

La thérapie d'acceptation et d'engagement : un modèle de supervision cognitivo-comportemental de la troisième vague

Acceptance and Commitment Therapy: A Third Wave Cognitive Behavioural Model of Supervision

DIONNE Frédérick¹ & DESCHÊNES Lyne²

¹Professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

²Psychologue en pratique privée

Correspondance : Frédérick Dionne, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, C.P. 500, Québec, Canada, G9A 5H7. Courriel : frederick.dionne@uqtr.ca

Résumé

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une approche cognitive et comportementale de troisième vague qui s'avère fort populaire et répandue. À l'heure actuelle, il n'existe aucun modèle de supervision basé sur la thérapie ACT. Cet article propose un modèle de supervision basée sur le modèle de la flexibilité psychologique de l'ACT. Il présente un aperçu de l'évolution de la supervision clinique selon l'approche cognitive et comportementale, les caractéristiques du modèle de supervision ACT, les éléments d'une séance type et une revue des études portant sur l'impact d'une formation ACT sur les compétences et le bien-être du thérapeute. De nature expérientielle, l'ACT offre une approche novatrice de la supervision qui se distingue de la TCC traditionnelle. Des études futures sont nécessaires afin d'évaluer le modèle de la supervision clinique de la thérapie ACT.

Mots clés : Supervision, Thérapie d'acceptation et d'engagement, Thérapie cognitive et comportementale, Troisième vague, Flexibilité psychologique.

Abstract

Acceptance and commitment therapy (ACT) is a popular and well-dissiminated third wave cognitive and behavioral therapy. However, there are no existing supervision model within ACT. This article proposes a supervision model based on the psychological flexibility model. A brief evolution of CBT clinical model is presented. Several useful strategies are offered for the supervisor as well as a typical session and general indications. A review of studies about the impact of an ACT training show that training can improve therapist competencies as well as well-being. Because of its experiential nature, ACT is an innovative model of supervision which is distinct from traditional cognitive and behavioral therapy. Further studies are needed to evaluate the ACT model of supervision.

Key words: Supervision, Acceptance and Commitment Therapy, Third wave, Cognitive and Behavioural Therapy, Psychological flexibility.

-----CET ARTICLE EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT JUSQU'EN 2021-----

L'approche cognitive et comportementale (TCC) s'est considérablement transformée au cours des dernières années. Certains praticiens et chercheurs considèrent qu'une troisième vague est venue s'ajouter aux vagues comportementales et cognitives précédentes (Dionne & Neveu, 2010; Hayes, 2004; Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011). Toujours ancrée dans la tradition empirique, cette troisième génération de TCC intègre des concepts ainsi que des méthodes d'intervention issus d'autres traditions comme la philosophie dialectique, l'acceptation ou encore la pleine conscience (*mindfulness*). Au lieu de modifier les expériences psychologiques directement, ces thérapies cherchent à modifier la *relation* aux expériences, ou à transformer leur contexte d'apparition.

Parmi ces approches, la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance & Commitment Therapy*; ACT à prononcer « acte »; Hayes, Wilson, & Strosahl, 2012) est certainement l'une des plus populaires. En dépit de la grande dissémination de ces approches et de la volonté des étudiants et des professionnels de la santé de s'y former, il n'existe que très peu de travaux sur l'ACT comme modèle de supervision. Quelques articles abordent la supervision selon cette approche, mais se centrent davantage sur un trouble particulier, comme l'état de stress post-traumatique (Walser & Westrup, 2006) ou sur le rôle des émotions des psychothérapeutes en supervision (Batten & Santanello, 2009; Folette & Batten, 2000). De plus, aucune publication n'est encore disponible pour le superviseur francophone.

L'objectif de cet article est d'offrir un cadre théorique et pratique de la supervision clinique basée sur l'ACT.

Il présente un aperçu de l'évolution de la supervision dans un cadre cognitif et comportemental, un résumé des aspects théoriques et pratiques de l'ACT, un modèle de la supervision basé sur la flexibilité psychologique de l'ACT, des indications générales sur ce modèle de supervision, les éléments constituant une séance type, ainsi qu'une revue des études concernant l'impact d'une formation ACT sur les compétences et le bien-être du psychothérapeute.

L'évolution de la supervision en TCC

Watkins (2014) définit la supervision comme une activité, une intervention ou une méthode pédagogique par laquelle un professionnel senior sert de mentor ou de guide à un professionnel junior en processus d'apprentissage de la pratique psychothérapeutique. La supervision est conçue pour améliorer le fonctionnement professionnel des supervisés, protéger les patients et la profession. Elle implique l'évaluation de ce fonctionnement professionnel par le superviseur.

Liese et Beck (1997) ainsi que Padeski (1996) ont réalisé les travaux fondateurs de la supervision en psychothérapie cognitive et comportementale. Leur approche consiste essentiellement à appliquer les principes et méthodes de la TCC à la supervision. Milne (2007) résume ce modèle en neuf points (voir Tableau 1). Ces caractéristiques le distinguent des autres modèles de la supervision, comme ceux des approches humaniste ou psychodynamique (Reiser, 2014).

Tableau 1. Les caractéristiques de la supervision selon la thérapie cognitive et comportementale (Milne 2007).

1. Elle adopte un agenda structuré.
2. Elle privilégie une approche active, pragmatique, et fondée sur la résolution de problème.
3. Elle accorde un rôle central à la conceptualisation et la discussion de cas.
4. Elle utilise des méthodes cognitives et comportementales comme le questionnement socratique, le jeu de rôle, l'entraînement d'habiletés.
5. Elle favorise une attitude de collaboration empirique entre le superviseur et le supervisé
6. Elle s'intéresse à la dynamique personnelle et interpersonnelle du supervisé dans la mesure où elle affecte la thérapie et la supervision (p. ex. identifier les pensées automatiques du supervisé).
7. Elle enseigne des méthodes validées empiriquement.
8. Elle fait usage de vidéos et d'outils psychométriques afin d'évaluer et d'améliorer les compétences du thérapeute.
9. Elle utilise des méthodes soutenues empiriquement, de même que des outils psychométriques afin d'évaluer l'efficacité de ses interventions

En cours de développement, le modèle cognitivo-comportemental a intégré les nouvelles avancées en matière de supervision. Les approches fondées sur les compétences visent le développement d'aptitudes centrales et plus générales de la supervision (Milne, 2008, 2009; Newman, 2010; Roth & Pilling, 2008). Entre autres, l'utilisation des principes d'apprentissage et de l'éducation chez l'adulte (Kolb, 1984), la prise en considération des stades de développement du supervisé (Stoltenberg, 2008), l'accent sur l'utilisation de méthodes empiriquement validées (observation, jeu de rôle, modeling), la rétroaction immédiate et la prise en compte des

variables culturelles sont mises en avant (Reiser, 2014; Roth & Pilling, 2008).

Préconisant une approche plus expérientielle de la psychothérapie, l'arrivée des approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience entraînent un changement de paradigme dans la formation des thérapeutes en TCC (Crane et al., 2012). Pour Bondolfi et Bizzini (2006), le défi actuel des programmes de formation est de préserver l'efficacité clinique des TCC en intégrant ces approches plus récentes qui utilisent des méthodes expérientielles et épistémologiquement plus complexes. L'ACT fait partie de ces nouvelles approches qui attirent l'attention de la communauté scientifique. Elle vise

essentiellement l'amélioration de la *flexibilité psychologique* du client et du supervisé.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

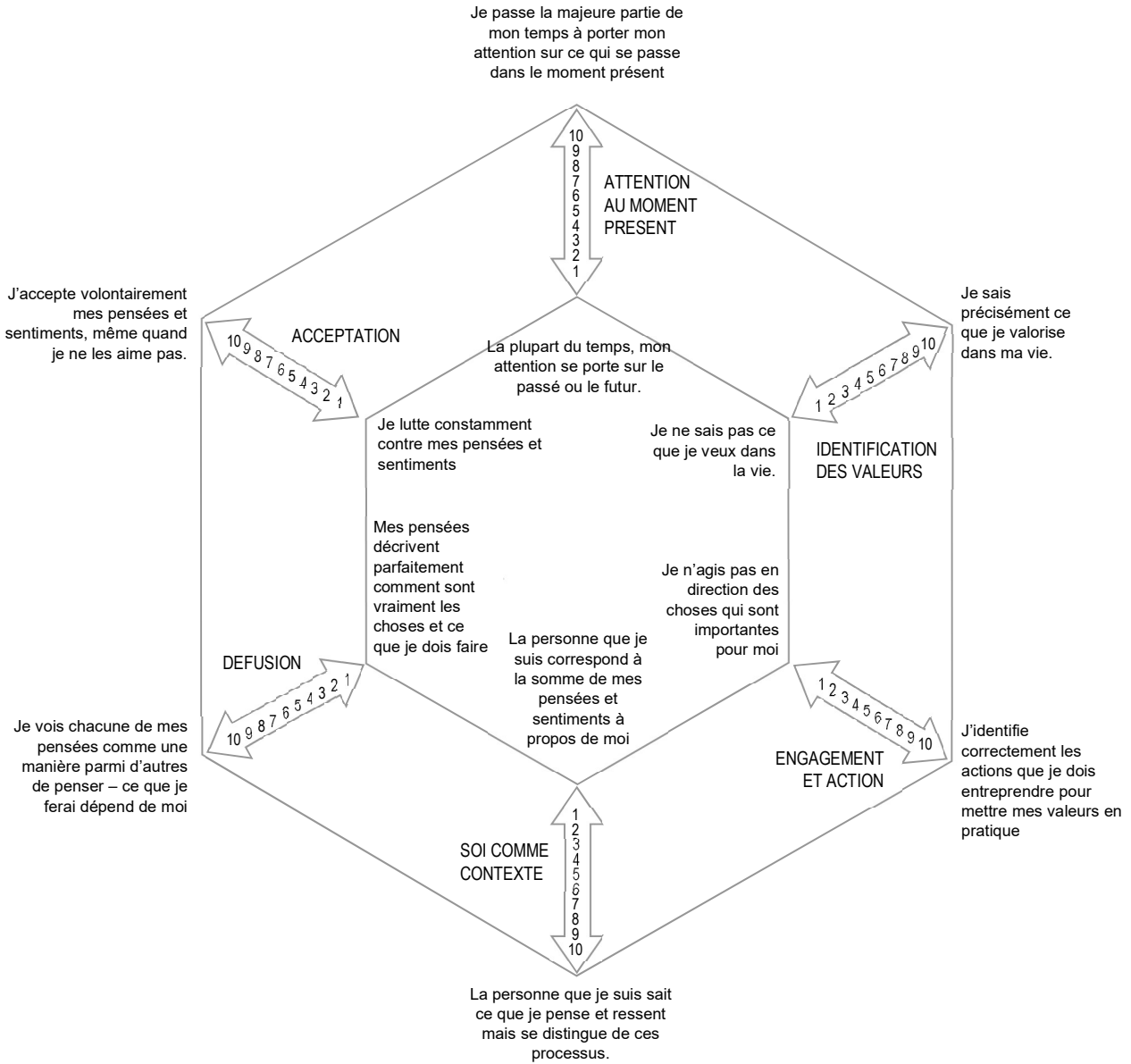
L'ACT est une approche prototypique des thérapies de troisième vague qui se montre efficace notamment auprès des personnes souffrant de douleur chronique, de dépression, d'anxiété mixte, de troubles psychotiques et d'abus de substances (voir A-Tjak, 2015, pour une méta-analyse). Les fondements épistémologiques de l'ACT reposent sur le contextualisme fonctionnel (Hayes, 1993). Cette philosophie de la science étudie le « contexte » au sein duquel apparaissent les comportements, considérant leurs antécédents (déclencheurs), leurs conséquences (renforcement positif ou négatif) ainsi que la relation de contingence entre antécédent/conséquence et comportements (Ramnerö & Törneke, 2008). L'intérêt du thérapeute ACT porte sur la fonction des comportements de l'individu (c.-à.-d., leur utilité pour la personne). Par exemple, dans le cadre d'un trouble anxieux, la fonction du comportement d'évitement (demeurer à distance des situations anxiogènes) pourrait être le soulagement d'émotions douloureuses (renforceur négatif). Le contextualisme fonctionnel propose une vision pragmatique du fonctionnement humain; il ne cherche pas à découvrir une vérité ontologique à tout être humain, mais tente d'expliquer ce qui est utile à chaque individu pour atteindre ses buts, qu'il soit chercheur, thérapeute, superviseur ou client. Dans l'ACT, les valeurs orientent les interventions. Ainsi, une intervention est dite « efficace » si elle permet à l'individu à progresser en direction de ses valeurs personnelles.

Le modèle de la flexibilité psychologique de l'ACT s'appuie sur la théorie des cadres relationnels (TCR; Hayes et al., 2001; Törneke, 2010), une approche

comportementale du langage et de la cognition. Cette théorie nous apprend entre autres que les processus langagiers chez l'humain (p. ex. notre capacité à raisonner et à résoudre des problèmes, l'apprentissage par des règles verbales comparativement à un apprentissage basé sur l'expérience directe), peuvent être à la source de la souffrance humaine. Le suivi de règles verbales peut contribuer au maintien des troubles psychologiques en éloignant l'individu des contingences directes de ses comportements, ce qui peut avoir comme conséquence d'amener l'individu à persister dans les comportements inefficaces (Villatte, Villatte, & Hayes, 2015). Ce phénomène contribue également à l'évitement expérientiel, un processus au cœur des psychopathologies, défini comme la tendance récurrente à éviter d'être en contact avec des événements internes comme des pensées, des images, des souvenirs, des émotions ou des sensations physiques inconfortables ou désagréables (Hayes et al., 2012). L'ACT propose ainsi un modèle transdiagnostique de la psychopathologie.

Le modèle de la flexibilité psychologique peut servir de guide à l'évaluation clinique du patient (analyse fonctionnelle). Ce modèle, aussi appelé *hexaflex*, est constitué de six processus psychologiques interreliés, tels qu'illustrés à la Figure 1. Ils sont présentés sur un continuum de 0 à 10 permettant de situer le fonctionnement de l'individu sur chacun de ces processus : (1) acceptation vs évitement/attachement aux expériences; (2) défusion cognitive vs fusion cognitive; (3) soi comme contexte vs fusion avec le soi conceptualisé (4) moment présent et flexibilité attentionnelle vs inflexibilité attentionnelle; (5) clarté vs manque de clarté dans les valeurs; (6) l'action engagée vers les valeurs vs déficit d'actions engagées vers les valeurs et/ou impulsivité.

Figure 1. Le modèle de l'hexaflex (Monestès et Villatte, 2011)



Un modèle de supervision expérientiel et basé sur la flexibilité psychologique

Dans l'ACT, l'enseignement expérientiel prédomine sur les enseignements théoriques et didactiques (Hayes et al., 2012), ce qui la distingue de la TCC plus traditionnelle. L'approche expérientielle implique un apprentissage qui repose sur un contact direct avec les antécédents et conséquences des comportements. À l'inverse, dans un apprentissage basé sur des règles, ces éléments du contexte sont déterminés majoritairement sur un apprentissage verbal ou symbolique (Villatte et al., 2015). En d'autres mots, au lieu de décrire les contingences par des règles ou des instructions (un enseignement didactique), l'individu s'expose directement aux éléments de son contexte interne et externe (pensées, émotions, actions et conséquences) par exemple, par le développement d'habiletés d'observation. Les métaphores, paradoxes et exercices pratiques peuvent favoriser ce type d'apprentissage. Il importe néanmoins de mentionner que ces deux catégories d'apprentissage (didactique et expérientiel) ne sont pas mutuellement exclusives. Il est possible d'utiliser des instructions verbales pour parvenir à créer un apprentissage expérientiel et un apprentissage expérientiel aura pour conséquence d'engendrer de nouvelles règles possiblement plus flexibles (Villatte et al., 2015). Les thérapeutes en apprentissage ont souvent tendance à lire des livres ou observer des vidéos sur la thérapie plutôt que d'expérimenter et de pratiquer l'ACT (Brock, Robb, Walser, & Batten, 2015). Une autre erreur fréquemment rencontrée est l'utilisation plutôt rigide des métaphores (p. ex. lire les métaphores au client; Brock et al., 2015). Ces exemples font ressortir la difficulté de travailler dans une approche expérientielle en psychothérapie. En bref, les thérapeutes ont souvent tendance à *parler* de l'ACT au lieu de *faire* de l'ACT, de là toute l'importance de développer un mode d'apprentissage expérientiel.

Le modèle de l'hexaflex sous-tend le traitement ACT ainsi que les attitudes et les compétences à développer par le thérapeute dans la relation avec ses clients (Hayes et al., 2012; Pierson & Hayes, 2007; Wilson & Dufrene, 2009). En supervision, il implique l'application des six processus de l'ACT par le supervisé (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Le

développement des processus de la flexibilité psychologique chez le supervisé s'avère utile pour diverses raisons. Premièrement, cela peut aider le thérapeute à s'engager, à être plus présent et à défusionner des pensées en séance avec ses clients, et ainsi favoriser le développement de ces habiletés chez son client (Luoma et al., 2007). Il est difficile d'aider un client à accepter ses ressentis difficiles si le thérapeute n'accepte pas lui-même ses propres réactions émotionnelles lorsque son client apporte un vécu pénible en séance. Deuxièmement, cibler les processus de la flexibilité chez le supervisé lui permet de mieux saisir l'ACT sur le plan fonctionnel. Par exemple, en étant attentif à ses propres pensées et comportements « inflexibles », le thérapeute est à même de mieux détecter ces aspects chez son client (Luoma et al., 2007). Troisièmement, appliquer les outils à la personne du supervisé permet de mieux intégrer les aspects théoriques de l'ACT. Les interventions faites par le superviseur sont d'abord au service du client (en restant centré sur ses buts) et non du supervisé (Batten & Santanello, 2009). Le superviseur s'assure ainsi de rester avec son supervisé en relation de supervision et non de psychothérapie. Les lignes qui suivent présentent quelques stratégies du modèle de supervision clinique selon l'ACT.

Enseigner les savoirs théoriques

Même si l'ACT est hautement expérientielle, elle nécessite l'acquisition d'un savoir issu d'un apprentissage didactique, un ensemble de notions conceptuelles. Dans les premières rencontres de supervision et tout au long du processus, le superviseur accorde un temps à l'enseignement des concepts clés (p. ex. acceptation, défusion, valeurs) et suggère diverses lectures. Quelques livres sont disponibles en version française comme ceux de Harris (2012), Monestès et Villatte (2011), ou Schoendorff, Grand et Bolduc (2011). La lecture d'ouvrages classiques est fortement recommandée tels que ceux de Hayes et de Luoma (Hayes et al., 2012; Luoma et al. 2007).

Au début d'une démarche de supervision, Walser et Westrup (2006) suggèrent de participer à au moins une formation d'une journée sur la thérapie l'ACT. Harris (2012) mentionne que la plupart des thérapeutes s'étant formés à l'ACT considèrent qu'un minimum d'une année de formations théoriques et pratiques (p. ex. formation continue, lectures, visionnement de DVD) est nécessaire pour une

intégration fluide et souple du modèle. Pour se familiariser avec ce modèle, les apprentissages théoriques sont importants, mais ils ne devraient pas se faire au détriment de l'enseignement expérientiel.

Créer un contexte interpersonnel favorable au développement des compétences

Plusieurs auteurs s'entendent sur l'importance de la qualité de la relation superviseur/supervisé dans l'apprentissage et le développement des compétences du thérapeute (Borders, 2014; D'Errico et al., 2012; Lecomte & Savard, 2012; Sweeney & Creaner, 2014). La relation thérapeutique est également cruciale dans l'ACT (Pierson & Hayes, 2007). Le modèle ACT reconnaît que les processus menant à la souffrance psychologique sont présents chez tout être humain, qu'il soit client, thérapeute ou superviseur. La nature de la relation de supervision est foncièrement « égalitaire » et favorise l'acceptation, l'ouverture et la compassion à l'égard de l'expérience du supervisé. Le superviseur n'hésitera donc pas à demander la permission du supervisé avant de faire une intervention ou de proposer un exercice, et s'excuser auprès de lui s'il commet une maladresse. Le superviseur peut également dévoiler certains aspects personnels s'il conçoit que cette révélation peut être bénéfique ou utile au supervisé. Selon plusieurs auteurs, l'ouverture du superviseur inciterait les supervisés à une plus grande authenticité (Borders, 2014; D'Errico et al., 2012; Lecomte & Savard, 2012; Sweeney & Creaner, 2014). Le superviseur se fait modèle des six processus de l'ACT par son attitude et sa façon d'être lors du processus de supervision.

Certains auteurs soutiennent qu'une des stratégies pour développer de nouvelles compétences chez les clients (et le supervisé) est de renforcer celles-ci lorsqu'elles émergent en séance (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004; Monestès & Villatte, 2011; Shoendorff et al., 2011; Tsai et al., 2008). En plus d'observer, susciter et renforcer les habiletés du supervisé, les rencontres de supervision deviennent un lieu propice au renforcement des compétences liées aux processus de l'hexaflex (Monestès & Villatte, 2011). Par exemple, lorsque le thérapeute expérimente le processus de défusion en séance de supervision (p. ex. en effectuant une intervention malgré une pensée lui indiquant le

contraire), le superviseur peut chercher à renforcer ce comportement, en encourageant le supervisé à observer qu'il a réussi à se mettre dans l'action engagée, malgré la pensée dérangeante, puis l'invite à évaluer l'utilité de cette réponse.

Adopter une approche contextuelle et fonctionnelle

Le modèle de supervision de l'ACT consiste à guider le supervisé à entrer en contact directement avec son expérience, au lieu de strictement lui proposer des instructions théoriques (règles verbales). Cela amène le supervisé à trouver « ses propres réponses » lui permettant une certaine autonomie face à la personne qui donne des règles (Villatte et al., 2015). Par conséquent, on favorise le développement d'habiletés plus générales et flexibles pouvant s'adapter à une multitude de contextes. Ce type d'enseignement s'opère à l'intérieur d'une perspective contextuelle et fonctionnelle.

Par un questionnement judicieux de la part du superviseur, le supervisé est ainsi invité à observer les antécédents, ses réponses (interventions thérapeutiques) ainsi que leurs conséquences. *Superviseur* : « Qu'est-il arrivé dans la rencontre avec votre client? Qu'elle a été votre expérience (pensées, émotions)? Qu'avez-vous fait en réponse à cette expérience? Qu'est-il arrivé ensuite? Est-ce que cette intervention vous a rapproché ou éloigné de votre objectif ou du thérapeute que vous désirez être? ». Cette façon de faire incite le supervisé à questionner et à comprendre la fonction de ses interventions ce qui peut favoriser le développement de cette aptitude auprès de ses clients. Par exemple, un thérapeute en consultation peut réaliser qu'à certains moments, il cherche à changer de sujet, tente de convaincre son client ou propose une métaphore de façon impromptue, des comportements qui peuvent avoir comme fonction l'évitement des ressentis inconfortables.

Développer la position du soi comme contexte

Schön (1987) soutient que le praticien développe ses connaissances non par l'application de la théorie, mais par un double processus de réflexion : la réflexion dans l'action et la réflexion sur l'action. La pratique réflexive est centrale en supervision

(Teyber & McClure Teyber, 2014). L'ACT propose une notion similaire avec le soi comme contexte ou le « soi observateur » (Hayes et al., 2012). Le superviseur ACT adopte une présence attentive et une perspective d'observateur face aux interactions superviseur/supervisé et à ses propres réactions (pensées, émotions, sensations). À partir de ce point de vue, il est possible de prendre conscience de l'émergence de réactions rigides en lien avec le soi conceptualisé ou d'une tendance à vouloir expliquer, convaincre ou rationaliser même lorsque ce n'est pas utile (Hayes et al., 2012). Par ailleurs, le développement de cette perspective peut augmenter la capacité d'empathie du thérapeute. Par exemple, l'exercice intitulé « La journée de votre patient » (Monestès & Villatte, 2011; Vilardaga & Hayes, 2009) agit sur la capacité de prise de perspective du thérapeute en lui proposant de s'imaginer à la place de son client. *Superviseur* : « Prenez quelques secondes pour imaginer que vous êtes votre patient en chemin pour venir à sa consultation. Que ressent-il? ». Le superviseur aidera le supervisé à adopter ce changement de perspective, ce sens du soi comme contexte, afin qu'il puisse aussi l'appliquer avec sa clientèle (Vandenbergh & da Silveira, 2013).

Clarifier les valeurs du supervisé

Clarifier les valeurs du supervisé est important et peut constituer une des premières interventions en supervision. *Superviseur* : « Décrivez-moi le thérapeute que vous avez envie d'être ». *Thérapeute* : « Un thérapeute présent, aimant, sécurisant et compétent ». Il est indiqué d'encourager le supervisé à réfléchir sur les raisons profondes qui l'ont incité à devenir thérapeute et à prendre conscience des forces et des qualités personnelles qu'il souhaite incarner dans sa relation thérapeutique avec ses clients. Si le thérapeute valorise le fait d'être plus présent ou moins « dans sa tête » en présence de ses clients, le superviseur peut aider le supervisé à examiner les attitudes, objectifs et actions qu'il souhaite adopter afin de se rapprocher du thérapeute qu'il aimerait être.

Concrétiser des actions engagées

La mise en place de nouvelles interventions comme la pleine conscience et les métaphores vient avec son lot d'incertitudes, de sentiments et de pensées inconfortables. Pour favoriser l'apprentissage de la thérapie ACT, il peut être utile que le thérapeute sorte de sa zone de confort et prenne

des « risques émotionnels » (Tsai et al., 2008) en expérimentant de nouvelles interventions. *Superviseur* : « Êtes-vous prêt à essayer cette intervention si celle-ci vous permet de vous rapprocher du thérapeute que vous aimeriez être? ». Par exemple, un supervisé craignait de débiter une rencontre thérapeutique par un exercice de pleine conscience par peur de ne pas le faire correctement. Après avoir exploré ses pensées (p. ex. « comment réagira le client? ») et ses émotions (p. ex. anxiété), le superviseur a utilisé la métaphore des passagers dans l'autobus (Hayes et al., 2012; Monestès & Villatte, 2011) pour illustrer qu'il est possible de progresser en direction de ses valeurs (p. ex. être un thérapeute aidant), malgré ce que racontent les passagers (pensées et émotions).

Favoriser l'acceptation des ressentis émotionnels

Au cours du processus de supervision, plusieurs émotions sont susceptibles d'être vécues, tout comme dans la relation thérapeute/client. Dans la littérature, on évoque les sentiments tels que la honte (Gutierrez & Hagedorn, 2013; Lecomte, 2012; Sweeney & Creaner, 2014), le sentiment d'incompétence et d'imposture (Lecomte, 2012; Sweeney & Creaner, 2014), la crainte de l'échec en évaluation, la peur de décevoir le superviseur, ainsi que l'inconfort provoqué par certains types d'intervention (Rabin, 2013). Par le malaise qu'elles peuvent susciter, la probabilité d'évitement expérientiel est accrue et peut entraver le processus d'apprentissage et d'évolution du supervisé. Apprendre aux thérapeutes à identifier, tolérer et gérer ses propres ressentis émotionnels désagréables est une habileté clinique importante (Follette & Batten, 2000). Brock et al. (2015) soulignent d'ailleurs l'importance de consentir à ressentir des émotions désagréables (p. ex. de la confusion, des doutes, ou un sentiment d'incompétence), particulièrement dans l'apprentissage de l'ACT.

Que ce soit en supervision ou lors des rencontres avec un client, l'ACT nécessite pour le thérapeute un travail d'acceptation des émotions (de même que des pensées et des sensations). Par exemple, il est souvent remarqué que les supervisés éprouvent des difficultés à tolérer les silences en thérapie. L'exercice « Eyes on », présenté par Steven Hayes lors de certains de ses ateliers, peut s'avérer fort utile pour développer la compétence d'acceptation. En silence,

le superviseur et le supervisé se regardent droit dans les yeux, tout en observant et accueillant les pensées, émotions et sensations parfois inconfortables pouvant émerger.

Défusionner d'avec les pensées inefficaces

Afin de demeurer efficaces lors des séances d'intervention, les thérapeutes doivent éviter le piège de la fusion avec leurs croyances négatives à l'égard de leur expérience, leurs habiletés et leur rôle professionnels (Friedberg, Gorman, & Beidel, 2009 ; Pierson & Hayes, 2007). Par exemple, au cours de sa formation, il n'est pas rare que le futur thérapeute doute de ses compétences ou de son choix professionnels : « je ne suis pas à ma place », « je ne ferai pas un bon thérapeute », « je ne peux pas aider ce client », etc. Le thérapeute plus expérimenté, peut-être plus confiant en ses habiletés, rencontrera possiblement certaines barrières intérieures dans la transition entre son modèle thérapeutique actuel et l'apprentissage de l'ACT. Par conséquent, il est judicieux d'explorer ces croyances ainsi que la réponse comportementale à celles-ci dans le cadre de la supervision afin de permettre au supervisé de pratiquer concrètement la défusion, et de se libérer de l'emprise de ses pensées et réactions inefficaces. Diverses techniques peuvent être bénéfiques en supervision telles que dire « J'ai la pensée que... », écrire ses pensées sur des cartes et les amener avec soi ou répéter sa pensée à voix haute (Hayes et al., 2012).

Cultiver la pleine conscience

La pratique de la pleine conscience entraînerait des bénéfices utiles chez le thérapeute ainsi que sur son efficacité thérapeutique. Les recherches suggèrent qu'elle favorise le développement de capacités cognitives (conscience métacognitive, diminution de la rumination, amélioration des capacités attentionnelles) qui contribuent à leur tour à une meilleure régulation émotionnelle (Corcoran, Farb, Anderson, & Segal, 2010; Siegel, 2007). D'autres études démontrent que la méditation de pleine conscience favorise une plus grande flexibilité cognitive, une augmentation de la vitesse du traitement de l'information (Moore & Malinowski, 2009), le développement des habiletés d'auto-observation (Siegel, 2007) et un accroissement de l'autocompassion chez les

professionnels de la santé (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005) ainsi que chez les thérapeutes en formation (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Lorsque la pratique de la pleine conscience est intégrée à la formation en psychothérapie, elle contribuerait au développement des habiletés du thérapeute (être plus attentif aux processus thérapeutiques, développer une plus grande aisance avec les silences, être davantage à l'écoute de soi et de ses clients) et influencerait son efficacité thérapeutique (Newsome, Christopher, Dahlen, & Christopher, 2006). En somme, développer les habiletés de pleine conscience du thérapeute bénéficie tout autant au thérapeute qu'à ses clients.

Indications générales et séance type

Dans la prochaine section, des indications générales sont proposées au superviseur ACT en demeurant près des standards et des données probantes en matière de supervision.

Obtenir un consentement libre et éclairé

Dès le début du processus de supervision et tout au long de celui-ci, il importe d'obtenir le consentement libre et éclairé du supervisé en discutant des éléments du contrat de supervision et spécifiant les attentes et les responsabilités du supervisé et du superviseur (Borders, 2014). Il peut être opportun de clarifier dès le départ les différences entre la relation de supervision et la relation thérapeutique. Dans une supervision ACT, il est également essentiel de s'assurer du consentement réel du supervisé à inclure ses expériences internes ainsi que ses « luttes » comme faisant partie intégrante du processus de supervision (Luoma et al., 2007).

Déterminer des objectifs concrets

En supervision, déterminer les objectifs et les attentes des thérapeutes est crucial. Borders (2014) définit qu'un objectif utile se doit d'être réaliste, mesurable, ajusté au niveau de développement du supervisé et à l'intérieur du champ de sa compétence. À chacune des rencontres de supervision, un ou plusieurs de ces objectifs seront discutés et leur progression sera évaluée régulièrement. Cabaniss, Arbuckle et Moga (2014) soulignent que les objectifs d'apprentissage améliorent l'expérience du supervisé,

permettent au superviseur de mieux diriger ses interventions et d'évaluer plus précisément les progrès réalisés par le supervisé. L'ACT nous enseigne que les objectifs peuvent être mis en relation avec les valeurs du supervisé, ce qui peut offrir un élément de motivation supplémentaire à la mise en place de certaines interventions nouvelles.

Établir un agenda

Dans la lignée de la tradition cognitive et comportementale, une séance de supervision ACT peut débuter par l'établissement d'un agenda. Cet agenda peut contenir un exercice d'introduction, une discussion sur les modalités d'ordre technique (p. ex. des considérations monétaires ou liées à l'horaire), un retour sur les exercices à réaliser à la maison et les objectifs fixés, ainsi que les cas qui seront à discuter au cours de la rencontre. Le superviseur invite généralement le supervisé à ajouter les points qu'il souhaite aborder. Bien qu'elle soit plus directive, cette façon peut apporter une plus grande efficacité aux rencontres, notamment par une meilleure gestion du temps. Évidemment, il y a toujours place à la souplesse dans la planification de cet agenda.

Débuter la séance avec un exercice expérientiel

Il peut être utile que la rencontre de supervision commence par un bref exercice expérientiel comme un exercice de pleine conscience, de défusion, d'acceptation ou de clarification des valeurs. Entamer la rencontre par un exercice de pleine conscience, par exemple, comporte plusieurs avantages. Premièrement, il permet au superviseur et au thérapeute de se recentrer et favorise une attitude d'ouverture durant la rencontre (Follette & Batten, 2000). Deuxièmement, il aide le supervisé à être plus conscient de ses pensées, émotions et sensations corporelles (Follette & Batten, 2000) et à l'apprentissage des différents processus de l'ACT. Troisièmement, il soutient le thérapeute dans l'acquisition de nouveaux outils d'intervention. Quatrièmement, il permet un apprentissage par modèle.

Conceptualiser les cas cliniques

La conceptualisation et la discussion de cas sont au cœur des supervisions cognitives et comportementales (Friedberg et al., 2009). De la même manière, le superviseur ACT aide le supervisé à conceptualiser ses cas selon le modèle de la

flexibilité psychologique. Il lui enseigne à repérer les processus de la flexibilité déficitaires chez son client (p. ex. faible engagement dans les valeurs, fusion avec les pensées). Il l'invite ainsi à « regarder avec des yeux ACT » et à « écouter avec des oreilles ACT » (Hayes et al., 2012). En plus du modèle de la flexibilité précédemment illustré à la Figure 1, il existe d'autres modèles similaires de conceptualisation de cas (voir Hayes et al., 2012, p. 127-136). La conceptualisation peut également consister à identifier le fonctionnement du supervisé sur les différents processus psychologiques du modèle de l'ACT. Cet exercice le familiarise à la fois à l'utilisation de ces outils de conceptualisation ainsi qu'à la prise de conscience de son propre fonctionnement sur ces processus psychologiques en tant que thérapeute en interaction avec ceux de son client.

Mettre en place des jeux de rôle et offrir de la rétroaction

Pour certains auteurs, l'utilisation des jeux de rôle en supervision est indispensable à la formation des psychothérapeutes (Teyber & McClure Teyber, 2014). Luoma et collaborateurs (2007) considèrent qu'il est aussi judicieux de les utiliser dans une supervision de type ACT. Habituellement, le superviseur demandera au supervisé de jouer le rôle de son client et interviendra selon une perspective ACT, lui proposant ainsi un apprentissage par modèle. Les rôles peuvent aussi s'inverser (le superviseur devient le client et le supervisé joue le thérapeute). Dès lors, il devient possible d'observer, *in vivo*, les comportements adoptés par le supervisé dans son rôle de thérapeute (p. ex. ceux servant à l'évitement d'expériences désagréables). Ainsi, le jeu de rôle crée un contexte lui permettant d'explorer et de prendre conscience de ses ressentis et de son fonctionnement sur les différents processus de l'hexaflex, puis favorise l'apprentissage de nouvelles façons d'agir ou de réagir. La rétroaction du superviseur s'avère un facteur clé dans l'apprentissage du supervisé. Pour qu'elle soit efficace, une rétroaction se doit d'être régulière et axée sur un comportement actuel et modifiable (Borders, 2014). Enfin, le jeu de rôle permet également au supervisé d'expérimenter de nouvelles techniques avant d'y recourir avec sa clientèle (p. ex. une métaphore ou un exercice de défusion).

Suggérer des exercices à domicile

Afin d'intégrer les apprentissages réalisés pendant les rencontres de supervision, le supervisé est convié à réaliser des exercices entre les séances afin d'améliorer sa flexibilité psychologique. Au cours de la semaine, le supervisé est invité à centrer son attention sur un des processus travaillés lors de la dernière séance. Par exemple, le thérapeute pourrait prioriser l'observation de son fonctionnement au niveau du processus d'acceptation lors de rencontres avec sa clientèle. Les exercices à domicile peuvent aussi être en lien avec sa vie personnelle, notamment en favorisant des comportements d'autosoin par exemple, un supervisé surchargé dans sa vie personnelle pourrait se fixer des objectifs d'activités plaisantes ou de méditation, au service de sa valeur « santé ». De cette façon, le superviseur fait d'une pierre deux coups : le supervisé travaille différents aspects de sa vie tout en expérimentant certaines méthodes de l'ACT.

Évaluer le supervisé

Afin de bien suivre les progrès du supervisé, il importe d'évaluer régulièrement certaines compétences clés. Dès le départ, le superviseur présente son plan d'évaluation au supervisé et l'encourage à faire son auto-évaluation (Borders, 2014). Pour une évaluation plus spécifique des processus de la flexibilité, le questionnaire *ACT Core Competency Rating Form* peut être utilisé (Luoma et al., 2007). Il s'agit d'une grille d'auto-observation permettant au thérapeute d'évaluer son fonctionnement au regard des processus de l'ACT.

Suivre une formation ACT peut-il améliorer les compétences et le bien-être des psychothérapeutes?

À notre connaissance, il n'existe aucune étude empirique ayant évalué le modèle de *supervision* basée sur la flexibilité psychologique. La plupart des recherches portent sur l'effet d'une formation de type ACT. Entreprendre une formation ACT permettrait le développement de compétences clés (Luoma & Vilardaga, 2013; Pakenham, 2015a) et

favorisait l'augmentation de certaines qualités positives chez les thérapeutes (Stafford-Brown, & Pakenham, 2012). Stafford-Brown et Pakenham (2012) ont démontré qu'un entraînement didactique et expérientiel fondé sur l'ACT, d'environ 9,5 heures sur une période de quatre semaines, favorisait une meilleure gestion du stress ainsi qu'une augmentation de qualités thérapeutiques positives (p. ex. alliance thérapeutique) chez des stagiaires post-gradués en psychologie. Les participants de cette étude rapportaient en effet une diminution significative du doute de soi, une meilleure autocompassion et une consolidation du sentiment d'auto-efficacité. Les processus de pleine conscience, d'acceptation et d'action engagée ont eu un rôle médiateur sur les résultats de cette étude. Pakenham (2015a) obtient des résultats similaires auprès de stagiaires en psychologie recevant un entraînement à l'ACT. Cette formation incluait le développement de compétences spécifiques (alliance thérapeutique, sentiment d'auto-efficacité, gentillesse envers soi-même) et de stratégies d'autosoins (acceptation, défusion, pleine conscience, valeur). De plus en plus reconnue comme une compétence de base à acquérir lors de la formation en psychologie clinique, la pratique d'autosoins pourrait de surcroît prévenir l'épuisement professionnel (Pakenham, 2015b). À la fin de la formation, les étudiants démontraient un niveau plus élevé d'acceptation et de pleine conscience, une diminution de la suppression de la pensée ainsi qu'un mode de vie en plus grande cohérence avec leurs valeurs (Pakenham, 2015a). De manière générale, ces étudiants ont démontré des améliorations au niveau de la gestion du stress au travail, de la détresse psychologique et de leurs compétences (alliance thérapeutique, auto-efficacité, compassion). Dans une étude menée en parallèle, Pakenham (2015b) observe que le niveau de fonctionnement sur certains processus de l'ACT (valeur, défusion, pleine conscience et acceptation) chez des étudiants en psychologie, était positivement corrélé avec des mesures d'adaptation (stress, détresse psychologique, satisfaction de vie, satisfaction de la formation clinique). Il conclut que les habiletés inhérentes aux processus de l'ACT seraient en soi des pratiques d'autosoins et adaptatives.

Dans une étude de Luoma et Vilardaga (2013), il a été démontré qu'un atelier de deux jours sur

l'ACT était associé à une amélioration du sentiment de compétence et d'accomplissement professionnel, une diminution de l'épuisement émotionnel ainsi qu'à une plus grande connaissance de l'ACT. De plus, l'ajout de consultations téléphoniques didactiques et expérientielles après cet atelier (p. ex. un travail sur l'expérience émotive du thérapeute en lien avec ses clients) apporterait un bénéfice supplémentaire quant à l'amélioration de la flexibilité psychologique des thérapeutes, comparativement à une formation sans appel téléphonique.

En somme, une formation ACT procure aussi des gains avantageux pour le thérapeute. On remarque notamment une diminution de l'épuisement professionnel (Luoma & Vilardaga, 2013; Veage et al., 2014), une meilleure gestion du stress (Pakenham, 2015a), un accroissement de l'autocompassion (Stafford-Brown & Pakenham, 2012), une augmentation du sentiment d'efficacité (Luoma & Vilardaga, 2013; Stafford-Brown & Pakenham, 2012) et une plus grande flexibilité psychologique (Luoma & Vilardaga, 2013; Pakenham 2015a; Stafford-Brown & Pakenham, 2012).

Conclusion

Malgré la popularité et la grande dissémination des thérapies de la troisième vague comme l'ACT, il existe peu de travaux sur son modèle de supervision clinique. Cet article jette les bases d'un modèle de la supervision basé sur la thérapie ACT. L'ACT a l'avantage d'offrir un apprentissage expérientiel de la psychothérapie et qui permet d'appliquer les aspects théoriques et pratiques auprès du supervisé afin d'améliorer sa propre flexibilité psychologique et de développer les compétences fondamentales à la pratique de l'ACT. Une séance type des rencontres de même que des indications générales ont été proposées. À ce jour, la majorité des études ont porté sur les effets d'une formation de type ACT sur les compétences et le bien-être des thérapeutes. Des recherches portant spécifiquement sur le modèle de supervision ACT sont nécessaires afin de déterminer quels sont les processus actifs du modèle et d'évaluer son efficacité dans le développement de compétences essentielles à la formation des thérapeutes.

Références

- 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*(30), 30-36. doi:10.1159/000365764
- Batten, S. V., & Santanello, A. P. (2009). A contextual behavioral approach to the role of emotion in psychotherapy supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, *3*(3), 148-156. doi:10.1037/1931-3918.a0014801
- Borders, L. D. (2014). Best practice in clinical supervision: Another step in delineating effective supervision practice. *American Journal of Psychotherapy*, *68*(2), 151-162.
- Bondolfi, G. & Bizzini, L. (2006). La formation en psychothérapie cognitivo-comportementale. *Psychothérapies*, *4*(26), 211-220.
- Brock, M. T., Robb, H. B., Walser, R. B., & Batten, S. J. (2015). Recognizing common clinical mistakes in ACT: A quick analysis and call to awareness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *4*(3), 139-143. doi:10.1016/j.jcbs.2014.11.003
- Cabaniss, D. L., Arbuckle, M. R., & Moga, D. E. (2014). Using learning objectives for psychotherapy supervision. *American Journal of Psychotherapy*, *68*(2), 163-76.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *41*, 195-207.
- Corcoran, K. M., Farb, N., Anderson, A., & Segal, Z. V. (2010). Mindfulness and emotion regulation: Outcomes and possible mediating mechanisms. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 339-355). New York, NY: Guilford Press.
- Crane R. S., Kuyken, W., Williams, J. M. G., Hastings, R., Cooper, L., & Fennell, M. J. V. (2012). Competence in teaching mindfulness-based courses: Concepts, development and assessment. *Mindfulness*, *3*, 76-84. doi: 10.1007/s12671-011-0073-2
- D'Errico, J., Purcell Lalonde, M., & Bouchard, M.-A. (2012). La perspective de stagiaires en psychologie sur la relation de supervision. *Psychologie Québec*, *29*, 33-35. En ligne https://ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mai2012_Dossier_02_DErrico_Lalonde_Bouchard.pdf
- Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue Québécoise de Psychologie*, *31*(3), 15-36.

- Follette, V. M., & Batten, S. V. (2000). The role of emotion in psychotherapy supervision: A contextual behavioral analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 306-312. doi:10.1016/S1077-7229(00)80088-7
- Friedberg, R. D., Gorman, A. A., & Beidel, D. C. (2009). Training psychologists for cognitive-behavioral therapy in the raw world: A rubric for supervisors. *Behavior Modification*, 33, 104-123. doi:10.1177/0145445508322609
- Gutierrez, D., & Hagedorn, W. B. (2013). The toxicity of shame. Applications for acceptance and commitment therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 35(1), 43-59.
- Harris, R. (2012). *Passez à l'ACT. Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lecomte, C. (2012). La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique. *Psychologie Québec*, 29(3), 28-32.
- Lecomte, C., & Savard, R. (2012). La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. In T. Lecomte & C. Leclerc. *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2^e éd.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Liese, B. S., & Beck, J. S. (1997). Cognitive therapy supervision. In C. E. Watkins (Ed.). *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 114-133). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger publications.
- Luoma, J. B., & Vildardaga, J. P., (2013). Improving therapist psychological flexibility while training Acceptance and Commitment Therapy: A pilot study. *Cognitive Behavior Therapy*, 42(1), 1-8. doi:10.1080/16506073.2012.701662
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice*. Chichester, UK: BPS/Blackwell.
- Milne, D. L. (2008). CBT supervision: From reflexivity to specialisation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 779-786. doi:10.1017/S1352465808004773
- Milne, D. L. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 437-447. doi :10.1348/014466507X197415
- Monestès, J. L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18, 176-186. doi:10.1016/j.concog.2008.12.008
- Newman, C. F. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional and supervisory aspects. *Professional Psychology, Research and Practice*, 47, 12-19. doi:10.1037/a0018849
- Newsome, S., Christopher, J. C., Dahlen, P., & Christopher, S. (2006). Teaching counselors self-care through mindfulness practices. *Teachers College Record*, 108, 1881-1990.
- Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 266-292). New York, NY: Guilford Press.
- Pakenham, K. I. (2015a). Effects of acceptance and commitment therapy (ACT) training on clinical psychology trainee stress, therapist skills and attributes, and ACT processes. *Clinical psychology and psychotherapy*, 22, 647-655. doi: 10.1002/cpp.1924
- Pakenham, K. I. (2015b). Investigation of the utility of the acceptance and commitment therapy (ACT) framework for fostering self-care in clinical psychology trainees. *Training and education in professional psychology*, 92, 144-152. doi:10.1037.tep0000074

- Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using Acceptance and Commitment Therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in cognitive behavior therapy* (pp. 205-228). London: Routledge.
- Rabin, S. J. (2013). *The interaction of therapist experiential avoidance and extraneous clinical information in predicting therapist preference for exposure treatment for OCD*. Thèse de doctorat non publiée. Drexel University, Philadelphia, PA, USA. En ligne : <http://hdl.handle.net/1860/4224>
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2008). ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician. Oakland, CA: New Harbinger.
- Reiser, R. P. (2014). Supervising cognitive and behavioral therapies. In C. E. Watkins & D. L. Milne (Eds.). *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 493-517). Chichester, UK: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9781118846360
- Roth, A., & Pilling, S. (2008). *A competence framework for the supervision of psychological therapies*. En ligne http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/supervision_framework.htm
- Schoendorff, B., Grand, J., & Bolduc, M.-F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : guide clinique*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Schön, D.A. (1987). *Educating the reflective practitioner. How professionals think in action*. New York, NY: Basic books.
- 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, 164-176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164
- 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, 105-115. doi: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Siegel, D. M. (2007). Mindfulness training and neural integration: Differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 259-263. doi:10.1093/scan/nsm034
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of clinical psychology*, 68(6), 592-613. doi: 10.1002/jclp.21844
- Stoltenberg, C. (2008). Developmental approaches to supervision. In C. A. Falender & E. P. Shafranske (Eds.). *Casebook for clinical supervision: Competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sweeney, J., & Creaner, M. (2014). What's not being said? Recollections of nondisclosure in clinical supervision while in training. *British Journal of Guidance & Counseling*, 42(2), 211-224. doi:10.1080/03069885.2013.872223
- Teyber, E., & McClure Teyber, F. (2014). Working with the process dimension in relational therapies: Guidelines for clinical training. *Psychotherapy*, 51(3), 334-341. doi:10.1037/a0036579
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B. S., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2008). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York, NY: Springer.
- Vandenberghe, L., & Martins da Siveira, J. (2013). Therapist self-as-context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 159-167. doi:10.1007/s10879-012-9230-8
- Veage, S., Ciarrochi, J., Deane, F. P., Andresen, R., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2014). Value congruence, importance and success and in the workplace: Links with well-being and burnout amongst mental health practitioners. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 258-264. doi:10.1016/j.jcbs.2014.06.004
- Vilardaga, R., & Hayes, S. C. (2009). Acceptance and Commitment Therapy and the therapeutic relationship stance. *European psychotherapy*, 9(1), 1-22.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: language as intervention*. New York, NY: Guilford Press.
- Walser, R. D., & Westrup, D. (2006). Supervising trainees in Acceptance and Commitment Therapy for treatment of posttraumatic stress disorder. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(1), 12-16.
- Watkins, C. E. (2014). Psychotherapy supervision developments and innovations for the new millennium: Contributions from the cutting edge. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 141-149.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An Acceptance and Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger