emotional Images. *Assessment*, *26*(3), 386-403. https://doi.org/10.1177/1073191116689819

VERBI Software, C. (2024). *MAXQDA, Software for qualitative data analysis* [Logiciel]. Sozialforschung GmbH, Berlin, Germany.

Vermeulen, N. (2013). Quelques aspects biologiques de l'émotion : Substrats neuro-anatomiques et conséquences sur la conscience émotionnelle. In O. Luminet, *Psychologie des émotions. Nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé* (p. 27-44). De Boeck Superieur.

Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2016). Validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale (DERS-18) in five samples. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, *38*(4), 582-589.

Villatte, M., Villatte, J., & Monestès, J.-L. (2014). Bypassing the traps of langage with experiential practice. In J. A. Stoddard & N. Afari (Éds.), *The Big Book of ACT Metaphors : A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy* (p. 13-27). New harbinger publications.

Vishkin, A., Hasson, Y., Millgram, Y., & Tamir, M. (2020). One Size Does Not Fit All : Tailoring Cognitive Reappraisal to Different Emotions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *46*(3), 469-484. https://doi.org/10.1177/0146167219861432

Viskovich, S., & Pakenham, K. I. (2020). Randomized controlled trial of a web-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) program to promote mental health in university students. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(6), 929-951. https://doi.org/10.1002/jclp.22848

Vohs, K. D., Baumeister, R. F., & Ciarocco, N. J. (2005). Self-regulation and self-presentation : Regulatory resource depletion impairs impression management and effortful self-presentation depletes regulatory resources. *Journal of personality and social psychology*, *88*(4), 632.

Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders : A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*, *51*(3), 239-260. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02024.x

Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., McKee, L. G., & Zvolensky, M. J. (2010). Incremental Validity of Mindfulness Skills in Relation to Emotional Dysregulation among a Young Adult Community Sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, *39*(3), 203-213. https://doi.org/10.1080/16506070903441630

Wagener, A., & Blairy, S. (2015). Version française de la Distress Tolerance Scale et de la Discomfort Intolerance Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *47*(3), 241.

Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018). The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis : A systematic review. *Journal of contextual behavioral science*, *10*, 1-13.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—The Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and individual differences*, *40*(8), 1543-1555.

Wang, Y., Qi, Z., Hofmann, S. G., Si, M., Liu, X., & Xu, W. (2019). Effect of Acceptance Versus Attention on Pain Tolerance : Dissecting Two Components of Mindfulness. *Mindfulness*, *10*(7), 1352-1359. https://doi.org/10.1007/s12671-019-1091-8

Watkins, E., & Brown, R. G. (2002). Rumination and executive function in depression : An experimental study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *72*(3), 400-402.

Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression : Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of abnormal psychology*, *110*(2), 353.

Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of affective disorders*, *82*(1), 1-8.

Watzlawick, P., Carasso, J.-P., & Carasso, J.-P. (1984). *Faites vous-même votre malheur* (Vol. 1084). Seuil.

Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling : A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, *138*(4), 775.

Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological review*, *101*(1), 34.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, *53*(1), 5.

Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T.-Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems : The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of counseling psychology*, *52*(1), 14.

Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition : Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.

Wenzel, M., Rowland, Z., & Kubiak, T. (2021). Like clouds in a windy sky : Mindfulness training reduces negative affect reactivity in daily life in a randomized controlled trial. *Stress and Health*, *37*(2), 232-242. https://doi.org/10.1002/smi.2989

Werner, K., & Gross, J. J. (2010). *Emotion regulation and psychopathology : A conceptual framework.*

Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Hayes, S. C. (2011). Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain*, *152*(12), 2792-2801.

Williams, J. C., & Lynn, S. J. (2010). Acceptance : An historical and conceptual review. *Imagination, cognition and personality*, *30*(1), 5-56.

Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., & Von Rohr, I. R. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression : A randomized dismantling trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *82*(2), 275.

Willig, C. (2013). *EBOOK : Introducing qualitative research in psychology*. McGraw-hill education (UK).

Wilson, H. (1942). Mental reaction to air-raids. *The Lancet*, *239*, 284-287. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)57726-5

Wilson, K. C., DuFrene, T., & Altenloh, E. (2015). *La pleine conscience en thérapie : Une approche de la mindfulness basée sur l'ACT*. De Boeck.

Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy*, *19*(3).

Wojnarowska, A., Kobylinska, D., & Lewczuk, K. (2020a). Acceptance as an Emotion Regulation Strategy in Experimental Psychological Research : What We Know and How We Can Improve That Knowledge. *Frontiers in psychology*, *11*, 242.

Wojnarowska, A., Kobylinska, D., & Lewczuk, K. (2020b). Acceptance as an emotion regulation strategy in experimental psychological research : What we know and how we can improve that knowledge. *Frontiers in psychology*, *11*, 514899.

Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior therapy*, *45*(6), 831-839.

Wolgast, M., Lundh, L.-G., & Viborg, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance : An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, *49*(12), 858-866.

Wolgast, M., Lundh, L.-G., & Viborg, G. (2013). Cognitive Restructuring and Acceptance : An Empirically Grounded Conceptual Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(2), 340-351. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9477-0

Wood, A., Lupyan, G., & Niedenthal, P. (2016). Why Do We Need Emotion Words in the First Place? Commentary on Lakoff (2015). *Emotion Review*, *8*(3), 274-275. https://doi.org/10.1177/1754073915595103

Young, G., & Suri, G. (2019). Emotion Regulation Choice : A Broad Examination of External Factors. *Cognition and Emotion*. https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1611544

Young, S. (2016). What is mindfulness? A contemplative perspective. In *Handbook of mindfulness in education* (p. 29-45). Springer.

Zamariola, G., Frost, N., Van Oost, A., Corneille, O., & Luminet, O. (2019). Relationship between interoception and emotion regulation : New evidence from mixed methods. *Journal of Affective Disorders*, *246*, 480-485.

Zeidan, F., Emerson, N. M., Farris, S. R., Ray, J. N., Jung, Y., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2015). Mindfulness meditation-based pain relief employs different neural mechanisms than placebo and sham mindfulness meditation-induced analgesia. *Journal of Neuroscience*, *35*(46), 15307-15325.

Zhang, X., Ma, H., Lam, C. Y., Ho, G. W., & Mak, Y. W. (2023). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on self-care, psychological symptoms, and quality of life in patients with cardiovascular disease : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *29*, 46-58. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.007

Zhao, C., Lai, L., Zhang, L., Cai, Z., Ren, Z., Shi, C., Luo, W., & Yan, Y. (2021). The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients : A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *140*, 110304.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, *67*(6), 361-370.

Zimmer-Gembeck, M. J., Rudolph, J., Kerin, J., & Bohadana-Brown, G. (2022). Parent emotional regulation : A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, *46*(1), 63-82. https://doi.org/10.1177/01650254211051086

Zlomke, K. R., & Hahn, K. S. (2010). Cognitive emotion regulation strategies : Gender differences and associations to worry. *Personality and individual Differences*, *48*(4), 408-413.

Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2015). Mindfulness Interventions with Youth : A Meta-Analysis. *Mindfulness*, *6*(2), 290-302. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0260-4

Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2001). A review of psychological factors/processes affecting anxious responding during voluntary hyperventilation and inhalations of carbon dioxide-enriched air. *Clinical Psychology Review*, *21*(3), 375-400.

Zvolensky, M. J., & Forsyth, J. P. (2002). Anxiety sensitivity dimensions in the prediction of body vigilance and emotional avoidance. *Cognitive Therapy and Research*, *26*(4), 449-460. https://doi.org/10.1023/A:1016223716132

ANNEXES

Table des annexes

I. AVIS DU COMITE D'ETHIQUE 450

II. ANNEXES DU CHAPITRE 1 452

1. Consentement à la participation 452
2. Variables socio-demographiques 453
3. WEMWBS : Échelle de bien-etre mental de Warwick-Edinburgh (Trousselard et al., 2016) 454
4. MPOD-t : Metacognitive Processes of Decentering Scale (De oliveira et al., 2024) 455
5. DTS : Questionnaire de tolerance a la detresse (Wagener et al., 2015) 456
6. MEAQ-30 : Echelle multidimensionnelle d'evitement experientiel (version originale : Sahdra et al., 2016 ; version française : Baeyens et al., en preparation) 457
7. FMI : inventaire de Pleine conscience (Trousselard et al., 2010) 459
8. PEC : Profil de competences emotionnelles (Mikolajczak et al., 2014) 460
9. HADS : Échelle de depression et d'anxiete (Zigmond et Snaith, 1983) 463
10. Message de fin 465

III. ANNEXES DU CHAPITRE 2 466

11. Consentement à la participation 466
12. Variables socio-demographiques 467
13. MPFI : echelle de flexibilite psychologique – sous echelle d'acceptation (Rolffs et al., 2016) 468
14. RSQ : echelle des relations (attachement : Guedeney et al., 2009) 468
15. DTS-SF : Questionnaire de tolerance a la detresse (Wagener et al., 2015) 470
16. Message de fin 470

IV. ANNEXES DU CHAPITRE 3 471

17. Grille d'entretien semi-structure 471
18. Appel a participation 474
19. Formulaire de consentement 475
20. Notice d'information 476
21. Retranscriptions des entretiens du Chapitre 3 480

V. CURRICULUM VITAE ET PRODUCTIONS SCIENTIFIQUES 481

I. Avis du comité d'éthique

PARIS8 VINCENNES-SAINT-DENIS

Comité d'éthique

Numéro d'ordre de l'avis : CE-P8- 2021-07

Demandeuse : Julie Ribeyron, doctorante en psychologie, Laboratoire LPN, Université Paris 8

Directrices de thèse Nathalie Duriez, MCF HDR à l'université Paris 8 et Rebecca Shankland, Pr. en psychologie à l'université Lyon 2-Louis Lumière

Intitulé de la thèse : *Acceptation et tolérance à la détresse, meilleurs prédicteurs de santé mentale*

Ce projet vise, comme le précise son intitulé, à établir de meilleurs prédicteurs de santé mentale entre les compétences émotionnelles globales (CE), la régulation émotionnelle, l'acceptation, la tolérance à la détresse et la capacité de décentration.

Discipline : psychologie

Etude réalisée en ligne via Limesurvey

Document transmis: document d'information et de consentement remis aux sujets participants

Recrutement des participants via les réseaux sociaux

Les données sont anonymisées (aucune adresse IP ne sera enregistrée, seules des données démographiques concernant l'âge et la situation familiale seront collectées) et leur traitement est effectué conformément à l'article 6 chapitre II de la RGPD sur la base du consentement des participants.

Avis du Comité d'éthique : le Comité souligne que le dossier expose clairement le projet et les éventuels points éthiques relatifs à la recherche. Il lui donne un avis favorable. Il attire l'attention de la demandeuse sur la nécessité de ne pas faire l'économie d'une clarification des modalités de recrutement des participants, à savoir de distinguer explicitement le type de réseau social qui sera investigué, notamment parce que chacun d'eux comporte des singularités en terme commercial et en terme de fréquentation (entre autre générationnelle) qui ne peuvent être négligées.

Fait à Saint Denis, le 21 avril 2021

Comité d'éthique
Laurence Gavarini - Présidente
Université Paris 8 - 2 rue de la Liberté
93 526 Saint-Denis cedex
M. comite.ethique@univ-paris8.fr
www.univ-paris8.fr

PARIS8
VINCENNES-SAINT-DENIS

À l'attention de Madame Julie Ribeyron

Paris, le 24 juin 2024

Numéro d'ordre de l'avis : CE-P8-2024-06-01

Chère Madame,

Bonjour,

Le Comité d'éthique de l'Université Paris 8 estime dans sa séance du 24 juin 2024 que l'évolution de votre projet de recherches évalué en 2021 par ledit Comité ne nécessite pas un avenant à la première décision ou un nouvel avis de celui-ci.

Avec nos remerciements.

Bien sincèrement

Catherine Puigelier

C. Puigelier

Comité d'éthique
Catherine Puigelier - Présidente
Université Paris 8 - 2 rue de la Liberté
93 526 Saint-Denis cedex
M. comite.ethique@univ-paris8.fr
www.univ-paris8.fr

II. Annexes du Chapitre 1

1. Consentement à la participation

En appuyant sur le bouton « Suivant », vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus et donnez votre consentement pour y participer.

Vous attestez également que nous vous avons avisé que vous étiez libre d'arrêter cette recherche à tout moment, sans préjudice, simplement en fermant la page internet liée à la recherche (vos données seront alors détruites).

Projet de recherche avant reçu un avis favorable du Comité d'éthique de l'université Paris 8 n°CE-P8-2021-07
CHERCHEURS RESPONSABLES DU PROJET : Responsables scientifiques - Nathalie DURIEZ, Maitre de Conférence-HDR, laboratoire LPN, Université Paris 8- Rebecca SHANKLAND, Professeur de psychologie, laboratoire DIPHE, Université Lyon Lumière 2Doctorante- Julie Ribeyron, jribeyron@univ-paris8.fr, Psychologue et doctorante au laboratoire LPN, Université Paris 8

Cette étude vise à évaluer la manière qu'ont les individus de réguler leurs émotions. Si vous acceptez de participer à l'étude en ligne, vous allez répondre à plusieurs questions pendant environ 15-20 minutes. Répondez le plus sincèrement possible : il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.Nous sommes en effet intéressés par la manière dont vous réagissez réellement / habituellement, et pas par la manière dont vous devriez réagir. Cette étude s'adresse aux personnes majeures et francophones.

VOS DROITS À LA CONFIDENTIALITÉ 1) Vos données sont anonymes, nous ne collectons pas votre adresse IP, ni votre adresse e-mail. 2) Les données obtenues seront traitées avec la confidentialité la plus totale. 3) Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seuls les responsables scientifiques et les chercheurs associés y auront accès le temps des traitements statistiques.

VOS DROITS À VOUS RETIRER DE LA RECHERCHE À TOUT MOMENT 1) Votre contribution à cette recherche est volontaire.2) Vous pouvez cesser votre participation à tout moment.

BÉNÉFICES Les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure compréhension des facteurs qui permettent de comprendre ce qui favorise le bien-être et la santé mentale. À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort autres que ceux de la vie quotidienne.

DIFFUSION Cette recherche sera diffusée dans des colloques et sera publiée dans des actes de colloques et des articles de revues académiques.

VOS DROITS À POSER DES QUESTIONS À TOUT MOMENT Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche, en tout temps, en communiquant avec la doctorante impliquée dans ce projet par courrier électronique à : Julie Ribeyron : jribeyron@univ-paris8.fr

Vous pourrez être informé(e) des résultats de l'étude sur demande, une fois que les données seront traitées (septembre 2022).
Nous vous remercions vivement pour votre participation.

SUIVANT – DEMARRER LE QUESTIONNAIRE

2. Variables socio-démographiques

Veuillez répondre à l'ensemble des questions ci-dessous en cochant la case correspondant à votre réponse ou bien, écrivez sur 'l'espace indiqué si vous souhaitez ajouter une réponse.

1. Votre âge : _____ ans

2. Je suis :

	Femme
	Homme
	Autre _____

3. Le plus haut niveau d'étude complété :

	Brevet
	Bac
	Licence
	Master
	Doctorat
	Autre _____

4. Situation familiale :

	En couple
	Célibataire
	Autre : _____

5. Catégorie socio-professionnelle :

	Agriculteurs
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
	Cadres et professions intellectuelles supérieures
	Professions intermédiaires
	Employés
	Ouvriers
	Retraités
	Autres personnes sans activité professionnelle (ex : étudiants, parents au foyer, etc…)

3. WEMWBS : Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (Trousselard et al., 2016)

Consigne : Les affirmations ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Cochez la case qui correspond le mieux à votre vécu durant les deux dernières semaines. L'échelle fait référence au mois qui vient de s'écouler.

		1. Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Tout le temps
1	Je me suis senti(e) optimiste quant à l'avenir.					
2	Je me suis senti(e) utile.					
3	Je me suis senti(e) détendu(e).					
4	Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres.					
5	J'ai eu de l'énergie à dépenser.					
6	J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté.					
7	Ma pensée était claire.					
8	J'ai eu une bonne image de moi.					
9	Je me suis senti(e) proche des autres.					
10	Je me suis senti(e) confiant(e).					
11	J'ai été capable de me faire ma propre opinion des choses.					
12	Je me suis senti(e) apprécié(e).					
13	Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses.					
14	Je me suis senti(e) joyeux(se).					

4. MPOD-t : Metacognitive Processes of Decentering Scale (De oliveira et al., 2024)

Consigne : Nous nous intéressons à vos expériences quotidiennes en termes de relation à vos pensées et vos émotions.

		1. Très rarement ou Jamais	2. Rarement	3. Parfois	4. Souvent	5. Très souvent ou toujours
1	Je suis capable de m'observer penser					
2	Je peux être conscient(e) des pensées ou des sentiments désagréables sans y réagir immédiatement					
3	Mes pensées et mes émotions font partie de moi, mais elles ne sont pas moi					
4	Je peux regarder mes pensées et mes émotions aller et venir comme des nuages					
5	Lorsque j'ai des pensées ou des sentiments pénibles, je suis capable de juste les remarquer sans réagir					
6	Je suis plus que mes pensées et mes sentiments					
7	Je suis capable de prendre du recul et de regarder mon esprit fonctionner					
8	Lorsque j'ai des pensées ou des émotions pénibles, je les remarque simplement et je les laisse partir					
9	Je suis distinct de mes pensées et sentiments qui passent					
10	Je suis capable d'observer mes pensées et mes sentiments comme quelqu'un qui regarde un film					
11	Je peux observer les pensées et les sentiments désagréables sans essayer de les changer.					
12	Ce que je ressens comme étant « moi » est plus vaste que mes pensées et mes sentiments					
13	Je peux regarder mes pensées et mes émotions dériver comme des feuilles sur un ruisseau.					
14	Je peux prendre du recul et être conscient des pensées et des émotions pénibles sans me laisser envahir par elles					
15	Ce que je ressens comme étant « moi » est distinct de mes pensées et sentiments qui passent					

5. DTS : Questionnaire de tolérance à la détresse (Wagener et al., 2015)

Consigne : Pensez à des moments où vous vous sentez en détresse ou dérangé(e).
Sélectionnez ce qui décrit le mieux vos croyances sur le fait d'être en détresse ou dérangé(e).

		1. Tout à fait d'accord	2. en accord	3. ni en accort, ni en désaccord	4. En désaccord	5. Fortement en désaccord
1	Me sentir tourmenté(e) ou contrarié(e) m'est insupportable.					
2	Quand je me sens tourmenté(e) ou contrarié(e), la seule chose à laquelle je pense est l'intensité de ma détresse.					
3	Je ne supporte pas me sentir tourmenté(e) ou contrarié(e).					
4	Mon sentiment de détresse est si intense qu'il m'envahit complètement.					
5	Il n'y a rien de pire que de se sentir tourmenté(e) ou contrarié(e).					
6	Ma tolérance à la détresse ou à la contrariété est comparable à celle de la majorité des gens.					
7	Mon sentiment de détresse ou de contrariété n'est pas acceptable					
8	Je ferais n'importe quoi pour éviter de me sentir tourmenté(e) ou contrarié(e).					
9	Les autres semblent davantage capables que moi de tolérer les sentiments de détresse ou de contrariété.					
10	Être tourmenté(e) ou contrarié(e) est toujours une épreuve majeure pour moi.					
11	J'ai honte de moi-même quand je suis tourmenté(e) ou contrarié(e).					
12	J'ai peur de mon sentiment de détresse ou de contrariété.					
13	Je ferais n'importe quoi pour cesser de me sentir tourmenté(e) ou contrarié(e)					
14	Quand je me sens tourmenté(e) ou contrarié(e), je dois immédiatement y remédier.					
15	Quand je me sens tourmenté(e) ou contrarié(e), je ne peux pas m'empêcher de me concentrer sur l'intensité de la détresse ressentie.					

6. MEAQ-30 : Echelle multidimensionnelle d'évitement expérientiel (version originale : Sahdra et al., 2016 ; version française : Baeyens et al., en préparation)

Consigne : Indiquez votre degré d'accord avec chacune des affirmations suivantes :

	1. Tout à fait en désaccord	2. Moyennement en désaccord	3. Légèrement en désaccord	4. Légèrement d'accord	5. Moyennement d'accord	6. Tout à fait d'accord
1. Je m'abstiens de faire quelque chose si je pense que ça va me mettre mal à l'aise						
2. Si je pouvais supprimer tous mes souvenirs douloureux d'un coup de baguette magique, je le ferais						
3. J'ai tendance à remettre à plus tard les choses désagréables que je dois faire						
4. Être heureux signifie ne jamais ressentir de douleur ou de déception						
5. J'évite les activités qui présentent le moindre risque de me faire souffrir						
6. Quand j'ai des pensées négatives, j'essaie de me remplir la tête avec quelque chose d'autre						
7. Même lorsque cela me met mal à l'aise, je n'interromps pas mes efforts pour avancer en direction des choses qui comptent pour moi						
8. Quand j'ai quelque chose d'important à faire, je me retrouve à faire plein d'autres choses à la place						
9. Quand des souvenirs pénibles me reviennent, j'essaie de me concentrer sur autre chose						
10. Un de mes objectifs principaux est de ne pas ressentir d'émotions douloureuses						
11. Je fais beaucoup d'efforts pour éviter les émotions pénibles						
12. J'essaie de régler les problèmes dès qu'ils arrivent						
13. Je ferais n'importe quoi pour être moins stressé(e)						
14. Quand des souvenirs désagréables me reviennent, j'essaie de les enlever de mon esprit						
15. Les autres me disent parfois que je réprime mes émotions						
16. J'essaie de repousser aussi longtemps que possible les choses désagréables que j'ai à faire						
17. Même lorsque cela m'est douloureux, je continue à faire ce que j'ai à faire						
18. Dès que je me sens pris(e) au piège dans une situation, je fuis immédiatement						

19. Quand une pensée négative apparaît, j'essaie immédiatement de penser à autre chose						
20. J'ai du mal à savoir ce que je ressens						
21. Je ne laisse pas la douleur et le malaise m'empêcher d'obtenir ce que je veux						
22. Je suis prêt à beaucoup sacrifier pour ne pas me sentir mal						
23. Je fais tout ce que je peux pour éviter les situations désagréables						
24. Si je me trouve dans une situation légèrement inconfortable, j'essaie de partir immédiatement						
25. Quand il arrive que j'aille mal, il me faut beaucoup de temps pour m'en apercevoir						
26. Je me sens déconnecté de mes émotions						
27. Je ne laisse pas mes pensées moroses m'empêcher de faire ce que je veux						
28. On m'a déjà dit que je n'ai pas conscience de mes problèmes						
29. Quand je travaille sur quelque chose d'important, je n'abandonne pas, même si je rencontre des difficultés						
30. Je ne fais pas les choses tant que je n'y suis pas obligé(e)						

7. FMI : inventaire de Pleine conscience (Trousselard et al., 2010)

Consigne : Le but de ce questionnaire est de décrire comment vous avez vécu la période des 2 derniers jours qui vient de s'écouler. Répondez de votre mieux à chaque déclaration. S.V.P., répondez aussi franchement et spontanément que possible. Il n'y a pas réponses « justes » ou « fausses », « bonnes » ou « mauvaises ». Ce qui est important est votre expérience personnelle. L'échelle fait référence aux deux derniers jours.

	1. Presque jamais	2. Occasionnellement	3. Assez souvent	4. Presque toujours
1. Je suis réceptif (ve) à ce que je vis dans le moment présent				
2. Je ressens mon corps dans les actes de la vie quotidienne (manger, cuisiner, parler, faire le ménage, ……)				
3. Lorsque je réalise que je m'égare dans mes pensées, je reviens naturellement à ce que je suis en train de vivre dans le moment présent				
4. Je suis capable d'apprécier à sa juste valeur la personne que je suis				
5. Je prête attention à ce qui me fait agir dans mon quotidien				
6. Je regarde mes erreurs et difficultés sans les juger				
7. Je suis pleinement en lien avec ce que je vis dans le moment présent				
8. J'accepte les expériences désagréables				
9. Je prends soin de moi-même lorsque les choses vont mal				
10. Je suis à l'écoute de mes sentiments sans me laisser déborder par eux				
11. Dans les situations difficiles, je sais marquer une pause avant de réagir				
12. Je vis des moments de calme et de paix intérieurs, même lorsque les choses sont mouvementées et stressantes				
13. Je suis impatient(e) envers moi-même et envers les autres				
14. Je sais sourire lorsque je me rends compte à quel point je peux parfois me rendre la vie difficile				

8. PEC : Profil de compétences émotionnelles (Mikolajczak et al., 2014)

Consigne : Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses car nous sommes tous différents à ce niveau. Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5. **1** signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire **5** signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent. L'échelle fait référence à la semaine qui vient de s'écouler.

	1. Presque jamais vrai	**2. Quelques fois**	**3. La moitié de temps**	**4. La plupart du temps**	**5. Presque toujours**
1. Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent.					
2. Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis.					
3. Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux.					
4. Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause.					
5. Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens.					
6. Quand je me sens bien, j'arrive facilement à savoir si c'est parce que je suis content, fier de moi ou détendu.					
7. Je sais lorsqu'une personne est en colère, triste, ou joyeuse même si elle ne m'en parle pas.					
8. J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens.					
9. Je ne me base jamais sur mes émotions pour orienter ma vie.					
10. Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché(e).					
11. Je peux facilement obtenir ce que je désire des autres.					
12. Je retrouve facilement mon calme après avoir vécu un évènement difficile.					
13. Je peux facilement expliquer les réactions émotionnelles de mes proches.					
14. La plupart du temps, il m'est facile de comprendre pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent.					
15. Quand je suis triste il m'est facile de me remettre de bonne humeur.					
16. Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens.					
17. Si quelque chose me déplait j'arrive à le dire calmement.					

18. Je ne comprends pas pourquoi mes proches réagissent comme ils réagissent.					
19. Quand je vois quelqu'un qui est stressé ou anxieux, il m'est facile de le calmer.					
20. Lors d'une dispute, je n'arrive pas à savoir si je suis triste ou en colère.					
21. J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie.					
22. J'essaie d'apprendre des situations ou des émotions difficiles.					
23. Les autres viennent facilement me parler de leurs problèmes personnels.					
24. Mes émotions m'informent des changements à effectuer dans ma vie.					
25. C'est difficile pour moi d'expliquer aux autres ce que je ressens même si je le veux.					
26. Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e).					
27. Si quelqu'un venait me voir en pleurs, je ne saurais pas quoi faire.					
28. J'éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent.					
29. Je n'adopte pas la bonne attitude avec les gens parce que je n'ai pas perçu dans quel état émotionnel ils sont.					
30. J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent.					
31. J'essaie d'éviter que les gens ne me parlent de leurs problèmes.					
32. Je sais comment faire quand je veux motiver les gens.					
33. Je suis doué(e) pour remonter le moral des gens.					
34. J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu.					
35. Je suis habituellement capable d'influencer la manière dont les autres se sentent.					
36. Si je le voulais, il serait facile pour moi de pousser quelqu'un à se sentir mal.					
37. Je trouve difficile de gérer mes émotions.					
38. Mes proches me disent que je n'exprime pas assez ce que je ressens.					
39. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer.					
40. Je suis surpris(e) par la réaction de certaines personnes parce que je n'avais pas perçu qu'elles étaient déjà de mauvaise humeur.					
41. Mes émotions m'informent de ce qui est important pour moi.					
42. Les autres n'acceptent pas la manière dont j'exprime mes émotions.					
43. Souvent, quand je suis triste, je ne sais pas pourquoi.					
44. Il m'arrive souvent de ne pas savoir dans quel état émotionnel se trouvent les personnes autour de moi.					

45. Les autres me disent que je suis un bon confident.					
46. Je suis mal à l'aise quand les autres me racontent quelque chose de difficile pour eux.					
47. Lorsque je fais face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer.					
48. Je suis conscient de mes émotions au moment où je les éprouve.					
49. Quand je me sens mal, il m'est difficile de savoir quelle émotion je ressens exactement.					
50. Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.					

9. HADS : Échelle de dépression et d'anxiété (Zigmond et Snaith, 1983)

Consigne : Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

1.		Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
	A	La plupart du temps
	B	Souvent
	C	De temps en temps
	D	Jamais
2.		Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
	A	Oui, autant qu'avant
	B	Pas autant
	C	Un peu seulement
	D	Presque plus
3.		J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
	A	Oui, très nettement
	B	Oui, mais ce n'est pas trop grave
	C	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
	D	Pas du tout
4.		Je ris facilement et vois le bon côté des choses
	A	Autant que par le passé
	B	Plus autant qu'avant
	C	Vraiment moins qu'avant
	D	Plus du tout
5.		Je me fais du souci
	A	Très souvent
	B	Assez souvent
	C	Occasionnellement
	D	Très occasionnellement
6.		Je suis de bonne humeur
	A	Jamais
	B	Rarement
	C	Assez souvent
	D	La plupart du temps
7.		Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
	A	Oui, quoi qu'il arrive

	B	Oui, en général
	C	Rarement
	D	Jamais
8.		J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
	A	Presque toujours
	B	Très souvent
	C	Parfois
	D	Jamais
9.		J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
	A	Jamais
	B	Parfois
	C	Assez souvent
	D	Très souvent
10.		Je ne m'intéresse plus à mon apparence
	A	Plus du tout
	B	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
	C	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
	D	J'y prête autant d'attention que par le passé
11.		J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
	A	Oui, c'est tout à fait le cas
	B	Un peu
	C	Pas tellement
	D	Pas du tout
12.		Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
	A	Autant qu'avant
	B	Un peu moins qu'avant
	C	Bien moins qu'avant
	D	Presque jamais
13.		J'éprouve des sensations soudaines de panique
	A	Vraiment très souvent
	B	Assez souvent
	C	Pas très souvent
	D	Jamais
14.		Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
	A	Souvent
	B	Parfois
	C	Rarement
	D	Très rarement

10. Message de fin

Merci pour votre participation !

Si vous avez des questions vis à vis de cette étude, vous pouvez contacter la doctorante associée à ce projet : jribeyron@univ-paris8.fr

Si vous rencontrez des difficultés psychologiques, vous pouvez prendre contact avec les différents organismes mis en place par le gouvernement qui proposent des aides et du soutien psychologique par téléphone ou visioconférence :

- Croix rouge écoute : 0800 858 858, du lundi au samedi de 9h à 19h et le dimanche de 12h à 18h, ou 09 70 28 30 00, du lundi au samedi de 9h à 19h, soutien psychologique
- SOS amitié : 09 72 39 40 50, tous les jours, 24h/24, accueil et écoute des personnes en détresse
- SOS Crise : 0800 19 00 00, tous les jours, de 9h à 21h, Ecoute, soutien, information et accompagnement des personnes fragilisées
- Ecoute-famille : 01 42 63 03 03, du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h à 18h

Prenez soin de vous !

III. Annexes du Chapitre 2

11. Consentement à la participation

En appuyant sur le bouton « Suivant », vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus et donnez votre consentement pour y participer.

Vous attestez également que nous vous avons avisé que vous étiez libre d'arrêter cette recherche à tout moment, sans préjudice, simplement en fermant la page internet liée à la recherche (vos données seront alors détruites).

PROJET DE RECHERCHE AVANT REÇU UN AVIS FAVORABLE DU COMITE D'ETHIQUE DE L'UNIVERSITE PARIS 8 n°CE-P8-2021-07
CHERCHEURS RESPONSABLES DU PROJET : Responsables scientifiques - Nathalie DURIEZ, Maitre de Conférence-HDR, laboratoire LPPC, Université Paris 8- Rebecca SHANKLAND, Professeur de psychologie, laboratoire DIPHE, Université Lyon Lumière 2Doctorante- Julie Ribeyron, jribeyron@univ-paris8.fr, Psychologue et doctorante au laboratoire LPPC, Université Paris 8

Cette étude vise à avoir une meilleure compréhension des relations et des émotions. Si vous acceptez de participer à l'étude en ligne, vous allez répondre à plusieurs questions pendant environ 10 minutes. Répondez le plus sincèrement possible : il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.Nous sommes en effet intéressés par la manière dont vous réagissez réellement / habituellement, et pas par la manière dont vous devriez réagir. Cette étude s'adresse aux personnes majeures et francophones.

VOS DROITS À LA CONFIDENTIALITÉ 1) Vos données sont anonymes, nous ne collectons pas votre adresse IP, ni votre adresse e-mail. 2) Les données obtenues seront traitées avec la confidentialité la plus totale. 3) Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seule les responsables scientifiques et les chercheurs associés y auront accès le temps des traitements statistiques.

VOS DROITS À VOUS RETIRER DE LA RECHERCHE À TOUT MOMENT 1) Votre contribution à cette recherche est volontaire.2) Vous pouvez cesser votre participation à tout moment.

BÉNÉFICES Les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure compréhension de notre relation aux émotions. À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne.

DIFFUSION Cette recherche sera diffusée dans des colloques et sera publiée dans des actes de colloques et des articles de revues académiques.

VOS DROITS À POSER DES QUESTIONS À TOUT MOMENT Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche, en tout temps, en communiquant avec la doctorante impliquée dans ce projet par courrier électronique à : Julie Ribeyron : jribeyron@univ-paris8.fr
Vous pourrez être informé(e) des résultats de l'étude sur demande, une fois que les données seront traitées (Mars 2023).
Nous vous remercions vivement pour votre participation.

SUIVANT – DEMARRER LE QUESTIONNAIRE

12. Variables socio-démographiques

Veuillez répondre à l'ensemble des questions ci-dessous en cochant la case correspondant à votre réponse ou bien, écrivez sur 'l'espace indiqué si vous souhaitez ajouter une réponse.

1. Votre âge : _____ ans

2. Je suis :

	Femme
	Homme
	Autre _____

3. Le plus haut niveau d'étude complété :

	Brevet
	Bac
	Licence
	Master
	Doctorat
	Autre _____

4. Situation familiale :

	En couple
	Célibataire
	Autre : _____

5. Catégorie socio-professionnelle :

	Agriculteurs
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
	Cadres et professions intellectuelles supérieures
	Professions intermédiaires
	Employés
	Ouvriers
	Retraités
	Autres personnes sans activité professionnelle (ex : étudiants, parents au foyer, etc…)

13. MPFI : échelle de flexibilité psychologique – sous échelle d'acceptation (Rolffs et al., 2016)

Consigne : Indiquez à quel point chaque énoncé correspond à votre expérience des deux dernières semaines.

	1. Jamais vrai	2. Rarement vrai	3. Occasionnellement vrai	4. Souvent vrai	5. Très souvent vrai	6. Toujours vrai
1. J'ai été ouvert à observer les pensées et les émotions désagréables sans interférer avec celles-ci.						
2. J'ai essayé de faire la paix avec mes pensées et mes émotions négatives plutôt que de leur résister.						
3. J'ai fait de la place pour vivre pleinement mes pensées et émotions négatives en les accueillants plutôt que de tenter de les repousser.						
4. Lorsque j'avais une pensée ou une émotion contrariante, j'ai essayé de l'accueillir plutôt que de l'ignorer.						
5. Je me suis ouvert(e) à toutes mes émotions, les bonnes comme les mauvaises.						

14. RSQ : échelle des relations (attachement : Guédeney et al., 2009)

Consigne : Merci de bien vouloir lire les trente propositions suivantes et de coter jusqu'à quel point chacune d'elle décrit vos sentiments à propos des relations avec les gens dont vous vous sentez proches. Pensez à toutes ces relations proches, passées ou actuelles et répondez en fonction comment, en général, vous vous y sentez. Pour chaque proposition, inscrivez dans la colonne « cotation » le chiffre qui vous correspond le mieux. Donner une seule réponse pour chaque proposition et merci de répondre à toutes sans en oublier une seule.

		1. Pas du tout comme moi	2	3. Un peu comme moi	4	5. Tout à fait comme moi
1	Je trouve difficile de dépendre des autres.					
2	C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e).					
3	C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions					

4	Je veux ne pouvoir faire qu'un avec une autre personne.					
5	Je crains d'être blessé(e) si je me permets de devenir trop proche des autres.					
6	Je me sens bien sans relations affectives proches.					
7	Je ne suis pas sûr(e) de pouvoir toujours compter sur la présence des autres lorsque j'en ai besoin.					
8	Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions.					
9	Je suis inquiet(e) de me retrouver seul€					
10	Je me sens à l'aise quand j'ai besoin des gens.					
11	Je crains souvent que mes partenaires					
12	Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens.					
13	Je m'inquiète du fait que les autres deviennent trop proches de moi.					
14	Je veux des relations proches quand il s'agit des émotions.					
15	Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi.					
16	J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne.					
17	Les gens ne sont jamais là quand vous avez besoin d'eux.					
18	Mon désir de ne faire qu'un avec les gens les fait parfois fuir.					
19	C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même.					
20	Je suis mal à l'aise quand quelqu'un se rapproche trop de moi.					
21	J'ai souvent peur que mes partenaires amoureux(ses) ne veuillent pas rester avec moi.					
22	Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi.					
23	J'ai peur d'être abandonné.					
24	Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des gens.					
25	Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais. (p)					
26	Je préfère ne pas dépendre des autres.					
27	Je sais que les autres seront là quand j'en aurai besoin.					
28	J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas.					
29	Mes partenaires amoureux(ses) veulent souvent que je sois plus proche d'eux/elles que je ne le supporte.					
30	Je trouve relativement facile d'être proche des gens.					

15. DTS-SF : Questionnaire de tolérance à la détresse (Wagener et al., 2015)

Consigne : Pensez à des moments où vous vous sentez en détresse ou dérangé(e).
Sélectionnez ce qui décrit le mieux vos croyances sur le fait d'être en détresse ou dérangé(e).

		1. Tout à fait d'accord	2. en accord	3. ni en accort, ni en désaccord	4. En désaccord	5. Fortement en désaccord
1	Mon sentiment de détresse est si intense qu'il m'envahit complètement.					
2	Être tourmenté(e) ou contrarié(e) est toujours une épreuve majeure pour moi.					
3	Je ne supporte pas me sentir tourmenté(e) ou contrarié(e).					
4	Je ferais n'importe quoi pour cesser de me sentir tourmenté(e) ou contrarié(e).					

16. Message de fin

Merci pour votre participation !
Si vous avez des questions vis à vis de cette étude, vous pouvez contacter la doctorante associée à ce projet : jribeyron@univ-paris8.fr
Si vous rencontrez des difficultés psychologiques, vous pouvez prendre contact avec les différents organismes mis en place par le gouvernement qui proposent des aides et du soutien psychologique par téléphone ou visioconférence :

- Croix rouge écoute : 0800 858 858, du lundi au samedi de 9h à 19h et le dimanche de 12h à 18h, ou 09 70 28 30 00, du lundi au samedi de 9h à 19h, soutien psychologique
- SOS amitié : 09 72 39 40 50, tous les jours, 24h/24, accueil et écoute des personnes en détresse
- SOS Crise : 0800 19 00 00, tous les jours, de 9h à 21h, Ecoute, soutien, information et accompagnement des personnes fragilisées
- Ecoute-famille : 01 42 63 03 03, du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h à 18h

Prenez soin de vous !

IV. Annexes du Chapitre 3

17. Grille d'entretien semi-structuré

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Tout d'abord merci d'avoir accepté de participer à cette étude qui porte sur le vécu de l'acceptation des émotions. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, pas de réponse spécifique attendue, ce qui m'intéresse c'est d'explorer votre expérience et comment cela se passe pour vous. Vous serez amené.e à parler de vous, de vos émotions notamment de votre anxiété. Vous pouvez interrompre l'entretien dès que vous en ressentez le besoin.
Pour des fins d'analyses, j'ai besoin d'enregistrer notre entretien. Tout ce que vous me direz ici sera anonymisé et votre nom n'apparaîtra pas dans mes travaux.
Êtes-vous d'accord pour continuer ?

INTRODUCTION – VOUS ET LES INTERVENTIONS DE PLEINE CONSCIENCE

- **Quel(s) type(s) d'intervention(s) basée sur la pleine conscience avez-vous reçu ?**
- **Quand l'avez-vous reçue ?**
- **(Si plusieurs)**
- **Quelle est la date (année) de la 1ère intervention que vous avez suivie ? et la dernière ?**

THEME 1. EXPERIENCE D'UNE EMOTION : L'ANXIETE

Cette étude porte plus spécifiquement sur l'anxiété et nous nous intéressons à la manière dont vous acceptez cette émotion, plutôt que de la combattre ou l'éviter. Pour m'assurer que nous partageons la même compréhension de l'anxiété, je vais vous en proposer une définition et vous me direz ensuite si elle correspond à votre propre conception : « l'anxiété est une émotion naturelle, souvent persistante, liée à des préoccupations futures ou à des incertitudes. Elle peut se manifester par des pensées récurrentes d'inquiétude, de peur ou des préoccupations. Elle peut être accompagnée de symptômes physiques similaires à ceux du stress (palpitations, tensions musculaires, difficultés à respirer, etc.) »
Est-ce que cela correspond à votre conception de l'anxiété ?

1. **Quel est votre rapport à l'anxiété ?**

Actuel et dynamique par rapport à une éventuelle évolution

Après une dizaine d'entretiens, Suppression des questions suivantes qui apportent peu d'éléments car les thématiques sont mineures et les composantes toujours plus ou moins les mêmes.

Qu'est-ce qui vous stresse/rend anxieux.se/préoccupe ?
(dans la vie, actuellement ; explorer ce qui cause l'anxiété et son intensité/fréquence)
Comment cela se manifeste ?
Explorer les composantes de l'émotion (cognitive (anxiété = inquiétudes, pensées négatives), physio (neurovégétatif + ressenti dans le corps), comportemental (Frijda 1986 8 tendances à l'action)
Est-ce supportable pour vous de ressentir de l'anxiété ? Avez-vous l'impression que c'est particulièrement difficile pour vous lorsque vous vous sentez anxieux.se ?
Tolérance à la détresse (modérateur potentiel de l'acceptation)

THEME 2. STRATEGIES HABITUELLES DE RE ET ACCEPTATION

2. **Habituellement, quand vous vous sentez anxieux.se, que faites-vous ? OU Comment réagissez-vous généralement à votre anxiété lorsqu'elle survient ?**

Repérer les stratégies de RE.

3. **Vous avez récemment suivi une (*nom de l'intervention*), basée sur la pleine conscience et l'acceptation des émotions. Qu'avez-vous appris pour faire face à votre anxiété ?**

(Repérer si le processus d'acceptation a été vu et intégré, noter la manière dont il est nommé/décrit. Selon Russ Harris il est préférable d'utiliser un terme synonyme ou périphrase plutôt qu'acceptation)

4. **Qu'est-ce qu'accepter/s'ouvrir/faire de la place à ses expériences internes / émotions signifie pour vous ?**

(Utiliser le terme cité par le sujet) (conceptualisation)

5. **Et comment vous faites concrètement pour accepter ?**

(Optionnel) aller à la Q8 ensuite pour demander une illustration concrète ?

THEME 3. MOTIVATION ET OBSTACLES A L'UTILISATION D'UNE STRATEGIE

6. **Dans quel(s) cas/contexte et pour quelle(s) émotion(s) utilisez-vous l'acceptation ?**
7. **Pourquoi ne l'utilisez-vous pas à un autre moment ? Qu'est ce qui fait que vous ne choisissez pas d'accepter votre anxiété dans certains contextes ?**

THEME 4. EXPERIENCE DU VECU L'ACCEPTATION DE L'ANXIETE

8. **Pouvez-vous me décrire un moment où vous êtes parvenu à accepter votre anxiété (plutôt que de la combattre ou l'éviter) ? Comment cela s'est-il passé en vous ?**
9. **Que ressentez-vous pendant que vous acceptez (votre anxiété) ? OU Comment savez-vous que vous y êtes ? (Que vous être en train d'accepter)**

Description de l'expérience interne du vécu (pensées, émotions, corporel)

10. **Qu'est ce qui fait que ça ne marche pas ? Quels obstacles pouvez-vous rencontrer ? Y a-t-il des situations où il est plus difficile d'accepter ?**

Identifier les freins contextuels ou internes

11. **Et a contrario qu'est ce qui aide dans cette démarche ?**

Identifier les facilitateurs contextuels ou internes

12. **A quel point est-ce facile ou difficile pour vous à mettre en œuvre ?**
13. **Avez-vous un dialogue intérieur qui vous guide pendant votre expérience d'acceptation ?**
14. **Comment votre pratique a-t-elle évolué avec le temps, l'expérience ?**

THEME 5. EFFET DE L'ACCEPTATION

15. **Comment savez-vous que ça a marché ? Que vous avez pu accepter l'anxiété ?**

Effet de l'acceptation sur l'anxiété, est-elle toujours présente et/ou diminuée

16. **Comment vous sentez-vous après avoir accepté votre émotion d'anxiété ?**

Effet de l'acceptation sur l'anxiété, est-elle toujours présente et/ou diminuée ?

17. **Comment la pratique de l'acceptation de votre anxiété a-t-elle influencé votre vie émotionnelle ? votre bien-être ?**
18. **Qu'avez-vous appris sur vous-même depuis que vous pratiquez l'acceptation ?**

THEME 6. ALLER PLUS LOIN

19. **Si vous enseigniez à quelqu'un la pratique de l'acceptation telle que vous la pratiquez, que lui diriez-vous ? OU Si quelqu'un vous disait qu'il ne parvient pas à accepter son émotion d'anxiété quels conseils lui donneriez-vous pour le faire ?**

CLOTURE DE L'ENTRETIEN

Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant votre expérience de l'acceptation ?

Cet entretien de recherche est maintenant terminé Je vous remercie pour vos réponses et le temps que vous y avez consacré.

18. Appel à participation

Appel à participation pour une étude en psychologie

Dans le cadre de ma thèse de doctorat en psychologie, sous la supervision de mes co-directrices Rebecca Shankland, professeure de psychologie à l'université Lyon 2 et Nathalie Duriez, professeure de psychologie à l'université Paris 8, je lance une étude s'intéressant à l'acceptation de nos expériences internes et notamment de l'anxiété.

Pour cette étude, je recherche des participants majeurs (≥18 ans), francophones, ayant suivi une intervention basée sur la pleine conscience et l'acceptation délivrée par un psychologue, psychiatre ou instructeur certifié. Par exemple : Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience (MBCT, Mindfulness Based Cognitive Therapy), Réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR, Mindfulness Based Stress Reduction) ou thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT).

Cette étude vise à évaluer le vécu de la régulation de l'anxiété par l'acceptation de l'expérience.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité.e.s à prendre part à un entretien individuel en visioconférence (environ 1h à 1h30) sur Zoom à un horaire défini à votre convenance avec l'investigateur de l'étude, et ce afin d'explorer votre vécu d'acceptation.

Nous attendons que vous répondiez le plus sincèrement possible : il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui nous intéresse c'est votre propre expérience.

Les participants ne recevront aucune indemnité (0 €) pour leur participation à l'étude.
Nous garantirons votre anonymat et vous restez libre de vous retirer à tout moment.
Vous trouverez tous les détails concernant l'étude et vos droits dans la notice d'information.

Si vous souhaitez contribuer à une meilleure compréhension de l'acceptation et de la régulation de nos émotions et notamment de l'anxiété et prendre part à cette recherche, ou simplement obtenir plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter par mail : Julie Ribeyron jribeyron@univ-paris8.fr .

Une notice détaillée vous sera transmise et il vous sera demandé de signer un formulaire de consentement avant de prendre part à l'étude.

Je reste à votre disposition pour toute question et demande d'information.

Julie RIBEYRON

19. Formulaire de consentement

UNIVERSITÉ PARIS 8 VINCENNES-SAINT-DENIS | Laboratoire : Psychopathologie & Processus de Changement

Formulaire de consentement libre et éclairé

Je, soussigné.e :
NOM :
Prénom :
Date de Naissance :
Adresse, code postal, ville :

Déclare accepter de participer à la recherche intitulée : *« Vécu et effet de la stratégie de régulation émotionnelle d'acceptation sur l'anxiété »,* réalisée par Julie RIBEYRON dans le cadre d'une thèse de doctorat, sous la direction de Nathalie DURIEZ, professeure à l'Université Paris 8, et Rebecca SHANKLAND, professeure à l'Université Lumière Lyon 2.

J'ai lu ce jour la note d'information réservée au participant (version du 31/05/2024). J'ai bien pris connaissance de l'objectif et de la durée de l'étude, des bénéfices attendus, des contraintes et des risques prévisibles. Les conditions de sa réalisation m'ont été clairement expliquées par la personne en charge de l'étude.

J'ai bénéficié d'un temps de réflexion suffisant entre ces informations et le présent consentement.

Il m'a été précisé que je suis libre à tout moment d'interrompre ma participation sans en fournir la raison et sans que cela ne me porte préjudice.

J'ai compris que les données de cette étude resteront strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les personnes qui collaborent à la recherche et qui ont été désignées par l'investigateur.

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles qui nous concernent en conformité avec les dispositions de la loi n° 2004-801 du 6 Août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai bien noté que le droit d'accès (article 39) et de rectification (article 40), que nous ouvrent les textes susvisés, pourra s'exercer à tout moment auprès de Julie RIBEYRON, et que les données me concernant pourront m'être communiquées directement.

J'ai bien noté que j'ai le droit d'être informé des résultats globaux de cette recherche selon les modalités qui ont été précisées dans la note d'information.

Un exemplaire de consentement me sera remis après signature et j'accepte de participer au présent protocole.

Fait à ..... le .....
« Lu, compris et approuvé »

Signature du participant majeur **Signature de l'investigateur principal**

20. Notice d'information

UNIVERSITÉ PARIS 8 VINCENNES-SAINT-DENIS | Laboratoire : Psychopathologie & Processus de Changement

NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre du projet : *Vécu et effet de la stratégie de régulation émotionnelle d'acceptation sur l'anxiété.*

Co-investigateur coordonnateur : *Julie Ribeyron*, Psychologue clinicienne et Doctorante au Laboratoire de Psychopathologie et des processus de changement (LPPC), Université Paris 8, bâtiment C, 2 rue de la liberté, 93526 Saint-Denis

Directrices de thèse :

Rebecca Shankland, Professeur, Laboratoire Développement, Individu, Personnalité, Handicap, Education, Univ. Lumière Lyon 2, 5 Avenue Pierre Mendès-France, 69676 Bron Cedex
Nathalie Duriez, Professeur, au Laboratoire de Psychopathologie et des processus de changement (LPPC), Université Paris 8, bâtiment C, 2 rue de la liberté, 93526 Saint-Denis

Lieu de recherche : En ligne par visioconférence sur Zoom, menée par le laboratoire LPPC de l'université Paris 8 et DIPHE de l'université Lyon 2

But du projet de recherche : Explorer le vécu d'acceptation de l'anxiété

Vous êtes invité.e à participer à une étude destinée à explorer la mise en œuvre et le vécu d'une stratégie de régulation émotionnelle appelée acceptation, enseignée dans les interventions dites de pleine conscience et/ou d'acceptation.
Avant que vous n'acceptiez d'y participer, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « *consentement éclairé* ».
Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur ou à la personne qui le représente.
Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement écrit et des informations complémentaires (annexe 1) qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est mise en œuvre après évaluation par un ou plusieurs comité(s) d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement en trois exemplaires. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant l'investigateur. Votre décision de ne pas ou de ne plus participer à l'étude n'aura aucun impact sur vos relations avec l'investigateur.

- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.
- Aucun frais ne vous sera facturé pour les visites spécifiques au protocole de recherche et supplémentaires.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.
- Vous pouvez vous faire accompagner par une personne de confiance pour lire et signer le consentement éclairé conformément à l'article L.1111-6 CSP présenté en annexe 1.

Un complément d'informations sur vos *« Droits de participant à une étude clinique* » est fourni en annexe 1.

Ce que l'on attend de vous

Si vous acceptez de participer à cette étude il vous sera tout d'abord proposé de répondre à un questionnaire (environ 15 minutes). Ensuite, vous serez invité.e.s à prendre part à un entretien individuel en visioconférence (environ 2h, qui peut être divisé en 2 rendez-vous) sur Zoom à un horaire défini à votre convenance avec l'investigateur de l'étude, et ce afin d'explorer votre vécu d'acceptation.

Que ce soit pour le questionnaire ou l'entretien, nous attendons que vous répondiez le plus sincèrement possible : il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ce qui nous intéresse c'est votre propre expérience.

Vos droits à la confidentialité

1) Vos données sont anonymes, et nous ne collectons pas votre adresse IP.
2) Les données obtenues seront traitées avec la confidentialité la plus totale.
3) Personne ne pourra vous identifier en tant que personne, et les résultats de l'étude seront diffusés de manière à ce qu'aucune personne ne puisse être reconnue directement.
4) Toutes les données seront gardées dans un endroit sécurisé et seule la responsable scientifique et les chercheurs associés y auront accès le temps des traitements statistiques.

Vos droits à vous retirer de la recherche à tout moment

1) Votre contribution à cette recherche est volontaire.
2) Vous pouvez cesser votre participation à tout moment

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de vous retirer de l'étude pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier. Néanmoins, il peut être utile pour l'investigateur de l'étude de savoir si vous vous retirez parce que les contraintes de l'étude sont trop importantes.

Il est aussi possible que ce soit l'investigateur qui vous retire de l'étude parce qu'il pense que c'est le mieux pour votre santé ou qu'il constate que vous ne respectez pas les consignes données aux participants. Enfin, il arrive parfois que les autorités compétentes nationales ou internationales, le comité d'éthique qui a initialement approuvé l'étude ou le promoteur interrompent l'étude parce que les informations recueillies ont évolué.

Si vous participez à cette étude, nous vous demandons :

- De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche.
- De ne masquer aucune information relative à votre état de santé, aux médicaments que vous prenez ou aux symptômes que vous ressentez.

Bénéfices

Les avantages attendus de cette recherche sont d'obtenir une meilleure compréhension de la gestion de l'anxiété par le biais de la stratégie de régulation émotionnelle d'acceptation, de comprendre les processus impliqués dans cette stratégie et ses mécanismes d'action.

Risques possibles

À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne.
Il s'agit d'une discussion autour de votre expérience de votre vécu et d'un court exercice de pleine conscience délivré en pratique courante, qui n'a pas démontré de risques particuliers pour les usagers dans les nombreuses études sur leur utilisation.

Ressources utiles :

Si vous rencontrez des difficultés psychologiques, ou que vous ressentez le besoin d'être écouté, vous pouvez prendre contact avec les différents organismes gratuits ci-dessous :
Croix-rouge écoute (soutien psychologique) : 0800 858 858,
SOS amitié (accueil des personnes en détresse) : 09 72 39 40 50
Solitud'écoute (soutient des personnes de plus de 50 ans) : 08 00 47 47 88
Ecoute-famille (soutien psychologique pour parents et ado) : https://www.unafam.org/contact, 01.42.63.03.03

Diffusion

Les résultats de cette recherche seront diffusés dans des colloques et seront publiés dans des actes de colloque et des articles de revue académique.

Vos droits à poser des questions à tout moment

Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps et/ou demander à avoir un retour global sur les résultats de cette recherche en communiquant avec la doctorante impliquée dans ce projet par courrier électronique à Julie Ribeyron jribeyron@univ-paris8.fr .

Version du 31/05/2024

ANNEXE 1 AU FORMULAIRE D'INFORMATION

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS SUR LA PROTECTION ET LES DROITS DU PARTICIPANT À UNE ÉTUDE CLINIQUE

Comité d'Ethique

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Ethique indépendant. Les Comités d'Ethique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à un essai clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, la balance entre risques et bénéfices reste favorable aux participants, que l'étude est scientifiquement pertinente et éthique.

En aucun cas vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer.

Toutefois, il est conseillé pour votre sécurité, de prévenir l'investigateur si vous avez décidé d'arrêter votre participation à l'étude.

Si vous acceptez d'y participer, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Coûts associés à votre participation

Si vous décidez de participer à cette étude, l'entièreté des examens ou procédures nécessaires à l'étude sont à charge du promoteur.

Garantie de confidentialité

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que les investigateurs et les responsables scientifique recueillent des données vous concernant et qu'ils les utilisent dans un objectif de recherche et dans le cadre de publications scientifiques.

Vous avez le droit de demander à l'investigateur quelles sont les données collectées à votre sujet et quelle est leur utilité dans le cadre de l'étude.

Les investigateurs et les responsables scientifiques ont un devoir de confidentialité vis à vis des données collectées.

Ceci veut dire qu'ils s'engagent non seulement à ne jamais divulguer votre nom dans le cadre d'une publication ou d'une conférence mais aussi qu'ils coderont (que votre identité sera remplacée par un code d'identification dans l'étude) vos données.

Les données personnelles transmises ne contiendront pas d'association d'éléments qui permettraient de vous identifier.

Les données de recherche (codées) pourront être transmises aux autorités réglementaires, aux comités d'éthique concernés, à d'autres chercheurs travaillant en collaboration avec le promoteur.

Votre consentement à participer à cette étude implique donc aussi votre consentement à l'utilisation de vos données aux fins décrites dans ce document d'information et à leur transmission aux personnes et instances susmentionnées.

Le promoteur s'engage à utiliser les données collectées uniquement dans le cadre de l'étude à laquelle vous participez.

Si vous retirez votre consentement à participer à l'étude, afin de garantir la validité de la recherche, les données codées jusqu'au moment de votre interruption seront conservées. Aucune nouvelle donnée ne pourra être transmise au promoteur.

Personne de confiance

Lors de la remise de cette information et de la lecture du consentement, vous pouvez vous faire accompagner par une personne de confiance conformément à l'article L.1111-6 CSP stipulant la mention suivante « Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

21. Retranscriptions des entretiens du Chapitre 3

(non diffusées)

V. Curriculum vitae et productions scientifiques

Julie RIBEYRON

2025

Doctorante au Laboratoire LPPC, Université Paris 8
Enseignante à l'université Paris 8
Psychologue clinicienne et Psychothérapeute

SITUATION ACTUELLE

- 2020-2025 Doctorante au Laboratoire LPPC, Université Paris 8
- Depuis 2022 Enseignante à l'université Paris 8
- Depuis 2020 Psychologue clinicienne et psychothérapeute, cabinet libéral, Mandelieu (06)

FORMATIONS UNIVERSITAIRES

- 2021-2022 D.U. de méthodes statistiques en santé, ISPED – institut de santé publique d'épidémiologie et de développement, Université de Bordeaux
- 2019-2020 Master 2 Psychologie Clinique – Psychothérapies, Université Paris 8
- 2004-2007 Master 2 International Business - INSEEC PARIS Grande école de commerce
- 2001-2003 DEUG de Droit - PARIS 2 PANTHÉON ASSAS

FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- 2025 Formation à l'analyse micro-phénoménologique, par Camila Valenzuela, directrice scientifique Claire Petitmengin, Laboratoire de micro-phénoménologie
- 2024 Formation théorique et pratique d'approfondissement à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) avec Pr. J-L. Monestès, Grenoble
- 2021-2022 Formation à l'Instruction du Programme MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) avec Pr. Mirabel-Sarron, APPEA (Association Francophone de Psychologie et Psychopathologie de l'Enfant et l'Adolescent), Paris
- 2021 Formation aux bonnes pratiques clinique, Global health network, en ligne.
- 2021 Formation théorique et pratique à la thérapie dialectique (DBT - Dialectical Behavioral Therapy), Behavioral Tech Research, Marsha M. Linehan, En ligne
- 2021 Formation à la thérapie EMDR, Essentia – Institut Français d'EMDR
- 2021 Formation à l'entretien de micro-phénoménologie, Laboratoire de microphénoménologie sous la direction de Claire Petitmengin
- 2020 Formation d'animateur de groupe KORSA (Programme de gestion du stress et de l'anxiété basé sur l'ACT (Thérapie d'Acceptation et d'Engagement) avec Simon Grégoire, Université du Québec à Montréal (UQAM)
- 2020 Formation théorique et pratique à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) avec Pr. J-L. Monestès, Grenoble
- 2020 Formation Thérapie des Schémas avec Pierre Cousineau, CIPpsy, Paris.

PUBLICATION DANS DES REVUES A COMITÉ DE LECTURE

- **Ribeyron**, J., Shankland, R., Leys, C., & Duriez, N. (2025). Acceptance is a better predictor of anxiety, depressive symptoms, and well-being compared to other emotional competences.

Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 57(Suppl), S86-S99. https://doi.org/10.1037/cbs0000430

CHAPITRE D'OUVRAGE

- **Ribeyron**, J., Paucsik, M. & Shankland, R. (2022). Self-compassion and its effects on mental health. in I. Masse, W., Pullin, E., Hughes, R., Shankland (Eds.), Anglais pour psychologues. Dunod

ORGANISATION DE MANIFESTATIONS SCIENTIFIQUES

• 2022 Organisation du colloque Recherche en psychothérapie : évaluation ou dévaluation ? Laboratoire LPPC, 7 et 8 Octobre 2022, Université Paris 8, campus Condorcet et en ligne.

CONFÉRENCE INVITÉE

- **Ribeyron**, J., (2023) Améliorer la santé mentale des étudiants avec la thérapie d'acceptation et d'engagement, 10è journées AFSCC, Paris, 21 janvier 2023

COMMUNICATIONS ORALES DANS DES CONGRÈS

- **Ribeyron**, J., Duriez, N., & Shankland, R. (2025). L'attachement insécure : un frein à l'acceptation des expériences internes. Conf'Science Attachement 2025 organisée par la société française de thérapie attachement informée (SAFTI), Paris, 26 septembre.
- **Ribeyron**, J., Duriez, N., & Shankland, R. (2025). Coping With Anxiety Through Acceptance: Modeling the Process with a Qualitative Study. 39th Annual Conference of the European Health Psychology Society EHPS, Gröningen, Pays-Bas, 26-29 août 2025
- **Ribeyron**, J., Duriez, N., & Shankland, R. (2025). Le rôle de l'attachement dans l'acceptation des expériences internes. 20èmes journées du GREPACO, Congrès annuel organisé par le GREPACO, Lyon, 15-16 mai.
- **Ribeyron**, J., Duriez, N., & Shankland, R. (2025). Modélisation du processus d'acceptation à partir de savoirs expérientiels. Colloque des doctorants organisé par le laboratoire psychopathologie et processus de changement (LPPC), Université Paris 8 Saint-Denis, 3 mai.
- **Ribeyron**, J., Duriez, N., & Shankland, R. (2025). Vers un modèle expérientiel de l'acceptation de l'anxiété : analyse des processus impliqués. 20èmes journées du GREPACO, Congrès annuel organisé par le GREPACO, Lyon, 15-16 mai.
- **Ribeyron**, J., Duriez, N., & Shankland, R. (2022). L'Acceptation, prédicteur de santé mentale. 7ème journée francophone de psychologie positive, Université Grenoble Alpes, Saint-Martin-d'Hères, 13 juin 2022

COMMUNICATIONS AFFICHÉES DANS UN CONGRÈS

- **Ribeyron**, J., Duriez, N., & Shankland, R. (2025). Le rôle de l'attachement dans l'acceptation des expériences internes. 20èmes journées du GREPACO, Congrès annuel organisé par le GREPACO, Université Lyon-2, Lyon, 15-16 mai.
- **Ribeyron**, J., Duriez, N., & Shankland, R. (2025). Exploration des processus à l'œuvre dans l'acceptation de l'anxiété. 5ème Congrès français et francophone de psychologie positive, Congrès annuel organisé par l'AFFPP, Ecole des psychologues praticiens, Paris, 15-16 mai.
- **Ribeyron**, J., Duriez, N., & Shankland, R. (2022). L'Acceptation, prédicteur de santé mentale. 50è congrès annuel de l'AFTCC organisé par l'Association Française des Thérapies Cognitives et comportementales, Paris, 10 décembre.

ENSEIGNEMENT A L'UNIVERSITÉ

2024-2025
UNIVERSITÉ PARIS 8

- Séminaire de recherche, Master 1 psychologie clinique

2023-2024
UNIVERSITÉ PARIS 8
- Séminaire de recherche, Master 1 psychologie clinique (44h)
- Sémiologie et Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Licence 3 psychologie (48h, chargée d'enseignement).

2022-2023
UNIVERSITÉ PARIS 8
- Séminaire de recherche, Master 1 psychologie clinique (44h)
- Sémiologie et Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (48h, chargée d'enseignement), Licence 3 psychologie
- Projets tutorés, Licence 3 psychologie

2021-2022
UNIVERSITÉ PARIS 5 DESCARTES CITÉ
- Psychopathologie intégrative de l'adulte (30h, TD), Licence 3 psychologie

UNIVERSITÉ PARIS 8
- Séminaire de recherche, Master 1 psychologie clinique (44h)
- Sémiologie et Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (30h, TD), Licence 3 psychologie
- Encadrement de projets tutorés (18h), Licence 3 psychologie

2020-2021
UNIVERSITÉ PARIS 5 DESCARTES CITÉ
- Psychopathologie intégrative de l'adulte (30h, TD), Licence 3 psychologie

UNIVERSITÉ PARIS 8
- Sémiologie et Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (30h, TD), Licence 3 psychologie

ÉCOLE DE SAGE FEMME, Hôpital Foch (92)
- Psychologie Clinique et psychopathologie (CM) 11h, DFGSMa2
- Psychologie du développement (5h), DFGSMa2
- Entretien d'aide (2h), DFGSMa2
- Techniques d'animation de groupe (2h), DFGSMa2 (Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques 2ème année)

ENCADREMENT DE MÉMOIRES

Mémoires de recherche de Master 1 en psychologie clinique et psychothérapies, Université Paris 8

2024-2025
- Terrieux. L'intention paradoxale dans le traitement du TOC en contexte périnatal.
- Etienne. Ajustements identitaires et émotionnels des personnes âgées lors de l'entrée en EHPAD.
- Lungov Buswell. Régulation émotionnelle des enseignants face aux défis de l'inclusion d'élèves présentant un Trouble du Spectre Autistique.
- Chanteperdrix. Régulation des émotions négatives et dissonance émotionnelle chez les auxiliaires de puériculture au contact de mères vulnérables en maternité.

- Sainte-Colombe. Étude qualitative sur le sentiment de continuité identitaire dans le contexte de douleurs chroniques, selon une perspective ACT.
- Dujardin. Effets d'un atelier de cohérence cardiaque sur l'anxiété maternelle en post-partum.
- Valmont. L'impact de l'atelier d'expression corporelle sur la perception corporelle des patients accueillis en CATTP.
- Castus. Le vécu émotionnel des aides-soignants dans l'accompagnement à la fin de vie en EHPAD.
- Leroy. Étude qualitative de l'impact des activités de cohésion lors de la Formation Militaire sur la régulation émotionnelle et l'empathie des jeunes adultes à attachement insécure au sein du Régiment du Service Militaire Adapté.
- Zloty. Étude qualitative des effets d'un atelier d'improvisation théâtrale sur l'estime de soi de patients hospitalisés en psychiatrie.
- Lambert. Évolution des stratégies de régulation émotionnelle chez les psychologues : quels déclencheurs, quelles prises de conscience et quels apprentissages au fil de la pratique ?
- Blanc. Rôle de la régulation des émotions agréables dans le maintien de l'abstinence chez des patients addictés en cours d'accompagnement addictologique.
- Briet. Attachement insécure et vécu de l'entrée en EHPAD.
- Le Goff. Études qualitative exploratoire du vécu de l'estime de soi chez les soignant·e·s en situation de fatigue compassionnelle.
- Arpin. L'impact du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) sur le vécu de l'estime de soi des femmes : exploration d'une relation complexe.
- Genestoux. Stress et coping dyadique en expatriation : Analyse du vécu du conjoint accompagnateur.
- Decarnelle. Le sentiment de compétence parentale chez les pères de jeunes enfants et ses liens avec le style d'attachement et le soutien conjugal perçu.

2023-2024

- Torres. La régulation des émotions des travailleurs sociaux en accueil de jour face aux comportements difficiles des grands précaires.
- Allard Langlet. Anxiété maternelle en période postpartum et style d'attachement.
- Guehl. Vécu de la période post-partum chez des femmes primipares ayant bénéficiées de l'accompagnement d'une kraamzorg.
- Comtat. Style d'Attachement et Peur de l'Accouchement.
- Engelbach. Étude qualitative de la perception et la régulation émotionnelle chez les conjoints-aidants de patients vivant avec la maladie Alzheimer avec des symptômes anxio-dépressifs de leur régulation émotionnelle suite à une intervention ACT.
- Layous. Effets d'un atelier de psychophonie sur la régulation émotionnelle de patientes suivies en unité de périnatalité.
- Willemin. Étude qualitative des effets d'un atelier de sport en groupe sur la régulation émotionnelle des conjoints-suiveurs expatriés à Johannesburg.
- Rouquette. Étude qualitative des effets d'un atelier de chant sur la régulation émotionnelle de patients atteints de troubles anxieux-dépressifs en Hôpital de Jour.
- Marginedes. Vécu de l'accouchement et sens de la douleur chez les femmes qui choisissent l'accouchement physiologique.

2022-2023

- Raoul. Le vécu émotionnel de l'obésité chez des patients en demande d'une intervention en chirurgie bariatrique.
- Rolland (2022-2023). Intérêt d'un programme intégratif de thérapie TCD et ACT sur la régulation des émotions des patientes d'un CMP.
- Michel. Prise en charge médicale et deuil de la fausse couche précoce Étude qualitative exploratoire selon le Dual Process Model.

- De Lafforest. Régulation émotionnelle et vécu des éducateurs travaillant avec des personnes atteintes de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).
- Virleux. La fratrie comme figure d'attachement dans le vécu du rétablissement du patient en addictologie.
- Bertozzi. La perception de l'équipe comme base de sécurité et la régulation des émotions chez les éducateurs en Maison d'Enfants à Caractère Social.
- Coinaud. L'influence de la régulation émotionnelle sur le sentiment d'efficacité personnelle des soignants régulièrement confrontés à la mort.

2021-2022

- Gaudillière. Intérêts D'un groupe d'entrainement aux habiletés sociales sur la régulation émotionnelle d'enfants avec TSA en SESSAD.
- Le Guen. Régulation émotionnelle et auto-efficacité des parents faisant face au passage à l'acte de leur adolescent.
- Coulet. la psychoéducation comme dispositif thérapeutique pour traiter l'usage problématique d'internet.
- Bonnaire. Les émotions négatives et leur régulation chez les professionnels s'occupant de personnes atteintes de troubles neurodéveloppementaux.
- Dechaume. La régulation des émotions négatives chez des professionnels intervenant en Institut médico-éducatif face à des comportements difficiles d'adolescents déficients intellectuels léger à moyen.
- Allouch. Évaluation d'un atelier de communication positive auprès d'éducateurs en Maison d'Enfants à Caractère Social.
- Brami. Influence d'un programme d'intervention précoce basé sur le modèle Denver sur le niveau de stress et la qualité de vie des mères d'enfants autistes : une recherche exploratoire.
- Siret. Sentiment chronique de vide chez des personnes atteintes du trouble de la personnalité borderline.
- Bondar. Partage des émotions entre la mère et ses enfants en temps de guerre : étude IPA du vécu maternel.

EXPÉRIENCES CLINIQUES

Psychologue clinicienne et psychothérapeute, cabinet libéral, Mandelieu (06)
Depuis 2020. Accompagnements thérapeutiques

EHPAD - Résidence MBV (83) - Stagiaire
Accompagnements thérapeutiques individuels et tests psychométriques

Hôpital de Cannes (06) – Psychiatrie adulte - Hôpital de jour - Stagiaire
Accompagnements thérapeutiques, animation groupe de parole

Centre hospitalier de la Dracénie (83) - Maternité - Stagiaire
Entretiens cliniques, co-animation groupe de parole deuil périnatal

PMI - ASE - Maison des solidarités Département 06
Observation d'entretiens cliniques enfants, dyades, adultes