

rfcc Revue Francophone de Clinique
Comportementale et Cognitive

Volume 28 – N°1 – Avril 2024



**AF
FOR
THE
CC**

TABLE DES MATIERES

SYMPTÔMES SOMATIQUES MÉDICALEMENT INEXPLIQUÉS CHEZ LES JEUNES : VERS UN MODÈLE EXPLICATIF DU PRONOSTIC 3

• <i>Medically unexplained somatic symptoms in youth: toward an explanatory model of prognosis..... 3</i>	3
AUTEURS.....	3
AUTEURE DE CORRESPONDANCE	4
RÉSUMÉ.....	5
ABSTRACT.....	5
INTRODUCTION.....	6
OBJECTIFS	8
FACTEURS BIOPSYCHOSOCIAUX ASSOCIÉS AUX SSMI CHEZ LES JEUNES	8
<i>Facteurs biologiques</i>	<i>8</i>
<i>Facteurs psychologiques</i>	<i>9</i>
<i>Facteurs sociaux et environnementaux</i>	<i>10</i>
MODÈLE INTERACTIONNEL DES SSMI PÉDIATRIQUES	12
DISCUSSION.....	14
CONCLUSION	15
DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS.....	15
RÉFÉRENCES.....	16

INTÉGRATION D'UN VOLET PARENTAL À UN PROGRAMME VISANT LA RÉDUCTION DE L'ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE SCOLAIRE CHEZ DES ADOLESCENTS. 26

• <i>Integrating a Parental Component into a program Aimed at Reducing Test Anxiety in Adolescents. 26</i>	26
AUTEURS.....	26
NOTES DES AUTEURS	26
<i>Sources de financement.....</i>	<i>26</i>
<i>Remerciements.....</i>	<i>26</i>
<i>Déclarations</i>	<i>27</i>
AUTEURE DE CORRESPONDANCE	27
RÉSUMÉ.....	27
ABSTRACT.....	28
INTRODUCTION.....	29
<i>L'anxiété de performance scolaire.....</i>	<i>29</i>
<i>Les programmes visant l'anxiété de performance scolaire.....</i>	<i>30</i>
<i>L'importance d'inclure les parents dans les programmes d'intervention</i>	<i>30</i>
<i>Objectifs de l'étude.....</i>	<i>32</i>
MÉTHODE.....	32
<i>Procédure et participants</i>	<i>32</i>
<i>Devis.....</i>	<i>33</i>

<i>Mesures</i>	33
<i>Analyses</i>	35
RÉSULTATS	35
<i>Effets des ateliers parentaux</i>	35
<i>Pertinence des ateliers parentaux</i>	38
<i>Triangulation des données</i>	40
DISCUSSION.....	40
<i>Limites de l'étude</i>	42
<i>Recommandations pour les futures études et pour les milieux éducatifs</i>	42
CONCLUSION	43
RÉFÉRENCES.....	44

LES PROBLÉMATIQUES INTERPERSONNELLES SOUS L'ANGLE DE LA SCIENCE CONTEXTUELLE COMPORTEMENTALE

• <i>Interpersonal Issues from a Contextual Behavioral Science Perspective</i>	49
AUTEURS.....	49
RÉSUMÉ.....	49
ABSTRACT.....	50
INTRODUCTION.....	51
QUEL ACCOMPAGNEMENT THÉRAPEUTIQUE POUR LES PROBLÉMATIQUES RELATIONNELLES?	
.....	52
<i>Les approches fréquemment utilisées par les psychothérapeutes</i>	52
<i>Les processus comme ingrédients actifs du changement</i>	52
APPORT DE LA SCIENCE CONTEXTUELLE COMPORTEMENTALE	53
<i>Le contextualisme fonctionnel comme philosophie</i>	53
<i>L'exemple de l'intimité : Aimer est un comportement</i>	54
<i>Une théorie scientifique du langage et de la cognition: La théorie des cadres relationnels</i>	55
CONCEPTUALISATION DES PROBLÉMATIQUES RELATIONNELLES	57
<i>Analyse fonctionnelle individuelle</i>	57
<i>L'Analyse fonctionnelle dyadique du couple</i>	58
LA THÉRAPIE ACT POUR ENGAGER DES COMPORTEMENTS VALORISÉS VERS L'AUTRE	59
<i>ACT et Couple</i>	59
<i>Travailler sur la relation à soi pour changer la relation à l'autre</i>	60
CONCLUSION	61
RÉFÉRENCES.....	62

Symptômes somatiques médicalement inexpliqués chez les jeunes : vers un modèle explicatif du pronostic

Medically unexplained somatic symptoms in youth: toward an explanatory model of prognosis

Auteurs

- **Isabelle DENIS**

Psychologue, professeure agrégée, chercheuse régulière

isabelle.denis@psy.ulaval.ca

École de psychologie, Université Laval, 2325 Rue des Bibliothèques, Québec, QC, Canada,
G1V 0A6

Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches, 143 Rue Wolfe, Lévis, QC, Canada,
G6V 3Z1

Centre de recherche sur les jeunes et les familles (CRUJeF), 2915 Avenue du Bourg-Royal,
Québec, QC, Canada, G1C 3S2

- **Richard BÉLANGER**

Pédiatre, professeur agrégé et chercheur universitaire clinicien

richard.belanger@chudequebec.ulaval.ca

Département de pédiatrie, Centre Mère-Enfant Soleil – CHU de Québec-Université Laval,
2705 Boulevard Laurier, Québec, QC, Canada, G1V 4G2

Axe santé des populations et pratiques optimales en santé, Centre de recherche du CHU de
Québec- Université Laval, Hôpital Saint-Sacrement, 1050 Chemin Sainte-Foy, Québec, QC,
Canada, G1S 4L8

- **Leila BEN AMOR**

Pédopsychiatre, professeure titulaire, chercheuse régulière

leila.ben.amor.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Centre de recherche du CHU Sainte-Justine : Centre hospitalier universitaire mère-enfant de
Montréal, 3175 Chemin de la Côte-Sainte Catherine, Montréal, QC, Canada, H3T 1C5

- **Nicolas CHADI**

Pédiatre, professeur adjoint de clinique

nicholas.chadi@umontreal.ca

Centre de recherche du CHU Sainte-Justine : Centre hospitalier universitaire mère-enfant de
Montréal, 3175 Chemin de la Côte-Sainte Catherine, Montréal, QC, Canada, H3T 1C5

- **Louis PICARD**

Psychologue

louis.picard.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Centre de recherche du CHU Sainte-Justine : Centre hospitalier universitaire mère-enfant de
Montréal, 3175 Chemin de la Côte-Sainte Catherine, Montréal, QC, Canada, H3T 1C5

- **Guillaume FOLDES-BUSQUE**

Psychologue, professeur titulaire, chercheur régulier

guillaume.foldes-busque@psy.ulaval.ca

ORCID : 0000-0003-1179-4187

École de psychologie, Université Laval, 2325 Rue des Bibliothèques, Québec, QC, Canada,
G1V 0A6

Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches, 143 Rue Wolfe, Lévis, QC, Canada,
G6V 3Z1

Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
(IUCPQ), 2725 Chemin Sainte-Foy, Québec, QC, Canada, G1V 4G5

[Auteure de correspondance](#)

- **Isabelle DENIS**

École de psychologie, Université Laval, 2325 Rue des Bibliothèques,
Québec, QC, Canada, G1V 0A6

Résumé

Les symptômes somatiques médicalement inexpliqués (SSMI) sont des symptômes pour lesquels aucune cause physique n'a été identifiée à la suite de l'évaluation médicale. De 10 à 34 % des jeunes (enfants et adolescents) souffriraient d'au moins un SSMI et leur prévalence augmenterait avec l'âge. Ceux-ci entraînent d'ailleurs de nombreuses conséquences pour les jeunes qui en souffrent et leurs familles, et ils tendent à perdurer et à s'aggraver en l'absence d'une prise en charge efficace. À ce jour, les facteurs biopsychosociaux impliqués dans le développement et l'évolution des SSMI chez les jeunes demeurent mal compris. Cet article vise donc à présenter ces facteurs à partir de la littérature la plus à jour et à les intégrer au sein d'un modèle afin de faire progresser la compréhension du rôle de chaque facteur spécifique dans le développement et l'évolution des SSMI chez les jeunes. Enfin, les implications du modèle en regard de l'évaluation et des interventions psychosociales à mettre en place afin de venir en aide plus efficacement à ces jeunes et à leurs familles seront discutées.

Mots clés : Symptômes somatiques, somatisation, facteurs de risque, enfant et adolescent.

Abstract

Medically unexplained somatic symptoms (MUSS) are symptoms for which no obvious or sufficient cause has been identified following a medical examination. Between 10 and 34 % of youth (children and adolescents) are thought to have at least one MUSS, and the prevalence rises with age. MUSS tends to persist and worsen over time in the absence of effective interventions, which lead to significant psychosocial consequences for the affected youth and their families. To this day, the biopsychosocial factors involved in the development and evolution of SSMI in youth remain poorly understood. The purpose of this article is, based on the most up-to-date literature, to present these factors and integrate them in a theoretical model to improve our understanding of their role and in the development and course of MUSS in youth. The implications of this model for clinical assessment and interventions aimed at improving outcomes in young with MUSS and their families will be discussed.

Keywords : Somatic symptoms, somatization, risk factors, child and adolescent.

Introduction

Les symptômes somatiques médicalement inexplicables (SSMI) sont des symptômes pour lesquels aucune cause physique n'a été identifiée à la suite de l'évaluation médicale ou si une maladie physique est présente, ceux-ci n'y sont pas liés ou sont disproportionnés par rapport à ce qu'ils devraient être (Haller et al., 2015). Les études montrent que de 10 à 34 % des jeunes (enfants et adolescents) souffriraient d'au moins un SSMI (Berntsson & Kohler, 2001; Cerutti et al., 2017; Eminson, 2007; Van Geelen et al., 2015). Par exemple, les douleurs musculosquelettiques et abdominales, les maux de tête, les étourdissements, les palpitations cardiaques, les difficultés respiratoires, la nausée et les vomissements, ainsi que la fatigue sont des SSMI fréquemment rencontrés chez les jeunes (Dhossche et al., 2001; Palermo & Eccleston, 2009). Les études indiquent que la prévalence des SSMI tend à augmenter avec le temps et particulièrement chez les adolescents (Berntsson & Kohler, 2001; Lieb et al., 2000). En effet, les SSMI perdureraient dans le temps dans 30% des cas en l'absence d'une prise en charge médicale ou psychosociale adéquate (plus d'un an chez les enfants et jusqu'à l'âge adulte pour les adolescents; Haller et al., 2015; Hotopf et al., 2000; Janssens et al., 2014; Mulvaney et al., 2006; Rousseau et al., 2013; Rousseau et al., 2014a). Ils seraient par ailleurs à l'origine de 10 à 15 % des consultations médicales chez les jeunes et ils entraîneraient souvent de multiples évaluations médicales dont certaines sont invasives et peuvent comporter des risques pour la santé (Campo et al., 1999; Græsholt-Knudsen et al., 2017; Saunders et al., 2020). Les SSMI engendrent donc des coûts importants pour le système de santé (Sleed et al., 2005). Par

exemple, au Royaume-Uni, les frais de santé directs et indirects liés aux douleurs musculosquelettiques médicalement inexplicables chez les jeunes seraient au moins trois fois plus élevés que chez ceux souffrant d'arthrite (Sleed et al., 2005). Qui plus est, ce SSMI à lui seul entraînerait des coûts de 6,6 milliards de dollars américains par année (Sleed et al., 2005). Au Canada, le coût des soins de santé pour les jeunes âgés de 4 à 24 ans qui présentent des SSMI serait de 6 à 8 fois plus élevé que chez ceux sans SSMI (Saunders et al., 2020).

Les SSMI engendrent des conséquences importantes pour le jeune et sa famille. En effet, 35 % des jeunes suédois s'absenteraient de l'école plus de 10 jours par année en raison des SSMI (Van Geelen et al., 2015) et 14 % pour trois mois consécutifs ou plus chez les Néerlandais (Konijnenberg et al., 2005). Comparativement aux jeunes qui ne présentent pas de SSMI, ils sont jusqu'à dix fois plus à risque de manifester des difficultés scolaires (Shannon et al., 2010; Van Geelen et al., 2015), car même lorsqu'ils sont présents en classe, leur capacité à se concentrer et à accomplir leurs travaux scolaires est souvent affectée (Palermo, 2000). Ils seraient aussi plus isolés socialement, car ils éviteraient les activités avec les pairs ou la famille en raison de l'inconfort ou de la douleur causés par les SSMI (Kashikar-Zuck et al., 2007 ; Konijnenberg et al., 2005; van Geelen et al., 2015 ; Walker et al., 2008) et jusqu'à 80% des enfants seraient inactifs physiquement pour les mêmes raisons (Konijnenberg et al., 2005). Chez les adolescents, les SSMI doublerait la probabilité d'être inactifs physiquement (Van Geelen et al., 2015). Ces derniers sont aussi associés à de l'anxiété et des symptômes dépressifs significatifs (Campo et al., 2012; Smith et al., 2020),

ainsi qu'à des comportements d'opposition qui semblent être mieux expliqués par les SSMI que par des troubles du comportement (Beck, 2008). Enfin, les SSMI entraîneraient des difficultés de sommeil qui affectent grandement le fonctionnement quotidien des jeunes qui en souffrent (Dhossche et al., 2001; Shannon et al., 2010).

Les parents des jeunes qui souffrent de SSMI rapportent quant à eux davantage de détresse psychologique comparativement aux parents d'enfants souffrant de conditions médicales identifiées comme l'asthme ou l'épilepsie (Garralda et al., 1999). De plus, ils s'absentent fréquemment de leur travail en raison des SSMI de leur jeune, ce qui peut avoir des conséquences financières importantes (Sleed et al., 2005) et contribuer à limiter leur vie sociale (Eccleston et al., 2004; Hunfeld et al., 2002). Enfin, les SSMI entraînent un stress familial important et limiteraient grandement les activités réalisées en famille (Eccleston et al., 2004; Hunfeld et al., 2002).

Malgré la prévalence des SSMI et les conséquences importantes sur le jeune et sa famille, peu d'études s'intéressent à mieux comprendre les facteurs impliqués dans leur développement et leur évolution. Des modèles adaptés aux jeunes ont été proposés afin d'expliquer le développement de la douleur chronique (Asmundson et al., 2012; Palermo, 2012). Bien qu'ils soient intéressants, ces modèles ne permettent pas d'expliquer spécifiquement les SSMI et particulièrement ceux qui ne sont pas douloureux. À notre connaissance, un seul modèle s'est intéressé à mieux comprendre le développement et le pronostic des SSMI chez les jeunes, soit le modèle

développemental de Beck (2008). Ce dernier porte une attention particulière à l'interaction entre les facteurs propres à l'enfant (p. ex., âge, genre, réactivité au stress), et les facteurs sociaux et environnementaux (p. ex., caractéristiques de la famille, stressors, renforcements, statut socioéconomique). Également, il s'attarde aux facteurs qui peuvent modérer le développement et l'évolution des SSMI comme les stratégies d'adaptation, la sévérité de la douleur, les affects négatifs, et les compétences sociales et scolaires du jeune. Ainsi, bien que non validé, le modèle développemental de Beck (2008) permet de mieux comprendre le développement et l'évolution des SSMI chez les jeunes, ainsi que l'interaction entre les facteurs propres à l'enfant et ceux de son environnement, ce qui est fort intéressant et pertinent cliniquement. Toutefois, depuis sa parution en 2008, d'autres facteurs biopsychosociaux ont été identifiés dans la littérature, notamment des facteurs psychologiques associés aux jeunes (p. ex., la dramatisation des SSMI et de leurs conséquences) et des facteurs parentaux comme certaines pratiques parentales. Notons que ces facteurs semblent jouer un rôle essentiel dans le développement et l'évolution des SSMI chez les jeunes (Asmundson et al., 2012; Garralda & Rask, 2015; Lewandowski et al., 2010; Schulte & Petermann, 2011; Van Tilburg et al., 2015; Vervoort et al., 2010; Wilson et al., 2013). Aussi, il importe maintenant de mieux comprendre le rôle de chaque facteur spécifique dans l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ce niveau de détail et d'opérationnalisation est d'ailleurs essentiel pour sa validation empirique (Hayden et al., 2008), ainsi que de guider le clinicien dans sa prise de décision quant aux stratégies d'évaluation et d'intervention à préconiser

pour les jeunes qui souffrent de SSMI et leurs familles.

Objectifs

Cet article vise donc à présenter, à partir de la littérature la plus à jour, les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent être impliqués dans le développement et l'évolution des SSMI chez les jeunes. Ensuite, il vise à les intégrer au sein d'un modèle biopsychosocial afin de mieux expliquer le développement des SSMI et leur pronostic. Ce modèle théorique est également un pas vers une meilleure compréhension du rôle de chaque facteur spécifique dans l'interaction entre les facteurs biopsychosociaux identifiés.

Facteurs biopsychosociaux associés aux SSMI chez les jeunes

Facteurs biologiques

Expériences de maladies ou de blessures

Les expériences de maladie (antécédents médicaux) ou de blessures du jeune pourraient être impliquées dans le développement et le maintien des SSMI chez les jeunes, quoique cette association demeure controversée (Asmundson et al., 2012; Bonvanie et al., 2017; Hotopf et al., 2000). Deux principaux mécanismes pourraient expliquer cette association. D'abord, ces expériences pourraient faire en sorte d'abaisser le seuil de perception de la douleur ou de l'inconfort par un mécanisme de sensibilisation du système nerveux central (Bourke et al., 2015; Woolf, 2011; Palermo, 2012). Par conséquent, la douleur ou l'inconfort qui n'aurait pas été perçu le serait dorénavant. Ensuite, le jeune pourrait être

prédisposé à développer des pensées négatives ou catastrophiques en lien avec les SSMI et leurs conséquences (Asmundson et al., 2012). Ce facteur psychologique d'importance dans le développement et l'évolution des SSMI sera abordé plus en détail dans la section portant le même nom.

Âge et sexe biologique

Des études tendent à montrer que les adolescents sont plus à risque de souffrir de SSMI que les enfants, notamment en raison des importants changements hormonaux qu'ils subissent (Berntsson & Kohler, 2001; Lieb et al., 2000). À cet effet, l'étude de Berntsson et Köhler (2001) effectuée sur 10 000 jeunes rapporte que 13 % des enfants âgés de 2 à 6 ans, 17 % des enfants âgés de 7 à 12 ans et 23 % des adolescents âgés de 13 à 17 ans présentent des SSMI.

Concernant le sexe biologique, des études effectuées auprès d'enfants suggèrent que les filles souffriraient plus souvent de SSMI que les garçons (Aro, 1987; Whaley et al., 1999), mais des études plus récentes ne rapportent aucune différence entre les sexes biologiques chez les enfants (Janssens et al., 2011; LeResche et al., 2005). La littérature est plus consensuelle chez les adolescents et indique que la prévalence des SSMI serait environ deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons (30% et 16% respectivement) (LeResche et al., 2005). Toutefois, des caractéristiques psychosociales ou liées au genre qui sont plus fréquemment rapportées chez les adolescentes (p. ex., la présence de symptômes anxieux et dépressifs, une faible estime de soi) pourraient contribuer à expliquer une part importante de cette différence (Piko et al., 2016; Sweeting et al., 2007).

Facteurs psychologiques

Psychopathologie et détresse psychologique

Les études montrent que les troubles anxieux et la dépression sont particulièrement associés aux SSMI, avec des prévalences respectives de 10 à 56 % et de 10 à 45 %, selon l'âge du jeune et du contexte de l'étude (p. ex., population générale ou clinique) (Campo, 2012; Dufton et al., 2009; Lieb et al., 2000; Von Gontard et al., 2015; Youssef et al., 2008). À titre indicatif, la prévalence de ces psychopathologies chez les jeunes sans SSMI sont de 6,5 à 13 % pour les troubles anxieux et de 3 à 8,9 % pour la dépression (Bunting et al., 2022; Polanczyk et al., 2015). D'ailleurs, ces comorbidités seraient associées à des SSMI plus sévères, persistants et handicapants (Campo, 2012; Dufton et al., 2009; Ginsburg et al., 2006; Smith et al., 2020). Qui plus est, sans nécessairement s'inscrire dans un trouble de santé mentale, l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs serait aussi liée à la sévérité et à la persistance des SSMI chez les jeunes (Andresen et al., 2011; Campo, 2012; Janssens et al., 2010; Smith et al., 2020). D'autre part, la détresse psychologique (symptômes anxieux et dépressifs) peut être engendrée par les SSMI qui sont un stressor important pour les jeunes qui en souffrent, en raison notamment de la douleur ou de l'inconfort, ainsi des conséquences qu'ils occasionnent (Campo et al., 1999; Campo, 2012; Bohman et al., 2012; Janssens et al., 2010). Ainsi, il existe une relation bidirectionnelle entre les SSMI et la détresse psychologique.

Événements stressants

Les événements stressants (p. ex., intimidation, conflits avec les pairs, événements traumatiques, séparation des parents, déménagements fréquents) contribuent au développement et à l'évolution des SSMI chez les jeunes (Bonvanie et al., 2017; Gini & Pozzoli, 2013; Larsson & Sund, 2007; Lewandowski et al., 2010; Marshall et al., 2017; Schulte & Petermann, 2011). Par exemple, le fait d'être victime d'intimidation doublerait la probabilité de présenter des SSMI chez les enfants âgés de 9 à 11 ans (Gini & Pozzoli, 2013). Chez les adolescents, le nombre d'événements stressants vécus est associé au développement et à l'évolution des SSMI sur une période de 3 ans, notamment à travers une augmentation de la détresse psychologique (Bonvanie et al., 2017).

Alexithymie

L'alexithymie est également proposée comme un facteur psychologique pouvant contribuer au développement et à l'évolution des SSMI chez les jeunes (Cerutti et al., 2017; Hadji-Michael et al., 2019; Natalucci et al., 2018; Van der Veek et al., 2012). Elle se manifeste notamment par une difficulté à identifier et exprimer ses émotions (Kooiman et al., 2002). Elle limiterait donc la capacité du jeune à associer les sensations physiques aux émotions ressenties, ce qui aurait un impact sur l'interprétation négative de ses sensations physiques (p. ex., *qu'est-ce qui se passe dans mon corps en ce moment ? Est-ce grave ?*) (Henningesen et al., 2018; Van den Bergh et al., 2017; Zeitlin & McNally, 1993). À cet effet, des études montrent que l'association entre l'alexithymie et les SSMI s'expliquerait davantage par la dé-

tresse psychologique (Hadji-Michael et al., 2019; Natalucci et al., 2018; Van der Veek et al., 2012).

Pensées négatives ou catastrophiques

Comme mentionné, les pensées négatives ou catastrophiques en lien avec les SSMI et leurs conséquences apparaissent comme étant un facteur central dans le développement et l'évolution des SSMI chez les jeunes (Asmundson et al., 2012; Jungmann & Witthöft, 2020; Muris & Meesters, 2004; Tran et al., 2015; Tsao et al., 2009; Van Tilburg et al., 2015; Vervoort et al., 2010; Wilson et al., 2013). Celles-ci peuvent prendre deux formes principales (Tsao et al., 2009), soit la dramatisation, c'est-à-dire la tendance à attribuer des conséquences négatives à la douleur (p. ex., danger pour sa santé, incapacité à réaliser ses activités) (Sullivan et al., 2001), et la sensibilité à l'anxiété qui est la tendance à attribuer des conséquences négatives aux symptômes somatiques et cognitifs de l'anxiété (Reiss et al., 1986). Des études illustrent d'ailleurs que la présence de psychopathologies, particulièrement les troubles anxieux et la dépression, ainsi que la détresse psychologique occasionnent plus de dramatisation et de sensibilité à l'anxiété (Asmundson & Carleton, 2005; Carleton et al., 2009; Jungmann & Witthöft, 2020; Noel et al., 2011). En outre, la recherche met de l'avant qu'une transmission intergénérationnelle des pensées négatives ou catastrophiques est possible, par exemple le parent qui verbalise ses croyances ou ses inquiétudes à propos de ses symptômes somatiques ou des SSMI du jeune (Asmundson et al., 2012; Boerner et al., 2017; Goubert et al., 2011; Langer et al., 2009; Muris & Meesters, 2004).

Stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation utilisées par les jeunes ayant des SSMI dépendront notamment de leurs pensées négatives ou catastrophiques (Jungmann et Witthöft, 2020). Par exemple, si le jeune pense qu'il doit rester chez lui et se reposer pour éviter d'être malade ou d'aggraver ses symptômes, il pourrait adopter l'isolement social comme stratégie pour faire face à ses SSMI. De surcroît, des stratégies d'adaptation dites passives comme l'évitement (p. ex., restriction des activités, isolement social, utilisation fréquente d'accommodements) ou la rumination contribuent à maintenir ou à aggraver les SSMI (Claar et al., 2008a; Thomsen et al., 2002; Walker et al., 2005; Walker et al., 2008). En comparaison, le jeune pourrait avoir recours à des stratégies dites actives ou visant l'acceptation comme le fait de s'encourager (*self-encouragement*) à gérer le défi que représentent les SSMI et leurs conséquences, la résolution de problèmes ou l'expression émotionnelle (Thomsen et al., 2002; Walker et al., 2005). L'adoption de ces stratégies a d'ailleurs été associée à moins de symptômes somatiques et d'impacts fonctionnels, ainsi qu'à moins de symptômes dépressifs chez des jeunes âgés de 8 à 15 ans souffrant de douleurs abdominales inexplicables lors d'un suivi 3 mois (Walker et al., 2005).

Facteurs sociaux et environnementaux

Statut socioéconomique et ethnicité

La littérature suggère qu'un statut socioéconomique précaire serait associé au développement et à l'évolution des SSMI chez les jeunes (p. ex., nombre, fréquence et impact sur le fonctionnement) (Beck, 2008;

Berntsson et Köhler, 2001; McGorm et al., 2010; Palermo, 2012; Peverill et al., 2021). Ceci pourrait notamment s'expliquer par une plus grande exposition aux événements stressants et par l'accès limité aux soins de santé (Kline et al., 2023). Ensuite, bien que la question de l'effet de l'ethnicité sur les SSMI chez les jeunes demeure sous-étudiée et encore mal comprise, cet effet pourrait s'expliquer par des différences dans l'expression de la détresse psychologique dans certaines cultures ou par d'autres facteurs comme la discrimination (Bekker & Schepman, 2009; Dere et al., 2013; Kline et al., 2023; Palermo, 2012).

Soutien social

Un faible soutien social de la part de la famille, des amis ou des professeurs est aussi lié à des SSMI plus fréquents et sévères (Marshall et al., 2017; Torsheim & Wold, 2001). Ce lien pourrait s'expliquer par le fait que ces personnes peuvent offrir du soutien émotionnel (p.ex., écoute, acceptation, rassurance de la valeur personnelle) ou encore du soutien instrumental comme de l'aide avec les travaux à l'école, ce qui peut contribuer à diminuer l'anxiété (Torsheim & Wold, 2001). Le soutien social pourrait aussi influencer les stratégies d'adaptation employées par le jeune (Liu et al., 2023). Par exemple, s'il sent qu'il peut compter sur un membre de la famille ou un ami pour l'écouter, il pourra être tenté d'utiliser l'expression émotionnelle comme stratégie d'adaptation.

Facteurs familiaux

Dans un premier temps, les antécédents médicaux et de SSMI des parents pourraient contribuer au développement et à l'évolution des SSMI chez les jeunes

(Elliott et al., 2020; Hotopf et al., 2000; Kehoe et al., 2015; Koen et al., 2023; Schulte & Petermann, 2011; Van Tilburg et al., 2015). Par exemple, chez les adolescents, ces antécédents seraient associés à des SSMI plus nombreux et augmenteraient de 10 à 15% le risque de récurrence (Koen et al., 2023). Cela pourrait s'expliquer, du moins en partie, par le fait que le jeune apprend en observant son parent composer avec ses symptômes somatiques (Jungmann & Witthöft, 2020; Kehoe et al., 2015; Rousseau et al., 2013; Schulte & Petermann, 2011; Van Tilburg et al., 2015).

La détresse psychologique des parents et le stress parental sont également des facteurs contributifs aux SSMI chez les jeunes (Kehoe et al., 2015; Palermo, 2012; Rousseau et al., 2013; Rousseau et al., 2013; Rousseau et al., 2014a; Schulte & Petermann, 2011; Smith et al., 2020). Il en est de même pour la dramatisation des SSMI du jeune par les parents (Asmundson et al., 2012; Caes et al., 2011; Goubert et al., 2006; Hechlerl et al., 2011; Schulte & Petermann, 2011; Smith et al., 2020; Wilson et al., 2013). De plus, cette dernière pourrait être influencée par les antécédents médicaux et de SSMI des parents, ainsi que par leur détresse psychologique (Asmundson et al., 2012; Caes et al., 2001; Koen et al., 2023; Schulte & Petermann, 2011).

Les pratiques parentales négatives, comme la discipline inconstante et le manque de supervision, contribueraient au développement et à l'évolution des SSMI chez les jeunes (Asmundson et al., 2012; Garralda & Rask, 2005; Rousseau et al., 2013; Rousseau et al., 2014b; Schulte & Petermann, 2011; Smith et al., 2020). Par

ailleurs, quatre types de pratiques parentales associées à la douleur chronique et aux SSMI chez les jeunes sont identifiées dans la littérature, soit la surveillance, la protection, la distraction et la minimisation (Claar et al., 2008b; Janssens et al., 2009; Levy et al., 2004; Noel et al., 2015; Schulte & Petermann, 2011; Van Slyke & Walker, 2006). Ces dernières contribueraient aux SSMI, soit par l'attention excessive qui leur est portée ou encore par l'absence de considération pour le vécu difficile du jeune concernant ses SSMI et les conséquences qui en découlent (Noel et al., 2015; Van Slyke & Walker, 2006). D'abord, la surveillance consiste à se préoccuper plus qu'à l'habitude de l'état physique du jeune (Noel et al., 2015). Cette pratique parentale serait associée à plus d'incapacités fonctionnelles liées aux SSMI, et ce, surtout chez les jeunes qui ont tendance à la dramatisation (Claar et al., 2008b; Cunningham et al., 2014; Noel et al., 2015). Ensuite, la protection réfère à la mise en place d'accommodements (p. ex., relever le jeune de certaines responsabilités ou activités quotidiennes) en raison de la douleur, de l'inconfort ou des conséquences des SSMI. Comme discuté, cette pratique parentale pourrait avoir comme effet de renforcer les pensées négatives et catastrophiques chez le jeune et l'adoption de stratégies d'adaptation inefficaces comme l'évitement (Janssens et al., 2009; Langer et al., 2009). Des études montrent d'ailleurs que les effets de la protection sont encore plus néfastes chez des jeunes dont le degré d'anxiété est élevé (Claar et al., 2008b; Tsao et al., 2006) et que les parents qui dramatisent leurs propres symptômes somatiques l'adoptent davantage (Tsao et al., 2006). La distraction, quant à elle, a pour but de diminuer l'attention que

l'enfant porte à ses SSMI en lui offrant, par exemple, de se changer les idées en effectuant une activité qu'il aime (Claar et al., 2008b). Lorsqu'elle est utilisée fréquemment, la distraction peut avoir comme effet d'invalider le vécu du jeune (Grewal et al., 2012; Noel et al., 2015). Il en est de même pour la minimisation, car le parent peut manifester de l'irritation ou de la frustration envers le jeune croyant que ses réactions liées à l'inconfort ou à la douleur sont exagérées (Claar et al., 2008b). En ce sens, il peut être attendu qu'il accomplisse ses activités quotidiennes indépendamment de l'intensité de ses symptômes (Achiam-Montal & Lipsitz, 2013; Van Slyke & Walker, 2006). Cette pratique parentale serait d'ailleurs associée à une augmentation de l'intensité des SSMI, particulièrement chez les jeunes qui ont un degré élevé d'anxiété (Claar et al., 2008b).

Modèle interactionnel des SSMI pédiatriques

À la lumière de la littérature présentée, nous proposons un modèle qui se veut être un pas vers une meilleure compréhension du développement et de l'évolution des SSMI chez les jeunes (voir la Figure 1). Le Modèle interactionnel des SSMI pédiatriques porte une attention particulière à l'interaction entre les facteurs biopsychosociaux, au rôle central des pensées négatives ou catastrophiques des jeunes et de la dramatisation des parents en lien avec les SSMI et leurs conséquences, ainsi qu'à l'importance de l'interaction parent-enfant dans leur développement et leur évolution. Il propose donc des liens entre les facteurs associés au jeune et ceux des parents.

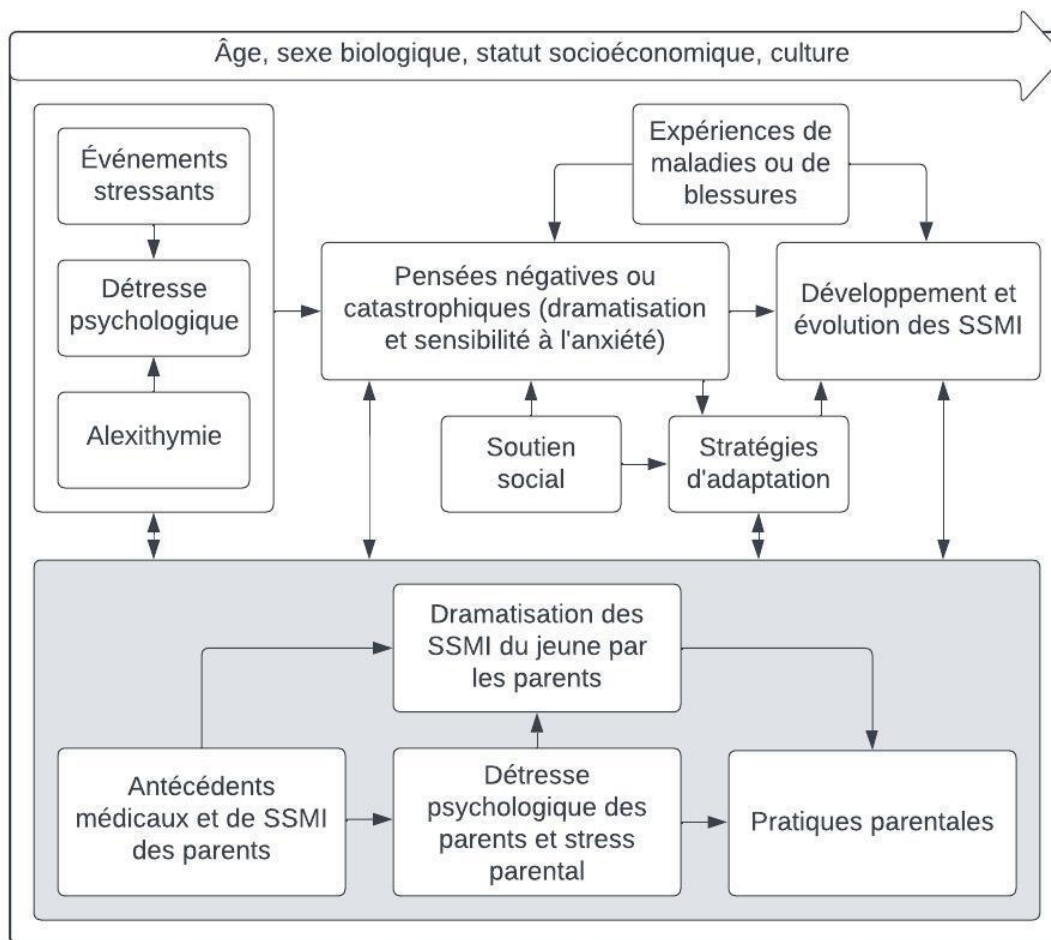


Figure 1. Modèle interactionnel des SSMI pédiatriques

Dans un premier temps, les expériences de maladies ou de blessures du jeune favoriseraient les pensées négatives ou catastrophiques des SSMI (c.-à-d., la dramatisation et la sensibilité à l'anxiété), en plus d'agir sur leur développement et leur évolution. Ces expériences affecteraient aussi la dramatisation des SSMI du jeune par les parents. Par exemple, ces derniers pourraient s'inquiéter à propos de la santé du jeune ou que leur vie familiale soit affectée négativement une fois de plus. Ensuite, la détresse psychologique du jeune (anxiété et symptômes dépressifs) contribuerait elle aussi à accentuer ses pensées négatives ou catastrophiques. Il en est de même pour les événements stressants vécus par le jeune, mais

cette fois par l'intermédiaire du degré de détresse psychologique. L'alexithymie, quant à elle, contribuerait à exacerber la détresse psychologique du jeune et ses pensées négatives ou catastrophiques en raison de difficultés à relier les sensations physiques aux émotions ressenties. Le soutien social du jeune aura un effet sur ses pensées négatives ou catastrophiques et sur les stratégies d'adaptation qu'il utilisera. Comme il a été présenté, le jeune qui se sent écouté aura probablement plus tendance à adopter l'expression émotionnelle comme stratégie d'adaptation. Également, les pensées négatives ou catastrophiques auront un effet sur les stratégies d'adaptation préconisées. À titre d'exemple, un jeune qui croit qu'il doit

se reposer pour éviter de la douleur ou de l'inconfort, évitera certaines activités quotidiennes ou sociales. Notons par ailleurs que les stratégies d'adaptation utilisées par les jeunes sont influencées par celles utilisées par les parents pour gérer leurs propres symptômes somatiques, ainsi que par les pratiques parentales qu'ils déploieront. Enfin, les antécédents médicaux et de SSMI des parents exacerberaient leur propre degré de détresse psychologique, le stress parental, ainsi que la dramatisation des SSMI du jeune, ce qui aura un effet sur les pratiques parentales qu'ils préconiseront. De surcroît, l'ensemble des facteurs parentaux influenceront ceux du jeune et vice versa. Pour conclure, notons que l'ensemble des facteurs présentés dans le modèle peuvent être modulés par l'âge et le sexe biologique du jeune, ainsi que la culture et le statut socioéconomique de la famille.

Discussion

Le présent article met en lumière plusieurs facteurs biopsychosociaux pouvant être associés au développement et à l'évolution des SSMI chez les jeunes. Il propose également le Modèle interactionnel des SSMI pédiatriques qui met en relation les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux identifiés dans la littérature, avec les pensées négatives ou catastrophiques et la relation parent-enfant au cœur de celui-ci. Ce modèle est un premier pas, mais un pas essentiel, vers une meilleure compréhension des SSMI chez les jeunes puisque ce degré de détails et d'opérationnalisation permettra notamment de le tester empiriquement (Hayden et al., 2008).

Le modèle proposé a également des implications cliniques importantes, car il peut déjà guider le clinicien dans sa prise de

décision quant à la démarche d'évaluation et aux cibles d'intervention à préconiser avec les jeunes qui présentent des SSMI et leurs familles. Par exemple, il peut orienter les efforts d'évaluation en proposant de documenter les facteurs biopsychosociaux propres aux jeunes, et associés au développement et à l'évolution des SSMI, en plus des symptômes somatiques comme tels et leurs conséquences. Il souligne également l'importance de rencontrer les parents pour compléter cette évaluation, ainsi que d'objectiver l'effet des facteurs familiaux sur les SSMI des jeunes (p. ex., la dramatisation des parents, les pratiques parentales, le stress parental). De plus, le Modèle interactionnel des SSMI pédiatriques peut déjà offrir des pistes pour favoriser le développement d'interventions psychosociales plus efficaces pour les jeunes souffrant de SSMI et leurs parents. Par exemple, ces derniers pourraient prendre une place importante dans le traitement du jeune en comprenant mieux les facteurs qui contribuent au développement et à l'évolution des SSMI, ainsi qu'en apprenant les mêmes stratégies que les jeunes. Les thérapeutes pourraient également travailler les facteurs propres aux parents qui influencent négativement les SSMI des jeunes. Conséquemment, les parents seraient en mesure d'adopter une gestion plus efficace des SSMI. L'efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes qui manifestent des SSMI apparaît être un enjeu majeur actuellement, car les données d'efficacité sont mitigées (Bonvanie, Kallesoe, et al., 2017; Huertas-Ceballos et al., 2008). Il importe de mentionner qu'il n'est jamais exclu qu'une explication médicale soit finalement identifiée pour expliquer le ou les symptômes physiques présentés par le jeune. Le clinicien doit donc rester à l'affût de toutes variations dans l'état physique du jeune (p.

ex., changements dans les symptômes, aggravation de ceux-ci, apparition de nouveaux symptômes) et ne pas hésiter à référer au médecin.

Enfin, il est important de tenir compte des particularités méthodologiques et conceptuelles qui limitent la portée des résultats des études dans le domaine. En effet, plusieurs de celles-ci portent sur des échantillons de petite taille, sur des groupes d'âge limités (p. ex., 8 à 10 ans ou 14 à 16 ans) ou sur un seul SSMI (p. ex., maux de tête ou douleurs abdominales). Qui plus est, certaines études ont recours à des devis transversaux ou rétrospectifs, ce qui limite grandement la possibilité de statuer de façon fiable sur l'effet des facteurs étudiés sur l'évolution des SSMI, alors que la plupart évaluent peu de facteurs à la fois, et ce, sans tenir compte de leurs interactions.

Conclusion

L'élaboration et la validation de modèles explicatifs ont été identifiées par de nombreux experts comme essentielles pour offrir de nouvelles pistes de recherche sur les facteurs associés au développement et au pronostic des SSMI chez les jeunes, ainsi que pour l'optimisation ou le développement de nouvelles stratégies d'intervention psychosociales plus efficaces. Nous espérons que le modèle proposé permettra de mieux guider les efforts de recherche et de clinique afin de mieux comprendre et d'offrir de meilleurs soins à ces jeunes qui en ont grandement besoin.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Références

- Achiam-Montal, M., & Lipsitz, J. D. (2013). Does parental response to children's pain moderate the association between pain severity and functional disability? An examination of noncardiac chest pain. *Journal of Pediatric Psychology, 39*(1), 35-44. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst068>
- Andresen, J. M., Woolfolk, R. L., Allen, L. A., Fragoso, M. A., Youngerman, N. L., Patrick-Miller, T. J., & Gara, M. A. (2011). Physical symptoms and psychosocial correlates of somatization in pediatric primary care. *Clinical Pediatrics, 50*(10), 904-909. <https://doi.org/10.1177/0009922811406717>
- Aro, H., Paronen, O., & Aro, S. (1987). Psychosomatic symptoms among 14 to 16-year old Finnish adolescents. *Social Psychiatry, 22*, 171-176. <https://doi.org/10.1007/BF00583852>
- Asmundson, G. J., & Carleton, N. R. (2005). Fear of pain is elevated in adults with co-occurring trauma-related stress and social anxiety symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(4), 248-255. <https://doi.org/10.1080/16506070510011557>
- Asmundson, G. J., Noel, M., Petter, M., & Parkerson, H. A. (2012). Pediatric fear-avoidance model of chronic pain: Foundation, application and future directions. *Pain Research and Management, 17*, 397-405. <https://doi.org/10.1155/2012/908061>
- Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(5), 547-562. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113>
- Bekker, M. H., & Schepman, R. (2009). Somatization and psychological awareness of ethnic minority clients in Western-European mental health care: A pilot study. *The European journal of psychiatry, 23*(3), 135-139.
- Berntsson, L. T., & Köhler, L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2–17 years in the five Nordic countries: Comparison between 1984 and 1996. *The European Journal of Public Health, 11*(1), 35-42. <https://doi.org/10.1093/eurpub/11.1.35>
- Boerner, K. E., Chambers, C. T., McGrath, P. J., LoLordo, V., & Uher, R. (2017). The effect of parental modeling on child pain responses: The role of parent and child sex. *The Journal of Pain, 18*(6), 702-715. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.007>
- Bohman, H., Jonsson, U., Päären, A., von Knorring, L., Olsson, G., & von Knorring, A. L. (2012). Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: A 15-year community-based follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry, 12*, 90. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-90>
- Bonvanie, I. J., Janssens, K. A., Rosmalen, J. G., & Oldehinkel, A. J. (2017). Life events and functional somatic symptoms: A population study in older adolescents. *British Journal of Psychology, 108*(2), 318-333. <https://doi.org/10.1111/bjop.12198>
- Bonvanie, I. J., Kallesøe, K. H., Janssens, K. A., Schröder, A., Rosmalen, J. G., & Rask, C. U. (2017). Psychological interventions for children with functional somatic symptoms: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pediatrics, 187*, 272-

281.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.03.017>
- Bourke, J. H., Langford, R. M., & White, P. D. (2015). The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3), 228-236.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.003>
- Bunting, L., Nolan, E., McCartan, C., Davidson, G., Grant, A., Mulholland, C., Schubotz, D., McBride, O., Murphy, J., & Shevlin, M. (2022). Prevalence and risk factors of mood and anxiety disorders in children and young people: Findings from the Northern Ireland Youth Wellbeing Survey. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(3), 686-700.
<https://doi.org/10.1177/135910452210898>
- Campo, J. V. (2012). Annual Research Review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression—developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 575-592.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02535.x>
- Campo, J. V., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M., & Kelleher, K. J. (1999). Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1093-1101.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199909000-00012>
- Carleton, R. N., Abrams, M. P., Asmundson, G. J., Antony, M. M., & McCabe, R. E. (2009). Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(6), 791-798.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.03.003>
- Cerutti, R., Spensieri, V., Valastro, C., Presaghi, F., Canitano, R., & Guidetti, V. (2017). A comprehensive approach to understand somatic symptoms and their impact on emotional and psychosocial functioning in children. *PloS One*, 12(2),
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171867>
- Claar, R. L., Baber, K. F., Simons, L. E., Logan, D. E., & Walker, L. S. (2008a). Pain coping profiles in adolescents with chronic pain. *Pain*, 140(2), 368-375.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.09.007>
- Claar, R. L., Simons, L. E., & Logan, D. E. (2008b). Parental response to children's pain: the moderating impact of children's emotional distress on symptoms and disability. *Pain*, 138(1), 172-179.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.005>
- Caes, L., Vervoort, T., Eccleston, C., Vandenhende, M., & Goubert, L. (2011). Parental catastrophizing about child's pain and its relationship with activity restriction: The mediating role of parental distress. *Pain*, 152(1), 212-222.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.037>
- Cunningham, N. R., Lynch-Jordan, A., Barnett, K., Peugh, J., Sil, S., Goldschneider, K., & Kashikar-Zuck, S. (2014). Child pain catastrophizing mediates the relation between parent responses to pain and disability in youth with functional abdominal pain. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 59(6), 732-738.

- <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000529>
- Dere, J., Sun, J., Zhao, Y., Persson, T. J., Zhu, X., Yao, S., Bagby, R. M., & Ryder, A. G. (2013). Beyond “somatization” and “psychologization”: Symptom-level variation in depressed Han Chinese and Euro-Canadian outpatients. *Frontiers in Psychology, 4*, 377. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00377>
- Dhossche, D., Ferdinand, R., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2001). Outcome of self-reported functional-somatic symptoms in a community sample of adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry, 13*(4), 191-199. <https://doi.org/10.3109/10401230109147383>
- Dufton, L. M., Dunn, M. J., & Compas, B. E. (2009). Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(2), 176-186. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn064>
- Eccleston, C., Crombez, G., Scotford, A., Clinch, J., & Connell, H. (2004). Adolescent chronic pain: Patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain, 108*(3), 221-229. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.11.008>
- Elliott, L., Thompson, K. A., & Fobian, A. D. (2020). A systematic review of somatic symptoms in children with a chronically ill family member. *Psychosomatic Medicine, 82*(4), 366. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000799>
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 27*(7), 855-871. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.007>
- Garralda, E., & Rask, C. U. (2015). *Somatoform and Related Disorders* (Thapart, A., Pine, J.F., Leckman S., Scott, M.J., Snowling E.T., Eds.), Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9781118381953.ch72>
- Garralda, M., Bowman, F., & Mandalia, S. (1999). Children with psychiatric disorders who are frequent attenders to primary care. *European Child & Adolescent Psychiatry, 8*, 34-44. <https://doi.org/10.1007/s007870050081>
- Gini, G., & Pozzoli, T. (2013). Bullied children and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics, 132*(4), 720-729. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0614>
- Ginsburg, G. S., Riddle, M. A., & Davies, M. (2006). Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(10), 1179-1187. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000231974.43966.6e>
- Goubert, L., Eccleston, C., Vervoort, T., Jordan, A., & Crombez, G. (2006). Parental catastrophizing about their child's pain. The parent version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-P): A preliminary validation. *Pain, 123*(3), 254-263. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.035>
- Goubert, L., Vlaeyen, J. W., Crombez, G., & Craig, K. D. (2011). Learning about pain from others: An observational learning account. *The Journal of Pain, 12*(2), 167-174. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.10.001>

- Græsholt-Knudsen, T., Skovgaard, A. M., Jensen, J. S., & Rask, C. U. (2017). Impact of functional somatic symptoms on 5–7-year-olds' healthcare use and costs. *Archives of Disease in Childhood, 102*(7), 617-623.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-311808>
- Grewal, S., Petter, M., & Feinstein, A. B. (2012). The use of distraction, acceptance, and mindfulness-based techniques in the treatment of pediatric pain. *Pediatric Pain Letter, 14*(1).
- Hadji-Michael, M., McAllister, E., Reilly, C., Heyman, I., & Bennett, S. (2019). Alexithymia in children with medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 123*, 109736.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109736>
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Deutsches Ärzteblatt International, 112*(16), 279.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>
- Hayden, J., Cote, P., Steenstra, I., Bombardier, C., & QUIPS-LBP Working Group (2008). Identifying phases of investigation helps planning, appraising, and applying the results of explanatory prognosis studies. *Journal of Clinical Epidemiology, 61*(6), 552-560.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.08.005>
- Hechlerl, T., Vervoortl, T., Hamannl, M., Tietzel, A.-L., Vocksl, S., Goubertl, L., Hermannl, C., Wagerl, J., Blankenburgl, M., Schroederl, S., & Zernikowl, B. (2011). Parental catastrophizing about their child's chronic pain: Are mothers and fathers different? *European Journal of Pain, 15*(5), 515.e1-9.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.09.015>
- Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H., & Creed, F. (2018). Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and psychosomatics, 87*(1), 12-31.
<https://doi.org/10.1159/000484413>
- Hotopf, M., Wilson-Jones, C., Mayou, R., Wadsworth, M., & Wessely, S. (2000). Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalisations: Results from a national birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry, 176*(3), 273-280.
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.3.273>
- Huertas-Ceballos, A. A., Logan, S., Bennett, C., & Macarthur, C. (2008). Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003014.pub2>
- Hunfeld, J. A., Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Passchier, J., Van Suijlekom-Smit, L. W., & Van der Wouden, J. C. (2002). Physically unexplained chronic pain and its impact on children and their families: The mother's perception. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*(3), 251-260.
<https://doi.org/10.1348/147608302320365172>
- Janssens, K. A., Klis, S., Kingma, E. M., Oldehinkel, A. J., & Rosmalen, J. G. (2014). Predictors for persistence of functional somatic symptoms in adolescents. *The Journal of Pediatrics, 164*(4), 900-905.

- <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.003>
- Janssens, K. A., Rosmalen, J. G., Ormel, J., Verhulst, F. C., Hunfeld, J. A., Mancl, L. A., Oldehinkel, A. J., & LeResche, L. (2011). Pubertal status predicts back pain, overtiredness, and dizziness in American and Dutch adolescents. *Pediatrics*, *128*(3), 553-559.
<https://doi.org/10.1542/peds.2010-2364>
- Janssens, K. A., Rosmalen, J. G., Ormel, J., van Oort, F. V., & Oldehinkel, A. J. (2010). Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: The TRAILS study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *51*(3), 304-312. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02174.x>
- Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Medically unexplained symptoms in children and adolescents: Illness-related self-concept and parental symptom evaluations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *68*, 101565.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101565>
- Kashikar-Zuck, S., Lynch, A. M., Graham, T. B., Swain, N. F., Mullen, S. M., & Noll, R. B. (2007). Social functioning and peer relationships of adolescents with juvenile fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care & Research*, *57*(3), 474-480.
<https://doi.org/10.1002/art.22615>
- Kehoe, C. E., Havighurst, S. S., & Harley, A. E. (2015). Somatic complaints in early adolescence: The role of parents' emotion socialization. *The Journal of Early Adolescence*, *35*(7), 966-989.
<https://doi.org/10.1177/02724316145470>
- Kline, C. L., Shamshair, S., Kullgren, K. A., Leber, S. M., & Malas, N. (2023). A review of the impact of sociodemographic factors on the assessment and management of pediatric somatic symptom and related disorders. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, *64*(1), 58-64.
<https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.10.266>
- Koen, L. W., Ravensbergen, S. J., Schoormans, D., Hoogendijk, W. J. G., & Grootendorst-van Mil, N. H. (2023). The association between parental chronic physical illness and adolescent functional somatic symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *338*, 262-269.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.010>
- Konijnenberg, Y., Uiterwaal, C., Kimpen, J., van der Hoeven, J., Buitelaar, J., & de Graeff-Meeder, E. (2005). Children with unexplained chronic pain: Substantial impairment in everyday life. *Archives of Disease in Childhood*.
- Kooiman, C., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. (2002). The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(6), 1083-1090.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00348-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00348-3)
- Langer, S. L., Romano, J. M., Levy, R. L., Walker, L. S., & Whitehead, W. E. (2009). Catastrophizing and parental response to child symptom complaints. *Children's Health Care*, *38*(3), 169-184.
<https://doi.org/10.1080/02739610903038750>
- Larsson, B., & Sund, A. M. (2007). Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of

- frequent pains among early adolescents: Influences of pain characteristics. *European Journal of Pain*, *11*(1), 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.12.014>
- Liu, D., Cui, Z., Zhang, Q., Liu, F., Chen, H., Wang, J., & Feng, T. (2023). The mediating role of specific coping styles in the relationship between perceived social support and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *325*, 647-655. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.043>
- LeResche, L., Mancl, L. A., Drangsholt, M. T., Saunders, K., & Von Korff, M. (2005). Relationship of pain and symptoms to pubertal development in adolescents. *Pain*, *118*(1-2), 201-209. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.011>
- Levy, R. L., Whitehead, W. E., Walker, L. S., Von Korff, M., Feld, A. D., Garner, M., & Christie, D. (2004). Increased somatic complaints and health-care utilization in children: Effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms. *The American Journal of Gastroenterology*, *99*(12), 2442-2451. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2004.40478.x>
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, *11*(11), 1027-1038. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.04.005>
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H. U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(3), 194-208. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101003194.x>
- Marshall, E. M., van Dulmen, M. H. M., & Stigall, L. A. (2017). The occurrence of earlier changes in family dynamics and friendship conflict predicting adolescent functional somatic symptoms: A large-scale prospective study. *Health Psychology*, *36*(10), 1006-1015. <https://doi.org/10.1037/hea0000550>
- McGorm, K., Burton, C., Weller, D., Murray, G., & Sharpe, M. (2010). Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: Prevalence, characteristics and referral pattern. *Family Practice*, *27*(5), 479-486. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmq053>
- Mulvaney, S., Lambert, E. W., Garber, J., & Walker, L. S. (2006). Trajectories of symptoms and impairment for pediatric patients with functional abdominal pain: A 5-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(6), 737-744. <https://doi.org/10.1093/chi.0000214192.57993.06>
- Muris, P., & Meesters, C. (2004). Children's somatization symptoms: Correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences. *Psychological Reports*, *94*(3_suppl), 1269-1275. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3c.1269-1>
- Natalucci, G., Faedda, N., Calderoni, D., Cerutti, R., Verdecchia, P., & Guidetti, V. (2018). Headache and alexithymia in children and adolescents: What is the connection?

- Frontiers in Psychology*, 9, 48.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00048>
- Noel, M., Palermo, T. M., Essner, B., Zhou, C., Levy, R. L., Langer, S. L., Sherman, A. L., & Walker, L. S. (2015). A developmental analysis of the factorial validity of the parent-report version of the Adult Responses to Children's Symptoms in children versus adolescents with chronic pain or pain-related chronic illness. *The Journal of Pain*, 16(1), 31-41.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.10.005>
- Noël, V. A., & Francis, S. E. (2011). A meta-analytic review of the role of child anxiety sensitivity in child anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(5), 721-733.
<https://doi.org/10.1007/s10802-011-9489-3>
- Palermo, T. M. (2000). Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21(1), 58-69. <https://doi.org/10.1097/00004703-200002000-00011>
- Palermo, T. M. (2012). *Cognitive-behavioral therapy for chronic pain in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Palermo, T. M., & Eccleston, C. (2009). Parents of children and adolescents with chronic pain. *Pain*, 146(1), 15-17.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.05.009>
- Peeverill, M., Dirks, M. A., Narvaja, T., Herts, K. L., Comer, J. S., & McLaughlin, K. A. (2021). Socioeconomic status and child psychopathology in the United States: A meta-analysis of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 83, 101933.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.10.1933>
- Piko, B. F., Varga, S., & Mellor, D. (2016). Are adolescents with high self-esteem protected from psychosomatic symptomatology? *European Journal of Pediatrics*, 175, 785-792.
<https://doi.org/10.1007/s00431-016-2709-7>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaillie, J., Hoppenbrouwers, K., Desoete, A., & Van Leeuwen, K. (2014a). The relation between parenting stress and adolescents' somatisation trajectories: A growth mixture analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(6), 477-483.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.002>
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaillie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J. R., Baetens, I., Vos, P., & Van Leeuwen, K. (2014b). The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. *International Journal of Psychophysiology*, 93(2), 261-266.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.05.008>
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaillie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J.

- R., & Van Leeuwen, K. (2013). Parenting stress and dimensions of parenting behavior: Cross-sectional and longitudinal links with adolescents' somatization. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 46(3), 243-270. <https://doi.org/10.2190/PM.46.3.b>
- Saunders, N. R., Gandhi, S., Chen, S., Vigod, S., Fung, K., De Souza, C., Saab, H., & Kurdyak, P. (2020). Health care use and costs of children, adolescents, and young adults with somatic symptom and related disorders. *JAMA Network Open*, 3(7). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11295>
- Schulte, I. E., & Petermann, F. (2011). Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 569-583. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0233-6>
- Shannon, R. A., Bergren, M. D., & Matthews, A. (2010). Frequent visitors: Somatization in school-age children and implications for school nurses. *The Journal of School Nursing*, 26(3), 169-182. <https://doi.org/10.1177/1059840509356777>
- Sleed, M., Eccleston, C., Beecham, J., Knapp, M., & Jordan, A. (2005). The economic impact of chronic pain in adolescence: Methodological considerations and a preliminary costs-of-illness study. *Pain*, 119(1-3), 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.09.028>
- Smith, L. E., Weinman, J., Yiend, J., & Rubin, J. (2020). Psychosocial factors affecting parental report of symptoms in children: A systematic review. *Psychosomatic Medicine*, 82(2), 187. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000767>
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.
- Sweeting, H. N., West, P. B., & Der, G. J. (2007). Explanations for female excess psychosomatic symptoms in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC Public Health*, 7(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-298>
- Thomsen, A. H., Compas, B. E., Colletti, R. B., Stanger, C., Boyer, M. C., & Konik, B. S. (2002). Parent reports of coping and stress responses in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3), 215-226. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.3.215>
- Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: A general population study. *Journal of Adolescent Research*, 16(3), 293-303. <https://doi.org/10.1177/074355840116300>
- Tran, S. T., Jastrowski Mano, K. E., Hainsworth, K. R., Medrano, G. R., Anderson Khan, K., Weisman, S. J., & Davies, W. H. (2015). Distinct influences of anxiety and pain catastrophizing on functional outcomes in children and adolescents with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(8), 744-755. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv029>
- Tsao, J. C., Allen, L. B., Evans, S., Lu, Q., Myers, C. D., & Zeltzer, L. K. (2009). Anxiety sensitivity and catastrophizing: Associations with

- pain and somatization in non-clinical children. *Journal of Health Psychology*, *14*(8), 1085-1094. <https://doi.org/10.1177/1359105309342306>
- Tsao, J. C., Lu, Q., Myers, C. D., Kim, S. C., Turk, N., & Zeltzer, L. K. (2006). Parent and child anxiety sensitivity: Relationship to children's experimental pain responsivity. *The Journal of Pain*, *7*(5), 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.12.004>
- Van den Bergh, O., Witthöft, M., Petersen, S., & Brown, R. J. (2017). Symptoms and the body: taking the inferential leap. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *74*, 185-203. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.015>
- Van der Veek, S. M., Nobel, R. A., & Derkx, H. (2012). The relationship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: Investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychology & health*, *27*(11), 1359-1374. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.685738>
- Van Geelen, S. M., Rydelius, P.-A., & Hagquist, C. (2015). Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*(4), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.012>
- Van Slyke, D. A., & Walker, L. S. (2006). Mothers' responses to children's pain. *The Clinical Journal of Pain*, *22*(4), 387-391. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000205257.80044.01>
- Van Tilburg, M. A., Levy, R. L., Walker, L. S., Von Korff, M., Feld, L. D., Garner, M., Feld, A. D., & Whitehead, W. E. (2015). Psychosocial mechanisms for the transmission of somatic symptoms from parents to children. *World Journal of Gastroenterology*, *21*(18), 5532. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i18.5532>
- Vervoort, T., Eccleston, C., Goubert, L., Buysse, A., & Crombez, G. (2010). Children's catastrophic thinking about their pain predicts pain and disability 6 months later. *European Journal of Pain*, *14*(1), 90-96. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.001>
- Von Gontard, A., Moritz, A. M., Thome-Granz, S., & Equit, M. (2015). Abdominal pain symptoms are associated with anxiety and depression in young children. *Acta Paediatrica*, *104*(11), 1156-1163. <https://doi.org/10.1111/apa.13134>
- Walker, L. S., Baber, K. F., Garber, J., & Smith, C. A. (2008). A typology of pain coping strategies in pediatric patients with chronic abdominal pain. *Pain*, *137*(2), 266-275. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.038>
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Claar, R. L. (2005). Testing a model of pain appraisal and coping in children with chronic abdominal pain. *Health Psychology*, *24*(4), 364. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.364>
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(6), 826. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.826>
- Wilson, A. C., Moss, A., Palermo, T. M., & Fales, J. L. (2013). Parent pain and catastrophizing are associated with

- pain, somatic symptoms, and pain-related disability among early adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(4), 418-426. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst094>
- Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3), S2-S15. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.030>
- Youssef, N. N., Atienza, K., Langseder, A. L., & Strauss, R. S. (2008). Chronic abdominal pain and depressive symptoms: Analysis of the national longitudinal study of adolescent health. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 6(3), 329-332. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2007.12.019>
- Zeitlin, S. B., & McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4), 658-660. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.4.658>

Intégration d'un volet parental à un programme visant la réduction de l'anxiété de performance scolaire chez des adolescents.

Integrating a Parental Component into a program Aimed at Reducing Test Anxiety in Adolescents.

Auteurs

- **Floriane BINETTE-LAPORTE**

Département d'éducation et formations spécialisées
Université du Québec à Montréal
Québec, Canada

- **Gabrielle YALE-SOULIÈRE**

Département de didactique
Université du Québec à Montréal
Québec, Canada

- **Mélissa GOULET**

Département d'éducation et formations spécialisées
Université du Québec à Montréal
Québec, Canada

- **Lyse TURGEON**

École de psychoéducation
Université de Montréal
Québec, Canada

Notes des auteurs

Sources de financement

L'autrice du programme Pastel (GYS) a été financée par Mitacs accélération et par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). L'étude a été financée par Boscoville.

Remerciements

Nous remercions les agents de développement de Boscoville (Jessica Comeau Audigé et Mario Lemieux), les assistants de recherche, ainsi que les jeunes et les parents qui ont participé à cette étude.

Déclarations

Les auteures déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts connu à divulguer.

Auteure de correspondance.

- **Gabrielle YALE-SOULIÈRE**

Département de psychologie
Université de Montréal

C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7.

Courriel: gabrielle.yale-souliere@umontreal.ca.

Autorisation accordée pour publier ce courriel.

Résumé

L'anxiété liée à la performance scolaire est un phénomène de plus en plus préoccupant. Il affecterait près de 40% des adolescents (von der Embse et al., 2018). Pour faire face à ce défi, le programme Pastel a été créé et implanté dans des écoles secondaires québécoises. Il s'agit d'une intervention brève en groupe basée sur l'approche cognitivo-comportementale. Le programme inclut des stratégies comme la restructuration cognitive, l'exposition, la résolution de problèmes et la rééducation respiratoire. Les jeunes apprennent aussi à développer de meilleures habiletés d'organisation et d'étude. La présente étude, qui se veut exploratoire, évalue l'impact et la pertinence d'inclure une composante parentale au programme Pastel. Par le biais d'un devis d'évaluation pré- et post-test avec une méthodologie mixte de type séquentiel explicatif, des jeunes (N = 3) et leurs parents (N = 2) ont participé à l'étude. Les résultats montrent que le volet parental a des effets bénéfiques, tant pour les adolescents que pour leurs parents. Ils confirment la pertinence d'intégrer une dimension parentale pour réduire l'anxiété de performance scolaire.

Mots clés : Anxiété de performance scolaire; intervention; considération parentale; parents; adolescents.

Abstract

Anxiety related to academic performance is a concerning phenomenon affecting nearly 40% of adolescents in the Western educational context (von der Embse et al., 2021). In response to this challenge, the Pastel program was developed and integrated into schools, aiming to reduce test anxiety among students. It consists of a brief group intervention, based on a cognitive-behavioral approach, which includes the teaching of study and organization skills. This exploratory research evaluates the impact and relevance of incorporating a parental component into the Pastel program. Through a mixed evaluation methodology, participants (n = 3) and their parents (n = 2) contributed to this study. The results indicate beneficial outcomes for both adolescents and their parents, underscoring the significance of including this parental dimension.

Keywords : test anxiety; intervention; parental regard; parents; adolescents.

Introduction

L'anxiété de performance scolaire

L'anxiété de performance scolaire se présente chez les élèves qui éprouvent des difficultés à faire face à la pression liée à la performance, surtout lorsqu'ils sont soumis à un contexte d'évaluation (Conseil supérieur de l'éducation [CSE], 2020). Elle se manifeste aux plans cognitif (p. ex., anticipation des conséquences négatives liées à l'échec), comportemental (p. ex., évitement de situations d'évaluation), émotionnel (p. ex., sentiment d'anxiété) et physiologique (p. ex., maux de ventre avant un examen) (Bouffard et al., 2015). Pour plusieurs chercheurs, la crainte de l'échec est centrale (Putwain, 2008; Zeidner, 1998). L'anxiété de performance scolaire est assez prévalente, affectant jusqu'à 40% des élèves (von der Embse et al., 2018). Elle est associée à une performance moindre lors des évaluations, à des sentiments négatifs envers soi-même, ainsi qu'à un risque accru de développer des symptômes de dépression et de détresse psychologique à long terme (Costello et al., 2011).

Durant l'adolescence, plusieurs facteurs peuvent contribuer à favoriser l'adaptation des jeunes en atténuant les risques associés à l'émergence de difficultés, telles que l'anxiété de performance scolaire. Ces facteurs de protection peuvent être répartis en trois grandes catégories : individuels, scolaires et familiaux. Ainsi, l'apparition des manifestations d'anxiété de performance scolaire n'est pas uniquement influencée par des caractéristiques propres au jeune, mais aussi par l'environnement dans lequel il évolue, que ce soit à l'école ou dans sa famille. Une étude de Elliot et Thrash (2004) a montré une certaine forme de

transmission intergénérationnelle de la peur d'échouer. Les parents qui entretiennent eux-mêmes des croyances négatives en lien à l'échec pourraient transmettre ces croyances à leurs enfants. Par ailleurs, l'exposition prolongée à un environnement familial où on considère l'erreur de manière catastrophique peut contribuer au développement d'un perfectionnisme malsain chez les jeunes, ce qui peut en retour augmenter les manifestations d'anxiété de performance scolaire (Flett et al., 2002). En revanche, un environnement familial qui accorde de l'affection au jeune même s'il commet des erreurs et qui l'aide à se préparer aux situations d'évaluation réduit le risque de développer de l'anxiété de performance scolaire (OCDE, 2021).

La considération parentale joue donc un rôle important dans le développement de l'anxiété de performance scolaire chez les jeunes. La considération parentale s'observe lorsque les parents offrent de l'affection à leur enfant uniquement s'il atteint leurs standards (Assor et al., 2004). L'enfant internalise alors ces contraintes parentales et peut ressentir de la culpabilité lorsque son comportement ne correspond pas aux attentes de ses parents (Curran & al., 2020). En revanche, la considération parentale inconditionnelle consiste à offrir de l'affection à l'enfant indépendamment de ses actions, ce qui permet à ce dernier de se sentir aimé et valorisé pour ce qu'il est plutôt que pour ses performances (Bouffard et al., 2015). La considération parentale inconditionnelle pourrait donc agir comme un facteur de protection contre l'anxiété de performance scolaire. Des interventions pourraient cibler ce facteur.

Les programmes visant l'anxiété de performance scolaire

Dès le début des années 2000, des interventions ont été développées afin de venir en aide aux jeunes qui présentent une anxiété de performance scolaire importante. Elles ont été implantées et évaluées entre autres aux États-Unis, en Allemagne, en Grande-Bretagne, en Inde, en Israël et au Nigéria. Les interventions sont parfois universelles, parfois ciblées. Une méta-analyse de von der Embse et al. (2013) a montré que la combinaison d'interventions cognitivo-comportementales avec l'apprentissage d'habiletés d'étude et d'organisation entraîne une diminution marquée de l'anxiété de performance scolaire chez les adolescents. Ces résultats vont dans le même sens que les données de deux méta-analyses des programmes ciblant aussi des étudiants universitaires (Ergene, 2003; Huntley et al., 2019).

Dans la francophonie, les programmes qui ciblent l'anxiété de performance scolaire sont rares, sinon inexistantes. Des interventions sont disponibles pour intervenir de manière générale sur l'anxiété ou le stress, mais aucune ne cible spécifiquement l'anxiété de performance scolaire (Turgeon & Gosselin, 2015). De plus, à notre connaissance, aucun programme n'inclut une composante parentale.

L'importance d'inclure les parents dans les programmes d'intervention

Deux modèles théoriques sont présentés pour illustrer l'importance d'inclure une composante parentale dans un programme sur l'anxiété de performance scolaire : le modèle écologique et le modèle de psychopathologie développementale. Dans

le modèle écologique de Bronfenbrenner (1977), le développement s'articule autour de six grands systèmes, dont le microsystème, qui comprend les environnements immédiats du jeune, comme la famille et l'école. La majorité des stratégies visant à prévenir l'anxiété de performance scolaire évaluées à ce jour visent principalement des variables d'ordre individuel, se concentrant par exemple sur l'acquisition de nouveaux comportements ou la modification des cognitions mésadaptées. Or, en ciblant aussi des facteurs familiaux, on pourrait espérer une meilleure évolution à long terme.

Dans le modèle de psychopathologie développementale (Cicchetti, 2016), le développement de difficultés d'adaptation s'explique par une interaction transactionnelle entre différents facteurs, regroupés en quatre catégories : les facteurs de risque, les facteurs de maintien, les facteurs de protection et les facteurs d'amélioration. Les facteurs de risque incluent des facteurs liés aux pratiques parentales, comme le modelage des cognitions et des comportements anxieux des enfants par les parents (Murray et al., 2009). Les facteurs de protection permettent de réduire l'apparition d'un trouble anxieux malgré la présence de facteurs de risque. Ces facteurs incluent, par exemple, la présence de modèles parentaux non anxieux.

En somme, un environnement familial qui considère l'enfant de façon adaptée peut augmenter les chances que le jeune se développe positivement dans différents domaines de sa vie, y compris ses études (Varga & Zaff, 2018; Zaff et al., 2016). La littérature montre qu'en général, une intervention impliquant les parents améliore l'efficacité des programmes en réduisant les facteurs de risque familiaux (Haine-

Schlagel & Walsh, 2015; Hui Yap et al., 2014; Lebowitz et al., 2020; Shortt et al., 2001; Wei & Kendall, 2014). Cependant, en milieu scolaire, peu d'interventions intègrent un volet parental (Houle, 2017). Par ailleurs, aucun programme incluant une composante parentale n'a été évalué dans le domaine de l'anxiété de performance scolaire.

Le programme Pastel (Yale-Soulière et al., 2021) a été créé pour réduire les manifestations d'anxiété de performance scolaire. Les élèves ciblés sont ceux qui manifestent une anxiété d'évaluation élevée. Le programme est constitué de six ateliers hebdomadaires d'une heure, en groupes de 3 à 12 jeunes. Ce programme repose sur une approche cognitive-comportementale enrichie par l'acquisition d'habiletés d'étude. De manière spécifique, il facilite l'apprentissage et l'application de diverses stratégies cognitives et comportementales, telles que l'auto-observation, la restructuration cognitive, la résolution de problèmes, l'exposition, ainsi que l'apprentissage de techniques d'étude et d'organisation (e.g., gestion d'un horaire, techniques mnémotechniques, méthode Pomodoro¹), complétées par des exercices de respiration diaphragmatique. Les données issues d'une étude d'effectivité réalisée selon un protocole randomisé contrôlé révèlent une réduction significative des niveaux d'anxiété de performance scolaire, d'anxiété sociale et de symptômes dépressifs (Yale-Soulière et al., soumis), une amélioration qui peut être attribuée à l'acquisition de ces stratégies (Yale-Soulière et al., sous presse).

Durant l'implantation des ateliers, plusieurs intervenants des établissements scolaires ont rapporté que les jeunes parlent souvent de la pression du milieu familial. En réponse à la demande des écoles, un volet parental a été ajouté au programme Pastel afin de favoriser une considération adaptée de la part des parents et de leur donner des outils concrets pour aider leurs jeunes. Cet ajout fait écho aux données de la littérature scientifique qui montrent qu'un programme incluant une dimension parentale pourrait se révéler bénéfique dans la prise en charge des adolescents confrontés à l'anxiété de performance scolaire.

Le volet parental a été développé à la suite d'une collaboration entre l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Montréal et Boscoville, organisme qui effectue des actions de prévention et d'intervention pour les jeunes dans leurs différents milieux de vie (Boscoville, 2019). Il comprend deux ateliers d'une durée de 75 minutes, offerts aux parents des jeunes qui ont participé au programme Pastel. L'objectif de ces ateliers est de fournir aux parents des outils pour accompagner leurs jeunes dans la gestion de l'anxiété liée aux évaluations. Ils visent à développer la compréhension de l'anxiété de performance scolaire et à apprendre différentes stratégies pour favoriser un équilibre sain entre l'école et les autres activités du jeune. Les ateliers sont basés sur une approche collaborative et bienveillante. Ils ne cherchent pas à faire porter la responsabilité des difficultés de l'enfant sur les parents (Kane et al., 2007), mais plutôt à les accompagner. Les ateliers ont pour objectif de cibler les facteurs de risque décrits

¹ La méthode Pomodoro est une stratégie de gestion du temps qui consiste à réaliser des cycles de travail ou d'étude de 25 minutes, suivies de courtes pauses

de 5 minutes. Une fois que trois cycles sont complétés, il est recommandé de prendre une pause plus longue de 30 minutes.

précédemment, tels que la perception négative de l'échec, le perfectionnisme parental et la considération parentale inconditionnelle. Le tableau 1 résume les

objectifs spécifiques des ateliers, les méthodes d'enseignement utilisées ainsi que les attitudes générales recommandées aux parents.

Tableau 1. *Résumé du contenu des ateliers Pastel pour les parents*

Objectifs	Méthodes d'enseignement	Attitudes recommandées
<p><i>Atelier 1 (75 minutes)</i> Comprendre l'anxiété de performance scolaire (déclencheurs, pensées, émotions, sensations physiologiques, et conséquences) Déconstruire le mythe du parent parfait</p>	<p>Discussions de groupe Vignette clinique</p>	<p>Accompagner votre enfant dans l'identification de ses déclencheurs Promouvoir un équilibre sain Favoriser une communication parent-enfant positive.</p>
<p><i>Atelier 2 (75 minutes)</i> Comprendre les distorsions cognitives, les préoccupations perfectionnistes, l'évitement et l'exposition</p>	<p>Discussion de groupe Vignette clinique</p>	<p>Valoriser les efforts de votre enfant Encourager votre enfant à s'exposer</p>

Objectifs de l'étude

Le premier objectif de l'étude est d'examiner les effets des ateliers parentaux complémentaires au programme Pastel. Plus précisément, l'étude vise à étudier les effets sur l'anxiété de performance scolaire, ainsi que sur des facteurs comme le perfectionnisme et la considération parentale conditionnelle perçue. Le second objectif est d'évaluer la pertinence des ateliers parentaux du point de vue des élèves et des parents.

Méthode

Procédure et participants

Cette étude fait partie d'un projet plus vaste réalisé auprès de 48 jeunes recrutés dans 5 écoles. Un sous-groupe de trois élèves ayant pris part au programme Pastel a été sélectionné, ainsi que deux parents de

jeunes ayant participé au programme. Ces élèves proviennent d'une école privée située sur l'île de Montréal (Québec). Les jeunes ont été référés par des membres du personnel scolaire en raison de leurs manifestations élevées d'anxiété de performance scolaire. Ils ont été invités à remplir l'Échelle d'anxiété d'évaluation de Friedben – version brève (von der Embse et al., 2011; voir section mesures). Les élèves présentant des manifestations élevées d'anxiété de performance scolaire à ce questionnaire ont ensuite été invités à participer au programme. Les trois élèves sélectionnés (trois filles) avaient en moyenne 14 ans.

La participation aux ateliers parentaux a été proposée aux parents d'élèves qui participaient déjà aux ateliers Pastel. Le consentement préalable de l'élève a été obtenu avant de solliciter la participation du parent. Par la suite, les parents ont été recrutés lors d'un appel téléphonique de l'animatrice des ateliers parentaux. Quatre parents

ont accepté de participer aux ateliers, mais seulement deux d'entre eux (une mère et un père) ont également accepté de participer à la collecte de données qui a eu lieu après les ateliers.

Les ateliers parentaux de Pastel sont destinés au groupe de parents d'élèves qui prennent part au programme Pastel. La modalité de deux ateliers d'une durée de 75 minutes chacun a été adoptée en raison de la réalité et de la disponibilité des parents d'élèves des établissements partenaires. L'objectif principal de ces ateliers est d'offrir aux parents d'élèves participants des outils pour accompagner leur enfant de façon adaptée dans la gestion de l'anxiété que peuvent susciter les évaluations. Concrètement, la notion d'anxiété de performance est détaillée et différentes stratégies possibles sont présentées dans le but que le parent soit en mesure de favoriser un équilibre sain entre l'école et les occupations de son enfant. Puisque ce module de formation désire offrir aux parents participants un lieu de partage bienveillant, ces ateliers sont de nature collaborative. En d'autres termes, l'animateur favorise les échanges entre les parents et encourage les participants dans leur dévoilement ainsi que dans leurs comportements adaptés. L'approche collaborative entre l'animateur et le groupe de parents est une assise importante pour soutenir l'engagement des participants tout au long de ce processus (Kane et al., 2007).

Devis

Un devis d'évaluation pré- et post-test avec une méthodologie mixte de type séquentiel explicatif a été utilisé. En d'autres termes, des données quantitatives issues du questionnaire ainsi que des données qualitatives issues d'entretiens avec les

personnes participantes ont permis d'obtenir des résultats complémentaires, favorisant ainsi une meilleure compréhension de l'objet d'étude. Ce protocole a donc servi à comparer les résultats à des questionnaires standardisés, administrés une première fois avant la mise en œuvre de l'intervention (pré-test) et une seconde fois à la suite de celle-ci (post-test). L'approche qualitative a été utilisée, par la suite, pour donner la parole aux participants sur les effets des ateliers parentaux ainsi que pour avoir leur point de vue sur leur pertinence.

Mesures

Le *Brief Friedben Test Anxiety Scale* [B-FTAS] (von der Embse et al., 2011) a été utilisé pour mesurer l'anxiété de performance scolaire. Cette échelle comprend 12 items tels que "Je suis très inquiet de ce que mes enseignants vont penser ou faire si j'échoue leur examen" ou encore "Je suis très tendu avant un examen, même si je m'y suis bien préparé". L'élève doit coter chaque item sur une échelle de type Likert en 6 points variant de 1 (= pas du tout) à 6 (= totalement). La cohérence interne globale de l'échelle est très bonne, avec un alpha de Cronbach de 0,88. L'échelle a été traduite en français par notre équipe de recherche, sous le nom d'Échelle d'anxiété de performance scolaire de Friedben - version brève.

Pour mesurer le perfectionnisme, nous avons utilisé le *Multidimensional Perfectionism Scale* de Hewitt et Flett (1991), qui comprend trois sous-échelles. Cependant, dans cette étude, seules deux sous-échelles ont été retenues en raison de leur lien plus étroit avec les problèmes de santé mentale, contrairement à la troisième sous-échelle, le perfectionnisme orienté

vers les autres, qui a été exclue (Curran et al., 2020; Limburg et al., 2017). Les dimensions sélectionnées étaient le perfectionnisme auto-orienté et le perfectionnisme socialement prescrit. Pour cette étude, un score global a été dérivé en considérant les 30 items. Un exemple d'items serait: "Lorsque je travaille à quelque chose, je ne parviens pas à me détendre tant que tout n'est pas parfait" ou encore "Je trouve difficile de satisfaire les attentes des autres à mon égard". L'élève doit coter les items sur une échelle de type Likert en 8 points variant de 0 (= totalement en désaccord) à 7 (= totalement en accord). La cohérence interne de l'échelle est de 0,92, ce qui témoigne de l'appréciabilité de l'échelle. Le questionnaire a été traduit en français par Labrecque et al. (1998) sous le nom d'Échelle multidimensionnelle de perfectionnisme.

La *Perception of Parental Conditional Regard Scale - Academics* (Assor et al., 2007) a été utilisée pour mesurer la considération parentale conditionnelle perçue par le jeune. L'échelle permet de mesurer la considération parentale conditionnelle perçue en questionnant le jeune sur la considération parentale conditionnelle positive, à l'aide d'items tels que "Quand je réussis à un examen, je sens que mes parents m'aiment et qu'ils m'apprécient davantage", ainsi que la considération parentale conditionnelle négative à l'aide d'items tels que "Quand je n'ai pas un bon résultat à l'école, mes parents cessent de me donner de l'attention pendant un certain temps". Le concept de positif et de négatif réfère au niveau d'affection qui est octroyé par le parent lorsque l'enfant atteint les attentes que son géniteur lui a fixées. Pour cette étude, un score global a été dérivé à l'aide de 10 items. Le jeune doit coter les

items sur une échelle de type Likert en 7 points variant de 0 (= totalement en désaccord) à 6 (= totalement en accord). L'échelle possède de bonnes qualités psychométriques, avec un coefficient de cohérence interne de 0,90. L'échelle a été traduite en français par l'équipe de recherche, sous le nom d'Échelle de perception du regard parental conditionnel.

Entrevue semi-structurée.

Pour compléter les données quantitatives utilisées pour l'évaluation du volet parental, des entrevues individuelles d'une durée de 30 minutes ont été réalisées avec les parents. Ces entrevues ont permis de recueillir la perception des parents sur les effets des ateliers parentaux, sur l'anxiété de performance scolaire de leur enfant et sur eux-mêmes. Par ailleurs, une entrevue de groupe (de type *focus group*) d'environ 30 minutes a été réalisée avec les élèves pour recueillir leur perception des ateliers Pastel, de la participation de leurs parents, ainsi que les effets observés dans les comportements des parents. Des questions telles que "Avez-vous observé des changements chez votre jeune depuis le début de votre participation aux ateliers?" ou encore "Avez-vous eu certaines prises de conscience à la suite de votre participation?" ont été posées aux parents tandis que des questions telles que "Comment avez-vous trouvé le fait que vos parents participent aussi à des ateliers?" ou encore "Avez-vous observé un changement chez vos parents à la suite de leur participation?" ont été posées durant l'entrevue de groupe avec les élèves. Ce type de méthode fut utilisée afin d'apporter des pistes de réflexion pour l'interprétation des données quantitatives, mais également pour

mieux comprendre l'expérience subjective vécue par les deux groupes de participants.

Analyses

Les données ont été analysées en utilisant une approche mixte de type séquentiel explicatif, en traitant d'abord les données quantitatives (c.-à-d. celles issues du questionnaire) et ensuite, les données qualitatives (c.-à-d. celles issues des entretiens), puis en les triangulant pour une meilleure compréhension globale (Creswell & Plano-Clark, 2018). En d'autres termes, la triangulation implique l'utilisation des éléments partagés par les personnes participantes durant les entretiens pour interpréter les réponses obtenues aux questionnaires, ce qui favorise une vision plus complète de l'objet d'étude. Les analyses quantitatives ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS. Elles ont porté sur les changements entre le pré-test et le post-test dans les scores individuels pour chacun des questionnaires. Les scores d'anxiété de performance scolaire, de perfectionnisme et de considération parentale conditionnelle perçue ont ainsi été comparés avant et après l'intervention à l'aide de l'indice de changement fiable (*Reliable Change Index*; RCI). Cet indice, utilisé en psychologie clinique, permet de déterminer si un changement observé sur une mesure donnée après une intervention est significatif sur le plan statistique et clinique, et surtout, ne peut être attribué simplement à l'erreur de mesure ou à la variabilité normale (Blampied, 2002). Pour déterminer si le changement est significatif, un seuil de 1,96 a été utilisé tel que recommandé par Jacobson et ses collègues (1984). Ainsi, un score supérieur à 1,96 ou inférieur à -1,96 indique un changement fiable à la suite de l'intervention. Selon Blampied (2022), la

RCI reste largement employée en tant que source de choix pour les pratiques fondées sur la preuve, ce qui en fait une mesure de choix pour évaluer la fiabilité de cette pratique innovante offerte à un échantillon restreint de personnes participantes.

Les données qualitatives issues des entretiens individuels avec les parents et de l'entrevue de groupe avec les jeunes ont été transcrites et analysées à l'aide du logiciel NVivo (QSR International, 2020). Une analyse thématique a été réalisée en combinant un codage déductif et inductif (Miles et al., 2018). Des thèmes prédéterminés ont été utilisés comme point de départ et de nouveaux thèmes ont émergé lors de l'analyse inductive. Les données ont été regroupées en utilisant ces codes. Un accord inter-juges a été réalisé pour assurer une interprétation cohérente des résultats. Cette approche mixte de type séquentiel explicatif a permis d'obtenir des éléments de réponse pertinents en lien avec les objectifs de l'étude (Creswell & Plano-Clark, 2018).

Résultats

Effets des ateliers parentaux

Résultats quantitatifs.

En raison de la petite taille de l'échantillon, des données descriptives sont utilisées pour présenter l'évolution des scores individuels des trois élèves. Les scores globaux au temps 1 (pré-test) et au temps 2 (post-test) pour les variables de l'étude chez chacune des participantes (anxiété de performance scolaire, perfectionnisme et considération parentale perçue) sont présentées dans les tableaux 2, 3 et 4.

Tableau 2. Scores globaux d'anxiété de performance scolaire selon le temps de mesure

Participant	Pré-intervention	Post-intervention	Score de différence	RC	RC >1,96 ou < -1,96
1	3,50	4,83	-1,33	3,24	oui, RC+
2	5,50	4,33	1,17	-2,85	oui, RC-
3	5,45	3,42	2,03	-4,95	oui, RC-

Note. RC+ signifie une augmentation cliniquement significative; RC- signifie une diminution cliniquement significative.

Tableau 3. Scores globaux de perfectionnisme selon le temps de mesure

Participant	Pré-intervention	Post-intervention	Score de différence	RC	RC >1,96 ou < -1,96
1	3,90	4,83	-0,93	2,52	oui, RC+
2	5,17	4,70	0,47	-1,27	non, RC0
3	5,13	4,40	0,73	-1,98	oui, RC-

Note. RC+ signifie une augmentation cliniquement significative; RC0 signifie une absence de changement cliniquement significatif; RC- signifie une diminution cliniquement significative.

Tableau 4. Scores globaux de regard conditionnel parental perçu selon le temps de mesure

Participant	Pré-intervention	Post-intervention	Score de différence	RC	RC >1,96 ou < -1,96
1	3,30	1,90	1,40	-2,46	oui, RC-
2	4,80	2,40	2,40	-4,21	oui, RC-
3	2,80	3,20	-0,40	0,70	non, RC0

Note. RC0 signifie une absence de changement cliniquement significatif; RC- signifie une diminution cliniquement significative

À la lumière de ces résultats, il est possible de constater, une légère diminution de l'anxiété de performance scolaire, le perfectionnisme et la considération conditionnelle parentale perçue par le jeune pour deux sujets sur trois à la suite de leur participation au programme Pastel intégrant les parents.

Afin de déterminer si les changements observés après avoir participé à l'intervention sont significatifs sur le plan statistique et clinique, les scores globaux pour chacune des trois échelles ont été analysés à l'aide de l'indice de changement de fiabilité (RCI). Un changement significatif s'observe lorsque le participant obtient score supérieur à 1,96 ou inférieur à -1,96 pour une mesure à la suite de l'intervention (Jacobson et al., 1984). Pour la mesure d'anxiété de performance scolaire, il est possible de constater une diminution

cliniquement significative pour les élèves 2 et 3. Or, pour l'élève 1, les scores globaux obtenus soulignent une augmentation cliniquement significative à la suite de l'intervention. Pour la mesure de perfectionnisme, une augmentation cliniquement significative a lieu seulement pour les scores globaux de l'élève 1. Cependant, bien que l'élève 3 obtienne une diminution cliniquement significative des scores globaux de perfectionnisme, les scores globaux de l'élève 2 présentent une absence de changement significatif. Pour la mesure de regard conditionnel parental perçu, les élèves 1 et 2 présentent une diminution cliniquement significative des scores globaux tandis que les scores de l'élève 3 présentent une absence de changement cliniquement significatif.

Bien que ces observations soient identifiées de manière descriptive sur le plan quantitatif, les données qualitatives subséquentes indiquent l'apparition de bénéfices significatifs pour les participants. Comme le soulignent Goulet et ses collègues (2021), l'exploration des données qualitatives recueillies auprès des personnes participantes permet d'approfondir la compréhension des résultats quantitatifs.

Résultats qualitatifs.

L'analyse des entrevues réalisées auprès des jeunes et des parents a permis de faire ressortir plusieurs thématiques. Du point de vue des jeunes, on souligne une diminution de la pression perçue de la part des parents :

« Parce qu'une des choses qui ont aidé dans les ateliers, c'est que je ressens moins de pression de la part de mes parents maintenant » (Agathe).

Aussi, les jeunes s'entendent pour dire que les retombées des ateliers parentaux sur leurs parents leur sont bénéfiques :

« Il a vraiment compris plus clairement comment c'était, qu'est-ce qui se passait, c'était quoi mes défis et il est plus présent. Il me le montre et ça fait du bien » (Lucille).

« Oui. Moi aussi. [...] Ils me le disent au quotidien donc ça fait du bien » (Agathe).

Une élève a ressenti plus de considération inconditionnelle de la part de son parent après la participation de celui-ci aux ateliers parentaux de Pastel :

« Puis, mes parents me l'ont dit si tu coules un examen, on t'aime encore, ce n'est pas important, ce n'est pas grave ». (Agathe)

En ce qui concerne les entrevues individuelles effectuées auprès des parents, certaines réflexions ont émergé à la suite des ateliers en lien avec le rapport à l'échec :

« Comme parent, on a tendance à ne pas vouloir parler de nos échecs, mais moi, en tout cas, j'étais comme ça. [...] Alors, j'essayais de leur expliquer que ce n'est pas grave, et que ce n'est pas la fin du monde parce qu'on vit un échec. Au contraire, on va en sortir grandi autrement » (Julie).

Julie souligne également s'être reconnue dans l'activité déconstruisant l'illusion du parent parfait :

« [...] je pense que quand on a parlé la semaine dernière de parents parfaits, je me suis reconnue là-dedans. Je pense que j'essaie souvent d'être un [parent] parfait. Donc, ça projette une image inatteignable dans le fond. Une image qui est difficile à atteindre pour mes enfants sûrement qu'ils essayent peut-être de reproduire la même chose. Donc, ça peut peut-être engendrer chez [eux] une anxiété de performance scolaire d'essayer de tout faire meilleur » (Julie).

Un changement rapporté par un parent concerne la valorisation de l'effort plutôt que le résultat :

« [...] c'est sûr que comme parent on est content quand notre enfant a des bonnes notes. On l'encourage à continuer et on la félicitait, mais... en bout de ligne c'est vraiment l'effort qui est plus important. Donc maintenant, je fais attention. J'essaie de valoriser plutôt l'effort que le résultat » (Julie).

Un des thèmes qui ressort concerne les effets limités du programme :

« [...] Ça n'a pas encore changé la dynamique, mais [...] c'est nouveau [...], il faut commencer à travailler un peu plus » (Hugues).

Un parent rapporte qu'il est difficile de se prononcer puisque sa fille n'est pas très démonstrative, mais qu'elle semble tout de même contente de savoir qu'il participe aussi à des ateliers :

« Hm, [nom de l'adolescente] n'est pas super démonstrative [pour cela]. Il faut dire aussi que c'est l'âge (rires). [...] Je sais qu'elle est contente. [...] de savoir que j'en parle avec peut-être d'autres personnes, [...] j'ai l'impression que ça doit la rassurer quelque part (Julie).

Pertinence des ateliers parentaux

Pour répondre à la question « en quoi les ateliers sont pertinents? », une de élèves a souligné que sa santé mentale était devenue une priorité pour ses parents :

« [...] Je sens vraiment que mes parents font passer ma santé mentale avant mes notes. Ils me le disent au

quotidien donc ça fait du bien » (Agathe).

Aussi, des jeunes ont mentionné que leurs parents sont plus présents depuis leur participation aux ateliers et qu'ils semblent mieux comprendre ce qu'elles vivent. Dans le même ordre d'idées, des jeunes ont rapporté qu'elles n'étaient pas nécessairement capables de répondre à toutes les questions que les parents pouvaient se poser sur l'anxiété de performance scolaire. La participation de ces derniers aux ateliers a alors été bénéfique pour qu'ils soient informés sans que cette responsabilité incombe aux jeunes. Une question portait sur ce que les jeunes avaient particulièrement apprécié dans la participation des parents. Elles ont répondu :

« Parce que ça leur permet de leur en apprendre plus parce que nous, des fois, on n'est pas tout le temps apte à répondre à toutes leurs questions parce que nous-mêmes on ne [connaît] pas les réponses. Donc, je pense que ça a pu les éduquer et les aider à gérer ça (Agathe) ».

« Oui, aider leur compréhension (Lucille) ».

« Oui (Agathe) ».

Selon une élève, les ateliers parentaux ont également aidé son parent à prendre conscience de l'influence de certains comportements sur son anxiété de performance scolaire :

« Puis, aussi, des fois avec [mon parent], [il] ne s'en rendait pas vraiment compte. Donc, ça lui a fait réaliser (Lucille) ».

Une jeune a également souligné l'importance de pouvoir en parler avec son parent pour l'aider à face à cette difficulté :

« Moi, ce n'était pas vers la pression, mais c'était plus d'en parler. C'est comme... je n'étais pas capable de venir et de dire à mes parents là, je ne me sens pas bien, ça ne va pas, je stresse, je panique. J'étais tout le temps renfermée, tout le temps en train de penser à moi-même. Puis là, ils y pensent. (Lucille) ».

Du point de vue des parents, un des thèmes qui est ressorti concerne la discussion avec le jeune sur l'anxiété de performance scolaire, notamment grâce aux outils fournis lors des ateliers :

Dans l'atelier, [...] il y a des exemples de préoccupations. Toutes les questions, j[e les] avais pris un soir pour en [parler] avec elle sur « [est-ce que cela] fait partie de tes préoccupations? ». Donc là, ça t'amène à ouvrir la discussion là-dessus. [...] Ils voient les mêmes outils [...] elle n'a peut-être pas tant envie de me raconter ce qu'il se passe, mais je pense que si c'est moi qui amène l'outil ou qui lui en parle, peut-être que ça pourrait faciliter l'échange entre nous deux (Hugues) ».

Un parent mentionne également que sa participation aux ateliers parentaux de Pastel a pu être rassurante pour son jeune :

« Nous, on ne se doutait pas que [nom de l'adolescente] était

anxieuse parce qu'elle avait tout le temps gardé ça à l'intérieur d'elle depuis toujours. Puis là, c'est comme cette année que ça a explosé donc je pense que c'est dur pour elle d'en parler. Alors, de savoir que j'en parle avec peut-être d'autres personnes, j'ai l'impression que de mon interprétation, mais j'ai l'impression que ça doit la rassurer quelque part (Julie) ».

Un parent a aussi mentionné l'importance d'un pont entre l'école et la famille parce qu'il n'est pas toujours évident de repérer les signaux de l'anxiété de performance scolaire chez son jeune :

« [...] c'était plus la façon de le dépister sur l'enfant. Ce n'est pas... ce n'est pas si évident que ça parce qu'on ne passe pas toute la journée avec elle à l'école [...] Il y a comme un décalage entre l'école et la maison. Ça, c'est la partie la plus difficile. (Hugues) ».

Des parents ont soulevé la pertinence d'être impliqués dans le programme Pastel. Un des parents affirme que « c'est une bonne chose (Hugues) », alors que l'autre parent souligne l'importance de sensibiliser les parents à ce problème qu'est l'anxiété de performance scolaire afin de pouvoir bien intervenir auprès de son jeune :

« Je pense que c'est super important que les parents soient sensibilisés aussi. [...] ce n'est pas si simple comme problématique et on a besoin... des fois, on a besoin d'informations et de coaching pour être sûr

de faire les bonnes choses, les bonnes interventions (Julie) ».

Un autre parent a mentionné que le programme devrait être offert au plus de gens possibles, car « *l'anxiété, on ne la voit pas tout le temps. Souvent, c'est vraiment à l'intérieur* » (Hugues).

Un des parents souligne l'importance de prévenir le problème, car elle avait l'impression que les manifestations de son enfant étaient déjà assez avancées, ce qui a fait en sorte que lorsqu'elle « *l'a su, c'était comme une bombe-là, mais de prévenir tout ça c'est vraiment important (Julie)* ». Elle souligne également l'importance de sensibiliser le milieu scolaire que « *c'est un peu le système autour qui valorise les notes avec le collègue où va [nom de l'adolescente] avec les diplômes et les méritas et tout ça (Julie)* ».

Triangulation des données

À la lumière de ces résultats, les déterminants familiaux qui ont été présentés, notamment le perfectionnisme et la considération conditionnelle parentale perçue, peuvent être utilisés pour interpréter les résultats quantitatifs dégagés. Plus précisément, la prise de conscience de Julie en lien avec les possibles répercussions de ses attentes perfectionnistes sur sa fille, soulignée à la suite de l'atelier portant sur l'illusion du parent parfait, pourrait constituer une piste d'explication de la diminution du perfectionnisme de son enfant. Il en va de même pour le concept de considération conditionnelle quand l'une des élèves participantes affirme que son parent lui a indiqué qu'il l'aimait quand même, même si elle échouait à un examen, précision que son parent lui a apportée à la suite de sa participation au

programme Pastel. En effet, les retombées observées par les personnes participantes, c'est-à-dire les résultats présentés dans la section précédente, peuvent permettre d'expliquer la diminution générale des scores individuels aux résultats quantitatifs.

Discussion

Cette étude visait à examiner les effets et la pertinence d'ateliers parentaux pour diminuer l'anxiété de performance scolaire de jeunes du secondaire. L'analyse des données des questionnaires suggère que l'anxiété de performance scolaire, le perfectionnisme et la considération conditionnelle parentale perçue par les élèves ont diminué après l'intervention, ce qui suppose des effets bénéfiques de la modalité parentale. Néanmoins, il est possible de constater qu'une des élèves participantes semble avoir moins bien répondu au programme (élève 1). À cet effet, une réflexion à savoir si le programme est adapté pour un type d'élève en particulier se pose, ce qui est cohérent aux recherches qui soutiennent l'existence de différents profils d'élèves manifestant de l'anxiété de performance scolaire (Plante et al., 2022). Une prise en compte des différents profils possibles est donc souhaitable dans la création d'outils afin qu'ils puissent répondre aux besoins différentiels de tous les profils d'élèves. D'autre part, afin d'expliquer l'absence de changement significatif pour l'élève 3 à la mesure de regard conditionnel parental perçu, il est important de souligner que le parent de l'élève a assisté qu'au deuxième atelier du module de formation parentale. Il est alors possible soulever l'hypothèse qu'une implantation qui n'est pas fidèle (c.-à-d. une exposition à seulement 50% de l'intervention parentale) n'est pas associée

à des changements significatifs, ce qui est cohérent avec le seuil d'implantation significatif de 60% suggéré par Durlak et DuPré (2008).

En ce qui concerne les données qualitatives, les jeunes ont souligné se sentir mieux compris, tandis que les parents ont rapporté mieux comprendre l'anxiété de performance scolaire, offrir plus de soutien et avoir une perception de l'échec plus adaptée. Plus précisément, l'ajout d'un volet parental au programme Pastel semble avoir réduit la pression parentale perçue par les élèves. Ce résultat va dans le même sens que l'idée de Putwain (2009) selon laquelle les élèves manifestant de l'anxiété de performance scolaire ont tendance à percevoir de la pression de la part de leurs parents. En diminuant la pression perçue, on pourrait s'attendre à ce que les manifestations d'anxiété de performance scolaire diminuent également, ce que suggèrent les résultats de cette étude.

Selon les résultats du volet qualitatif, les ateliers parentaux de Pastel semblent avoir un effet sur la considération parentale offerte à l'enfant. Les participantes ont souligné qu'à la suite des ateliers, leurs parents leur offraient davantage de considération inconditionnelle, indépendamment de leurs performances scolaires. Cette observation est cohérente avec les recherches sur la considération parentale inconditionnelle qui agit comme un facteur de protection contre l'anxiété de performance scolaire. En effet, les élèves qui perçoivent que la considération de leurs parents dépend de leurs performances scolaires présentent un risque accru de développer de l'anxiété de performance scolaire (Bouffard et al., 2015). De plus, les parents ont rapporté percevoir des

retombées sur eux-mêmes après leur participation au programme Pastel, notamment une évolution quant à leur perception de l'échec, maintenant considérée comme un levier d'apprentissage pour le développement de leur enfant. Cette évolution de la perception de l'échec concorde avec l'étude de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques [OCDE] (2021) sur les compétences sociales et émotionnelles qui souligne l'importance d'un environnement familial sans jugement dans lequel les parents considèrent leur enfant même lorsqu'il commet des erreurs. Un tel environnement familial agit comme un facteur de protection contre l'anxiété de performance scolaire, car l'erreur n'est plus perçue comme une source d'humiliation pour l'enfant, mais bien comme une occasion d'apprentissage.

Par ailleurs, les résultats suggèrent que l'intégration des ateliers parentaux au programme Pastel présente une plus-value, favorisant une meilleure compréhension de l'anxiété de performance scolaire chez les parents, une meilleure communication entre le jeune et son parent, de même qu'une attention accrue à la santé mentale du jeune. Selon Christenson et Sheridan (2001), l'inclusion des parents dans les programmes scolaires favorise l'engagement des jeunes au sein de ces interventions. Le lien entre l'école et la famille, soutenu par le volet parental de Pastel, est essentiel, car le manque de collaboration avec la famille peut être un obstacle à la mise en œuvre de programmes d'intervention en milieu scolaire qui visent à réduire l'anxiété (McLoone & Rapee, 2012). Ces résultats sont donc pertinents pour la mise en œuvre du programme dans les écoles.

Limites de l'étude

Cette étude présente des limites dignes de mention. La petite taille de l'échantillon rend la généralisation des résultats impossible. Un échantillon plus grand et l'ajout d'un groupe contrôle permettraient de tirer des conclusions plus claires sur les bénéfices liés à l'inclusion d'un volet parental pour réduire l'anxiété de performance scolaire des jeunes. Une autre limite concerne la durée du programme. Le volet parental incluait seulement deux rencontres de 75 minutes, ce qui amène la possibilité que cela ne soit pas suffisant pour entraîner des changements majeurs dans les comportements et les perceptions des parents. En général, les programmes d'intervention cognitivo-comportementale efficaces nécessitent plus de temps pour entraîner des changements, soit au moins huit semaines (Barlow et al., 2010). De plus, l'absence de suivi à plus long terme limite notre capacité à évaluer si les effets du programme se sont maintenus. Par ailleurs, il convient de considérer une limitation liée aux attentes de l'expérimentateur. Néanmoins, il est important de noter qu'afin d'atténuer toute forme de biais venant de l'expérimentateur, les entretiens, aussi bien ceux menés avec les parents que le groupe de discussion auprès des jeunes, ont été dirigés par un tiers. De plus, un accord inter-juges a été réalisé à la suite de l'analyse des données pour garantir la cohérence et la validité de la démarche de codification des deux juges.

Recommandations pour les futures études et pour les milieux éducatifs

Malgré les limites de l'étude, elle représente une première étape importante

dans l'intervention visant à réduire l'anxiété de performance scolaire, en ciblant les parents. Les résultats sont encourageants, montrant des effets bénéfiques sur l'anxiété de performance scolaire de certains jeunes, ainsi que sur les comportements et les attitudes des parents. Ils soulignent l'importance des interventions préventives, de même que la nécessité de sensibiliser les personnes qui gravitent autour des jeunes, comme les parents.

Sur la base de ces constatations, il serait intéressant d'envisager le développement d'une intervention visant à sensibiliser l'ensemble de l'équipe-école. Notamment, il serait pertinent de mettre en place une intervention préventive universelle pour réduire l'importance accordée aux notes dans le système éducatif. Ces recommandations reflètent l'importance du climat scolaire comme facteur de risque dans le développement et l'intensification des manifestations d'anxiété de performance scolaire chez les jeunes (OCDE, 2021; von der Embse et al., 2018). Par ailleurs, une autre voie de recherche pertinente consisterait à examiner si certains jeunes réagissent différemment à divers types d'intervention, en tenant en compte leur profil individuel. On pourrait ainsi concevoir des interventions ciblées pour les élèves qui présentent de l'anxiété de performance en raison de difficultés à l'école, ainsi que pour ceux qui sont très performants, mais qui vivent les mêmes manifestations d'anxiété (Plante et al., 2022). Les parents du premier groupe pourraient bénéficier de stratégies pour améliorer l'organisation et l'étude chez leur jeune, alors que ceux du deuxième groupe pourraient bénéficier l'apprentissage de techniques de restructuration cognitive pour aider leur enfant à modifier ses pensées catastrophiques liées à la crainte de l'échec.

Finally, a re-evaluation of the Pastel program would be beneficial to address the limitations identified previously and to validate the parental component, while responding to the requirements of replicability (Gottfredson et al., 2015). The implementation of an experimental design including a control condition, a condition dedicated to the Pastel program only, and a third condition integrating the Pastel program with its parental component, would allow for a rigorous evaluation of the additional impact of the latter. Moreover, a cost-benefit analysis regarding the integration of the parental component is imperative to formulate well-informed recommendations on its relevance and added value to the overall program.

Conclusion

This study suggests that a parental component can be useful to reduce school performance anxiety in adolescents and to modify certain behaviors and attitudes of parents. These results may suggest research avenues and intervention ideas for school environments. It is also necessary to deepen the reflection on school performance anxiety in order to intervene more globally to reduce the pressure experienced by young people.

Références

- Assor, A., Roth, G., & Deci, E. L. (2004). The emotional costs of perceived parents' conditional regard: A self-determination theory analysis. *Journal of Personality*, 72(1), 47-88. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00256.x>
- Assor, A., Roth, G., Israeli, M., Freed., & Deci, E. (2007). Parental conditional positive regard: Another harmful type of parental control. Paper presented at the Society for Research in Child Development (SRCD), USA.
- Assor, A. & Tal, K. (2012). When parents' affection depends on child's achievement: Parental conditional positive regard, self-aggrandizement, shame and coping in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(2), 249-260. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.10.004>
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C., & Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD003680. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003680.pub2>
- Blampied, N. M. (2022). Reliable change and the reliable change index: Still useful after all these years?. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 15(50), 1-18. <https://doi.org/10.1017/S1754470X2000484>
- Boscoville. (2023). Boscoville: innover pour la jeunesse. Disponible sur: <https://boscoville.ca/>.
- Bouffard, T., Marquis-Trudeau, A., et Vezeau, C. (2015). Étude longitudinale du rôle du soutien conditionnel parental dans l'anxiété d'évaluation de l'élève. *Éducation et Francophonie*, 43(2), 113-134. <https://doi.org/10.7202/1034488ar>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Christenson, S. L. & Sheridan, S. M. (2001). *School and families: Creating essential connections for learning*. Guilford Press.
- Cicchetti, D. (2016). *Developmental psychopathology* (3^e éd.). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119125556>
- Conseil supérieur de l'éducation (2020). *Le bien-être de l'enfant à l'école : Faisons nos devoirs*. Bibliothèques et Archives nationales du Québec. ISBN : 978-2-550-86750-0
- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3^e éd.). Sage.

- Curran, T., Hill, A. P., Madigan, D. J., & Stornæs, A. V. (2020). A test of social learning and parent socialization perspectives on the development of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 160*, 109925–109925.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109925>
- Durlak, J. A. & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*(3-4), 327-350.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Elliot, A. J. & Thrash, T. M. (2004). The intergenerational transmission of fear of failure. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*(8), 957–971.
<https://doi.org/10.1177/0146167203262024>
- Ergene, T. (2003). Effective interventions on test anxiety reduction: a meta-analysis. *School Psychology International, 24*(3), 313–28.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. Dans G. L. Flett et P. L. Hewitt (dirs.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89–132). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10458-004>
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N., & Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: next generation. *Prevention Science, 16*(7), 893–926.
<https://doi.org/10.1007/s11121-015-0555-x>
- Goulet, M., Clément, M.-È. E. & Bérubé, A. (2021). Chapitre 11 : Évaluation des effets d'un programme. Dans Tougas, A.-M., Bérubé, A., et Kishchuk, N. A. (Dir.). *Évaluation de programme : De la réflexion à l'action* (Ser. Santé). Presses de l'Université du Québec.
- Haine-Schlagel, R. & Walsh, N. E. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(2), 133-150.
<https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Press.
- Houle, A. A. (2017). *Recension des écrits sur les critères d'efficacité et les programmes d'intervention précoce en matière d'anxiété chez les adolescents de 12 à 17 ans*. Publication du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale de l'Université de Sherbrooke.
- Hui Yap, M. B., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 156*, 8-23.

- <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>
- Huntley, C. D., Young, B., Temple, J., Longworth, M., Smith, C. T., Jha, V., & Fisher, P. L. (2019). The efficacy of interventions for test-anxious university students: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, *63*, 36–50.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.01.007>
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, *15*, 336–352.
- Kane, G. A., Wood, V. A., & Barlow, J. (2007). Parenting programmes: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Child: Care, Health and Development*, *33*(6), 784–793. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00750.x>
- Lebowitz, E. R., Marin, C., Martino, A., Shimshoni, Y., & Silverman, W. K. (2020). Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: Randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *59*(3), 362–372.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.014>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(10), 1301–1326.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- McLoone, J. K. & Rapee, R. M. (2012). Comparison of an anxiety management program for children implemented at home and school: Lessons learned. *School Mental Health*, *4*(4), 231–242.
<https://doi.org/10.1007/s12310-012-9088-7>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2018). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Sage publications.
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review. *Psychological Medicine*, *39*(9), 1413–23.
<https://doi.org/10.1017/S0033291709005157>
- Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE]. (2021). *Beyond Academic Learning: First Results from the Survey of Social and Emotional Skills*. OCDE Publishing.
<https://doi.org/10.1787//2a11084-en>
- Plante, I., Lecours, V., Lapointe, R., Chaffee, K. E., & Fréchette-Simard, C. (2022). Relations between prior school performance and later test anxiety during the transition to secondary school. *British Journal of Educational Psychology*, *99*(3), 1068–1085.
<https://doi.org/10.1111/bjep.12488>
- Putwain, D. W. (2009). Situated and contextual features of test anxiety in UK adolescent students. *School*

- Psychology International*, 30(1), 56–74.
<https://doi.org/10.1177/0143034308101850>
- Putwain, D. W. (2008). Deconstructing test anxiety. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 13(2), 141–155.
<https://doi.org/10.1080/13632750802027713>
- QSR International Pty Ltd. (2020). *NVivo* (version publiée en 2020), [Logiciel].
<https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the friends program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 525–35.
https://doi.org/10.1207/S15374424JCP3004_09
- Turgeon, L. & Gosselin M. J. (2015). Les programmes préventifs en milieu scolaire auprès des enfants et des adolescents présentant de l’anxiété. *Éducation et Francophonie*, 43(2), 30–49.
<https://doi.org/10.7202/1034484ar>
- Varga, S. M. & Zaff, J. F. (2018). Webs of support: An integrative framework of relationships, social networks, and social support for positive youth development. *Adolescent Research Review*, 3(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1007/s40894-017-0076-x>
- von der Embse, N. (2011). Evaluating a test anxiety intervention group in a high-stakes context. *The Ohio School Psychologist*, 56(2), 21–27.
- von der Embse, N., Barterian, J., & Segool, N. (2013). Test anxiety interventions for children and adolescents: A systematic review of treatment studies from 2000–2010. *Psychology in the Schools*, 50(1), 57–71.
<https://doi.org/10.1002/pits.21660>
- von der Embse, N., Jester, D., Roy, D., & Post, J. (2018). Test anxiety effects, predictors, and correlates: A 30-year meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 227, 483–493.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.048>
- Wei, C. & Kendall, P. C. (2014). Parental involvement: Contribution to childhood anxiety and its treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(4), 319–339.
<https://doi.org/10.1007/s10567-014-0170-6>
- Yale-Soulière, G., Campeau, G., Turgeon, L., & Goulet, J. (sous presse). The evaluation of a brief intervention to reduce test Anxiety in adolescents: A randomized control trial. *Current Psychology*.
- Yale-Soulière, G., Comeau Audigé, J., Lemieux, M., Turgeon, L., Binette-Laporte, F., Campeau, G., Goulet, M., & Stan, S. (2021). *Trousse clés en main PASTEL*. Boscoville.
- Zaff, J. F., Pufall Jones, E., Donlan, A. E., & Anderson, S. (2016). Comprehensive community initiatives creating supportive youth systems: A theoretical rationale for creating youth-focused CCIs. Dans J. F. Zaff, E. Pufall Jones, A. E. Donlan & S. Anderson (dirs.), *Comprehensive community initiatives*

for positive youth development (pp. 1-12). Routledge.

Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: The state of the art* (Ser. Perspectives on individual differences). Springer.
<https://doi.org/10.1007/b109548>

Les problématiques interpersonnelles sous l'angle de la Science Contextuelle Comportementale

Interpersonal Issues from a Contextual Behavioral Science Perspective

Auteurs

- **Claire-Marie BEST**

Docteur en Psychologie – Psychologue Clinicienne
Cabinet libéral
10 rue Marcel Allegot 92190 Meudon
France

Résumé

Les relations interpersonnelles peuvent faire souffrir intensément les humains et devenir des motifs fréquents de demandes d'aide en psychothérapie. L'engrenage des problématiques relationnelles peut-être d'une grande complexité car le comportement de chaque protagoniste est influencé par sa propre histoire d'apprentissage et ses facteurs de maintien. Catégoriser cette complexité sous forme de diagnostics tels que des troubles de la personnalité néglige les aspects cruciaux du contexte relationnel. Au contraire, l'analyse fonctionnelle individuelle et dyadique permet de repérer les processus impliqués, de comprendre la fonction d'un comportement dans un contexte donné et d'agir en profondeur pour permettre un possible changement comportemental valorisé, en direction de l'autre. Cet article se penche sur l'apport de la Science Contextuelle Comportementale pour aborder les problématiques interpersonnelles en s'appuyant sur le contextualisme fonctionnel (une philosophie qui permet de définir les objectifs thérapeutiques et la posture du praticien), sur la théorie des cadres relationnels (qui permet d'utiliser le langage pour envisager les liens symboliques opérants) et sur une application clinique ACT, pour construire des interventions de manière idiosyncrasique en psychothérapie individuelle ou de couple.

Mots clés : Science Contextuelle Comportementale - Relations interpersonnelles – Couple – Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) – Théorie des Cadres Relationnels (TCR)

Abstract

Interpersonal relationships can cause intense human suffering and are frequent reasons for seeking help in psychotherapy. Problematic interactions present a highly complex spiral in which each protagonist's behavior is influenced by his or her own learning history and consequences. Categorizing this complexity in the form of diagnoses such as personality disorders neglects the crucial aspects of the relational context. On the contrary, individual and dyadic functional analysis makes it possible to identify the processes involved, to understand the function of a behavior in a given context, and to act in depth to enable a possible valued behavioral change, in the direction of the other. This article looks at the contribution of Contextual Behavioral Science to the approach to interpersonal problems, based on functional contextualism (a philosophy that helps define therapeutic objectives and the practitioner's posture), relational framework theory (which enables language to be used to envisage operative symbolic links) and an ACT clinical application, to construct interventions in an idiosyncratic way in individual or couple psychotherapy.

Key words: Contextual Behavioral Science - Interpersonal relationships - Couples – Acceptance and Commitment Therapy (ACT) - Relational Frame Theory (RFT)

Introduction

Les humains ont du mal à vivre sans les autres. De nombreuses études montrent que les relations interpersonnelles jouent un rôle essentiel dans l'équilibre physique et psychologique (Cohen & Wills, 1985; Segrin & Taylor, 2007; Vila, 2021) au point que la solitude et l'isolement semblent associés à des maladies et à une mortalité prématurée (Holt-Lunstad & Steptoe, 2022; Smith et al., 2020; Valtorta et al., 2016).

La qualité de la relation aux autres est tout aussi importante. Une étude longitudinale menée à Harvard intitulée "The good life project" a permis d'observer 724 hommes sur une période de 75 ans pour explorer les critères relatifs au bonheur et à la qualité de vie (Waldinger & Schulz, 2023). Les résultats montrent que les liens amicaux et familiaux au sein d'une communauté entraînent une satisfaction subjective bien plus importante que le travail, la richesse matérielle ou le statut social élevé. Ce n'est pas l'absence totale de conflits qui caractérise la qualité des relations mais plutôt la capacité à compter sur les autres en cas de difficultés et à exprimer sa vulnérabilité en confiance (Maher & Cordova, 2019; Reis & Shaver, 1988). Le sentiment de proximité avec un proche s'avère également bénéfique pour gérer le stress, résoudre des problèmes et affronter les défis de la vie (Coan et al., 2006). Explorer la sensibilité et la disponibilité de l'autre aux demandes de proximité et d'intimité (Mikulincer & Shaver, 2019) revient à poser la question suivante: "Puis-je compter sur toi? Es-tu là pour moi?".

A l'inverse, les comportements interpersonnels instables peuvent avoir des répercussions négatives sur le bien-être

mental et physique, tels que la dépression, l'anxiété, l'isolement social et le stress (Gottman et al., 1998). Il n'est donc pas surprenant que les problèmes relationnels constituent un motif fréquent de demande en psychothérapie: rupture amoureuse, deuil, harcèlement, emprise, conflits, trouble du désir... Le couple est un type de relation interpersonnelle spécifique qui associe l'intimité et l'engagement (Sternberg, 1988), une union probablement utile dès l'aube des temps pour des raisons adaptatives de survie. La vie en couple continue à être largement plébiscitée de nos jours (Bergström, 2019) même si elle est souvent perturbée par des séparations, des déceptions, des conflits récurrents jusqu'à ce que, parfois, les partenaires se transforment en adversaires (Kempeneers, 2020). Les approches thérapeutiques qui proposent un accompagnement de couple sont nombreuses et variées, elles ciblent la qualité de la communication, de l'empathie ou de l'ajustement dyadique mais elles peinent à offrir un modèle théorique suffisamment puissant qui permette d'opérationnaliser des variables identifiées.

En partant des approches thérapeutiques actuelles qui se concentrent spécifiquement sur la relation à l'autre, nous explorerons comment la Science Contextuelle Comportementale (SCC) peut ouvrir de nouvelles perspectives pour comprendre et intervenir sur les problématiques interpersonnelles. Dans un second temps, nous évoquerons le comportement même d'"aimer" l'autre et nous présenterons les grandes lignes de la prise en charge de couple avec la thérapie d'acceptation et d'engagement, en tant qu'application cli-

nique des principes de la Science Contextuelle Comportementale.

Quel accompagnement thérapeutique pour les problématiques relationnelles?

Les approches fréquemment utilisées par les psychothérapeutes

Longtemps l'approche médicale et la catégorisation du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ont eu tendance à cataloguer la souffrance humaine en cas diagnostiques (troubles de la personnalité, anxiété sociale, deuil pathologique...), conduisant à une simplification excessive de la complexité des problèmes interpersonnels. Négligeant l'influence de multiples facteurs, tels que le contexte historique culturel et relationnel du patient, le DSM met l'accent sur les symptômes individuels plutôt que sur les facteurs environnementaux qui contribuent au maintien des difficultés interpersonnelles (Monestès & Baeyens, 2016). En effet, l'approche mécaniste qui sous-tend le modèle médical s'oppose à la compréhension de la fonction du comportement d'un individu comme "unité d'analyse" dans son contexte. La Thérapie Cognitive et Comportementale se positionne dans cette perspective médicale en faisant appel à des techniques thérapeutiques d'exposition graduée, de désensibilisation ou de restructuration des pensées jugées dysfonctionnelles avec pour objectif majeur la réduction des symptômes.

D'autres approches en psychothérapie font référence au contexte; c'est le cas de l'approche systémique qui considère la relation comme un système où les interactions entre les partenaires et leur environnement sont étudiées de manière globale

(Elkaïm, 2015; Nardone, 2016). D'autres thérapies sont fondées sur la théorie de l'attachement (Johnson et al., 2022; Weissman, 2020), sur la compassion (Gilbert, 2010), il existe aussi des approches centrées sur les traumas relationnels qui ciblent les situations d'abandon ou de négligences précoces (Pace, 2014; Shapiro, 2022)

Les processus comme ingrédients actifs du changement

Toutes ces approches, bien que validées pour la plupart en termes d'efficacité thérapeutique par le biais d'études randomisées et contrôlées, reposent souvent sur des concepts théoriques et des processus peu testés sur le plan scientifique. Les études qui mesurent l'efficacité des thérapies comparent les moyennes des sujets en pré-post intervention par rapport à un groupe contrôle. Elles ne renseignent pas sur le mouvement processuel du changement, ni sur la présence dynamique des médiateurs et modérateurs (Hofmann et al., 2020). Par exemple, les modèles internes opérants (MIO) définis par Bowlby dans la théorie de l'attachement (Bowlby, 1982) désignent l'ensemble des attentes envers les proches que l'enfant se construit progressivement sur base de ses premières expériences relationnelles. Ces MIO ont été critiqués pour leur aspect simplement descriptif, leur manque de précision et leur difficulté à être testés pour expliquer la complexité des problématiques relationnelles à l'âge adulte (Bosmans et al., 2020, 2022; Thompson, 2008). D'ailleurs, les auteurs de cette critique proposent une compréhension de l'attachement selon les théories de l'apprentissage et envisagent des interventions thérapeutiques comportementales chez l'adulte en fonction de conditionnements opérants et répondants.

Ces différentes manières d'appréhender les problématiques interpersonnelles amènent souvent les psychothérapeutes TCC à devenir "intégratifs" c'est-à-dire à cumuler différents modèles dans leur pratique pour acquérir de nouveaux "outils", donnant l'impression d'un patchwork sans couture. En d'autres termes, ils semblent manquer d'une théorie suffisamment puissante pour assembler les éléments du contexte individuel et dyadique de manière fonctionnelle sur le plan clinique et cohérente sur le plan scientifique.

Nous pensons qu'il est important de pouvoir se référer, d'une part, à une théorie scientifiquement éprouvée qui assure une grande précision, une large étendue d'application et une profondeur d'analyse et d'autre part, à une philosophie qui permet de définir une posture et un objectif thérapeutique pour répondre aux besoins du patient. Ces deux grands piliers sont garants du cadre de référence dans lequel chaque psychothérapeute problématise et envisage les techniques thérapeutiques "sur mesure" pour agir sur les processus et avancer vers les objectifs définis. Connaître la théorie en profondeur est un préalable à la pratique pour orienter ce que l'on fait "directement en séance, en face du patient".

La science contextuelle comportementale (SCC) permet cette approche globale en se basant premièrement sur une philosophie: le contextualisme fonctionnel, deuxièmement sur une théorie du langage et de la cognition: la théorie des cadres relationnels (TCR) et troisièmement, sur plusieurs applications cliniques: la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT; Hayes et al., 1999 ; Luoma et al., 2007; Monestès & Villatte, 2011), la Thérapie basée sur les Processus (PBT; Hayes &

Hofmann, 2018), la Thérapie Fonctionnelle Analytique (FAP; Kanter et al., 2010). Les techniques thérapeutiques ciblent les processus actifs révélés par les études expérimentales (Rogge et al., 2019), elles-mêmes éprouvées sur le plan clinique dans un dialogue constant entre la recherche et la pratique (Gloster et al., 2020 pour une méta-analyse). Cette dynamique nous permet d'appliquer de plus en plus finement la théorie des cadres relationnels dans une pratique clinique, large et variée (Villatte et al., 2015).

[Apport de la science contextuelle comportementale](#)

Le contextualisme fonctionnel comme philosophie

Le contextualisme fonctionnel permet de définir la posture du psychothérapeute et de préciser l'objectif thérapeutique de manière cohérente. L'unité d'analyse est la fonction du comportement dans son contexte c'est à dire qu'un même comportement peut avoir une fonction différente selon le contexte. Par exemple si je fronce les sourcils lorsque j'écoute mon conjoint c'est parce qu'il me met en colère (contexte 1) ou bien c'est parce je suis très attentive au contenu de son récit (contexte 2). Froncer les sourcils n'a pas la même fonction dans chacun des contextes et l'interprétation de ce comportement peut entraîner un risque d'erreur d'attribution (Hooper et al., 2015).

Le contextualisme fonctionnel normalise la souffrance humaine vécue dans la relation à l'autre; les émotions ou pensées désagréables ne sont pas considérées comme des ennemies mais comme des évé-

nements psychologiques qui font partie de l'expérience interpersonnelle.

De ce fait, dans le cadre de la Science contextuelle comportementale, l'objectif thérapeutique n'est pas de réduire les événements psychologiques désagréables mais d'augmenter la fréquence des comportements engagés vers des directions valorisées, c'est à dire d'aligner les comportements aux valeurs que le patient définit lui-même.

Le contextualisme fonctionnel s'appuie sur un critère de vérité d'ordre pragmatique : ce qui fonctionne est ce qui est utile au patient, c'est à dire ce qui lui sert à donner du sens dans sa vie, quitte à traverser des moments pénibles. L'objectif thérapeutique vise une plus grande flexibilité psychologique permise par la posture du thérapeute qui accueille et encourage l'observation des comportements, émotions, pensées, sensations puis qui aide le patient à agir vers un changement comportemental fonctionnel selon le contexte. La relation thérapeutique permet de collaborer pour augmenter la flexibilité plutôt que de lutter contre des symptômes.

L'exemple de l'intimité : Aimer est un comportement

L'intimité nous permet de nous connecter à un niveau profond, de partager nos pensées, nos sentiments, nos désirs et nos préoccupations, ce qui favorise un sentiment de proximité et de compréhension mutuelle. Plus la relation est intime plus elle est susceptible d'avoir du sens et d'activer des émotions intenses. Généralement quand on parle d'amour, on parle d'expériences émotionnelles agréables or il semble que la recherche d'émotions positives (être heureux en amour) au lieu d'un engagement valorisé

(être actif dans sa relation intime) entraîne de l'insatisfaction et de la souffrance (Dahl et al., 2014). En réalité, chercher à se sentir bien dans la relation amoureuse est plus insatisfaisant qu'agir dans le sens de cette relation. En effet, d'autres études montrent que l'engagement dans des actions valorisées, plutôt que la recherche d'un apaisement émotionnel ou le fait de sentir ses besoins comblés, augmente la probabilité de s'épanouir dans la relation (Mauss et al., 2011, 2012).

Une question récurrente porte sur la distinction entre les valeurs et les besoins (Dahl et al., 2014). Les besoins fondamentaux humains représentent les conditions essentielles nécessaires à la survie et à l'épanouissement des individus, tandis que les valeurs consistent en des orientations et des idéaux qui guident les choix et les actions. Les valeurs ont le pouvoir d'influer sur la manière dont les besoins fondamentaux sont plus ou moins comblés.

Pour illustrer certains points théoriques sur le plan clinique, nous décrirons l'interaction du couple Julien et Karine sous forme de plusieurs vignettes cliniques pour accompagner le lecteur au fur et à mesure de l'article.

Vignette clinique : Karine éprouve un certain malaise lorsque son conjoint Julien part en voyage professionnel. Elle ressent une forte anxiété liée à la perspective d'être seule et éprouve le besoin d'être rassurée par de nombreux textos. Julien effectue de fréquents déplacements chaque mois, ce qui accentue la souffrance de Karine et génère des conflits. Un psychothérapeute peut aider Karine à réduire son stress de manière mécaniciste (TCC)

ou bien considérer que son émotion fait partie de son expérience et l'aider à agir vers ses valeurs en se connectant à la qualité de sa relation avec Julien (SCC).

Bien sûr, se comporter de manière engagée vers l'autre ne veut pas dire accepter de subir le martyr ou s'auto-sacrifier mais plutôt avancer vers un horizon commun appétitif. Une exploration des valeurs qui sous-tendent l'engagement vers l'autre révélera quand quitter une relation malsaine et comment en créer une plus satisfaisante.

Pour la science contextuelle comportementale "aimer" est considéré comme un comportement qui implique souvent des gestes concrets comme des actes de gentillesse, de générosité, de soutien, d'attention et de soins altruistes (McKay et al., 2012). Donc, plutôt qu'un état émotionnel fluctuant, le comportement amoureux est « une action en contexte ». Il n'en reste pas moins que parler de la relation amoureuse nécessite de labelliser des émotions, des sensations, des pensées, de faire des liens avec ces expériences intérieures et de les nommer en faisant appel au langage. La théorie des cadres relationnels permet de comprendre en quoi les contingences influencent le comportement d'aimer et comment le langage qui relie des stimuli entre eux peut les transformer (Hayes et al., 2005).

Une théorie scientifique du langage et de la cognition: La théorie des cadres relationnels

Le fondement scientifique de la SCC est l'Analyse du Comportement, elle-même développée par Skinner (Hayes et al., 2017). Cette dernière repose sur l'idée que les comportements sont influencés par l'environnement dans lequel ils se produisent.

L'objectif principal est de comprendre comment les comportements se développent, se maintiennent et peuvent être modifiés en tant qu'opérants. Les individus « opèrent » sur leur environnement par des comportements qui sont influencés par des antécédents et des conséquences, déterminant la probabilité ou non que les réponses se reproduisent (Skinner, 1953). Skinner a reçu des critiques sur la faiblesse de sa théorie quant aux comportements verbaux, indispensables au développement et au maintien des relations interpersonnelles. Depuis plus de trente ans, la Théorie des Cadres Relationnels (Dymond & Roche, 2013; Hayes et al., 2005) apporte une nouvelle pierre à l'édifice en cherchant à comprendre le langage et les processus cognitifs à partir d'une perspective comportementale: L'apprentissage relationnel.

Le petit humain apprend à relier un grand nombre d'éléments, des mots avec d'autres mots (par exemple, "Paul" et "papa"), mais aussi des mots avec des sensations ("papa" et une sensation de réconfort), des mots avec des images (le mot "papa" et le visage du père), des images avec des sensations (le col de chemise du père et l'odeur d'un parfum boisée), des actions avec des émotions (raconter des blagues et l'émotion de joie) etc. La spécificité de cet apprentissage implique de répondre à des stimuli qui ne sont pas directement présents mais dérivés arbitrairement, par exemple: "Les parfums boisés sont masculins". Il s'agit d'une "réponse relationnelle dérivée arbitrairement applicable" qui suggère que lorsque les personnes réagissent à des stimuli dans l'environnement (à la fois interne et externe), elles ne répondent pas seulement aux caractéristiques formelles du stimulus (les caractéristiques qui peuvent être vues, entendues,

touchées, goûtées et/ou senties), mais aussi aux caractéristiques du stimulus qui sont arbitrairement reliées et verbalement dérivées (symboliques).

Du point de vue de la TCR, la capacité des êtres humains à établir des relations entre les événements explique ce que l'on appelle la pensée, le raisonnement, les souvenirs, etc... La manière dont les stimuli sont reliés entre eux s'organise selon différents connecteurs que la TCR définit sous forme de "cadrages": d'équivalence: "S1 est égal à S2 ", de distinction: "S1 est différent de S2"; de comparaison: "S1 est plus grand ou plus petit que S2", d'opposition "S1 est l'inverse de S2", de hiérarchie "S2 fait partie de S1" et d'autres encore. De ce fait, le langage peut contribuer au maintien de certains comportements (Hayes & Hayes, 2015). Par exemple, Martin a peur de rencontrer des femmes et évite de croiser leur regard quand c'est le cas ; il dit qu'il est trop laid. Le langage crée une relation d'équivalence entre "moi, Martin" = "laid" qui peut agir de manière opérante (Hayes et al., 2021). Pour éviter de se sentir laid comme les fois précédentes, Martin va encore et encore détourner son regard de celui des femmes. Le langage, par la relation symbolique qu'il crée, influence le comportement de Martin.

Un cadrage particulièrement intéressant dans la relation à l'autre est le cadrage déictique qui permet de relier les stimuli de la manière suivante : « je/ici/maintenant » et « toi/là-bas/à un autre moment » créant une prise de perspective temporelle, spatiale et interpersonnelle. Ce cadrage permet d'envisager la perspective de l'autre en partant de son propre point de vue (Je) et de faire des relations entre les différents points de vue temporels et spatiaux pris par soi-même et

par l'autre. Par exemple, grâce au langage, en partant de ma propre observation, ici et maintenant, JE peux faire le lien avec ce que TU as pu vivre à un autre moment et dans un autre endroit.

La TCR décrit également les propriétés qui sous-tendent l'apprentissage relationnel: l'implication mutuelle, l'implication combinatoire et la transformation des fonctions du stimulus. Le premier processus de réponse relationnelle dérivée, l'implication mutuelle, fait simplement référence au fait que si le stimulus A est lié au stimulus B dans un contexte donné, alors B est lié à A dans ce même contexte. Par exemple, si je remarque que la relation à ma collègue est moins intime que la relation que j'ai avec ma soeur, l'implication mutuelle nous permet de déduire que la connexion avec ma soeur est plus intime qu'avec ma collègue. Le deuxième processus de réponse relationnelle dérivée, l'implication combinatoire, fait référence au fait que si une personne apprend que le stimulus A est relié au stimulus B et que le stimulus B est relié au stimulus C, alors le stimulus A est mutuellement relié au stimulus C (et C avec A) dans un contexte donné. Dans l'exemple qui précède, si la relation avec ma collègue est moins intime que celle que j'ai avec ma soeur et plus intime qu'avec un commerçant, on dira également que la connexion avec ma collègue est plus intime que celle avec un commerçant. Enfin, la transformation de fonction se produit chaque fois qu'une relation dérivée est établie entre des stimuli. Lorsque deux stimuli sont liés, les fonctions de chaque stimulus, directement ou non acquises, sont transformées en fonction du stimulus auquel elles sont liées: "Lundi dernier, je me suis confiée à ma collègue comme à une sœur". Je transferts arbitrairement les caractéristiques attribuées à

l'intimité partagée avec ma sœur à ma collègue. C'est parfois tellement évident qu'on ne se rend pas compte que le langage fait partie de notre connaissance du monde et nous permet de relier des stimuli sans expérience directe.

Dans les réseaux relationnels plus vastes, les fonctions de tous les stimuli impliqués sont transformées. Dans la plupart des situations, l'individu qui a une certaine expérience de l'intimité et qui a également acquis ce réseau verbal, se comporte sous le contrôle de contingences agissant directement et/ou dérivées verbalement. La recherche sur la TCR a également montré qu'une fois formés, les réseaux relationnels sont très difficiles à déconstruire (Gomez et al., 2002) et que les tentatives verbales de déconstruction ne font qu'étendre le réseau relationnel (Hayes et al., 1999). Les tentatives de modification du réseau deviennent elles-mêmes une partie du réseau relationnel et le nourrissent sans fin.

Les humains peuvent ainsi symboliser et comprendre leur passé et leur environnement présent de manière appétitive ("L'idée de partir en vacances avec ma compagne me réjouit") ou aversive ("Ma collègue m'a trahie alors que je l'ai considérée comme une sœur"). De manière générale, les humains n'aiment pas souffrir et organisent leurs comportements pour éviter le plus possible la souffrance physique ou psychologique. Le processus par lequel un individu tente de modifier, de manipuler ou d'éliminer la forme, la fréquence ou l'intensité d'une expérience désagréable est appelé "évitement expérientiel" (Hayes et al., 1996). Prenons l'exemple d'un patient qui a du mal à s'engager dans une relation et qui ne va pas évoquer l'abus sexuel dont il a été victime car la relation est bidirec-

tionnelle : parler de l'abus acquiert les fonctions de l'abus lui-même (Friman et al., 1998; Hayes et al., 2005). Le patient évitera donc de parler de l'abus pour ne pas être au contact de tous les événements psychologiques intrinsèquement réactivés. Relier des stimuli entre eux est alors considéré comme un opérant: une pensée ou une sensation peuvent devenir appétitives ou aversives selon le contexte (Hayes et al., 2021).

Comment la science contextuelle comportementale propose-t-elle au psychologue de conceptualiser la problématique d'un patient qui souffre dans sa vie relationnelle ?

Conceptualisation des problématiques relationnelles

Analyse fonctionnelle individuelle

Lorsqu'ils consultent individuellement pour évoquer leur souffrance relationnelle, les patients décrivent souvent l'autre comme responsable de leur mal-être sous forme d'une longue liste de reproches et de déceptions. Cette vision causale ne prend pas en compte l'ensemble des contingences et des comportements de chacun. L'analyse fonctionnelle est alors indispensable pour prendre la mesure de ce qui se passe pour le patient: Comment a-t-il appris à se comporter lorsque les comportements d'autrui viennent l'activer ? Quelle est la fonction de son comportement ? Que fait-il pour éviter de souffrir ? Quelles sont les conséquences à court terme de son comportement sur sa vie relationnelle ? A long terme ?

L'analyse fonctionnelle utilise des évaluations idiographiques pour comprendre l'histoire et le contexte dans lequel un comportement apparaît, notamment en identifiant la relation fonctionnelle entre les

variables qui causent et maintiennent la répétition de ce comportement (Haynes & O'Brien, 2000; Hofmann & Hayes, 2019). Une grille répertoriant les processus dynamiques doit alors tenir compte du lien entre plusieurs facteurs : la fonction d'un comportement dans un contexte donné (unité d'analyse), l'identification des sources de motivation qui donne du sens, l'identification des variables contextuelles c'est à dire des stimuli discriminatifs internes ou externes, l'identification des antécédents et des conséquences participant au maintien du comportement. La SCC se réfère à la grille d'analyse des trois termes (contingences ABC), c'est à dire à l'ensemble du processus contingencé et pas seulement au comportement. Par exemple, si mon conjoint se montre affectueux (A) et que je lui souris (B) il est probable que la conversation continue agréablement mais s'il se montre agacé et de mauvaise humeur (A) et que je lui souris (B), il risque de s'énerver encore davantage (C). Les processus s'activent au fur et à mesure tout au long de la thérapie (Dahl, 2014 ; Wilson, 2009), leur analyse s'actualise en permanence dans un va et vient constant entre la connaissance théorique à laquelle se réfère le psychothérapeute et ce qui est proposé au patient dans l'instant (questions, exercices, métaphores...). C'est cette formulation au cas par cas qui assure le façonnement comportemental progressif du patient vers le changement fonctionnel, c'est à dire l'engagement vers des actions valorisées qui donnent du sens et de la cohérence.

L'Analyse fonctionnelle dyadique du couple

On sait depuis longtemps que la détresse du couple implique à la fois des processus intra-personnels et inter-personnels

(Gurman & Fraenkel, 2002). La SCC dans laquelle s'inscrivent l'ACT et la TCR suggère que toutes les difficultés du couple sont liées aux processus sous-jacents du langage qui crée des relations dérivées arbitraires, c'est à dire de la fusion, de l'évitement expérientiel et l'éloignement des valeurs.

Une analyse fonctionnelle dyadique va prendre en compte le contexte de la relation et tenter de comprendre les contingences qui entraînent les partenaires dans une spirale infernale.

***Vignette clinique** : Karine redoute que Julien parte en déplacement, elle a besoin d'être rassurée et l'appelle de nombreuses fois par jour. Julien désire s'engager pleinement dans son travail, il craint de ne pas être à la hauteur, il ne parvient pas à refuser certains déplacements. En téléphonant à Julien, Karine cherche à apaiser la souffrance d'être négligée. En acceptant tous les déplacements, Julien cherche à apaiser la souffrance de ne pas être à la hauteur des exigences professionnelles. Julien est excédé par les appels de sa compagne: « Elle ne me soutient pas, elle n'est pas là pour moi ». Karine est excédée par les départs répétés de Julien : « Il ne me considère pas, il n'est pas là pour moi ». Le comportement de l'un devient un stimulus déclencheur pour l'autre (antécédents) considéré dans ce cas comme une menace. Chaque comportement a pour fonction un évitement expérientiel protecteur qui procure un soulagement temporaire à court terme (réassurance) et en même temps, ces mêmes comportements créent un éloignement à long terme de*

leurs valeurs communes (soutien mutuel et partage).

En partant de la conceptualisation de cas sur les problématiques interpersonnelles selon les principes de SCC, nous proposons d'introduire l'application clinique ACT de la prise en charge de couple.

[La thérapie ACT pour engager des comportements valorisés vers l'autre](#)

ACT et Couple

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une approche basée sur les processus (Levin et al., 2014), elle s'inscrit au sein de la science contextuelle comportementale (Zettle et al., 2016). Jusqu'à récemment, ACT a plutôt mis l'accent sur le développement de stratégies individuelles pour augmenter la flexibilité psychologique mais depuis quelques années, plusieurs ouvrages ont abordé la question de la prise en charge des couples (Lawrence et al., 2022; Lev & McKay, 2017)

Des études s'interrogent également sur l'impact interpersonnel d'ACT, par exemple, il est montré que lorsque la flexibilité psychologique augmente chez chacun des partenaires, le fonctionnement relationnel s'améliore (Daks & Rogge, 2020). L'approche ACT a pour objectif général d'augmenter la flexibilité psychologique et utilise l'hexaflex comme guide thérapeutique, à l'aide de 6 processus : défusion, acceptation, contact avec le présent, prise de perspective, valeurs et engagement.

Avigail Lev et Matthew McKay (2017) ont développé la thérapie d'acceptation et d'engagement pour les couples. L'originalité de cette approche réside dans le fait qu'elle prend en compte les processus

mutuels de la relation en travaillant sur la défusion de fonctionnement intérieurs rigides (fusion à des schémas dysfonctionnels) qu'il s'agit de flexibiliser en créant une extinction comportementale grâce à de nouveaux comportements valorisés (et de nouvelles conséquences appétitives). La fusion est définie comme une relation rigide entre un individu et ses propres pensées (définition de soi, injonctions sociales/rôles/règles éducatives).

L'ACT/TCR suggère qu'une grande partie des comportements interpersonnels problématiques ont pour fonction un évitement expérientiel. L'évitement se manifeste au niveau intra-personnel et interpersonnel. La plupart des psychothérapeutes ont déjà rencontré des couples dans lesquels l'un des partenaires tente de contrôler les sentiments ou les pensées de l'autre: "Arrête de ressentir ce que tu ressens pour que je n'aie pas à ressentir ce que je ressens!" (Hayes et al., 1999). A l'inverse, l'acceptation est le processus qui encourage la volonté d'expérimenter les pensées, les souvenirs, les sensations et les comportements tels qu'ils sont, et non tels que la pensée le dit, au service des valeurs.

La prise de perspective est une pierre angulaire de la thérapie de couple, ce processus est impliqué dans les compétences empathiques (Vilardaga, 2009; Vilardaga et al., 2012) notamment pour envisager une défusion avec la représentation rigide du partenaire (par exemple: "Ma conjointe est quelqu'un de têtue et jalouse"). Envisager l'autre comme contexte nécessite de le considérer comme un potentiel observateur de ce qui se passe en lui, sous le contrôle des contingences. Cet aspect fait le lien avec la théorie de l'esprit qui permet d'accéder à la perspective d'autrui à

partir de son propre point de vue (Barnes-Holmes et al., 2004 ; Villatte et al., 2009).

Au fur à mesure, chacun prend conscience progressivement de ses propres dérivations symboliques et s'expose volontairement à tout type d'expérience, y compris désagréable, pour avancer avec ses propres valeurs personnelles en direction du couple. Les partenaires passent alors d'une posture antagoniste à une possible alliance collaborative. Chacun va être amené à repérer ses propres mouvements comportementaux dans le contexte situationnel de l'interaction mais aussi au travers des relations symboliques qui s'opèrent pour chacun d'entre eux.

Travailler sur la relation à soi pour changer la relation à l'autre

La conceptualisation ACT/TCR des difficultés relationnelles tient compte de la perspective de soi et de la perspective de l'autre. Nous pouvons aider le patient à examiner à la fois la façon dont il prend le point de vue des autres ET la manière dont il s'observe lui-même dans l'interaction. Le travail sur la rigidité des représentations du soi-concept et de l'autre-concept (Barnes-Holmes et al., 2001), les comportements d'évitement expérientiel, la fusion avec les dérivations symboliques apprises dans son histoire, la perte de contact avec le moment présent dans les situations de connexion/déconnexion à l'autre, l'éloignement progressif à long terme amènent les patients à prendre conscience de la fonction de leur comportement dans leur contexte spécifique.

Ce travail individuel vise à accroître un sens de soi flexible (Hayes et al., 2020), notamment dans le contexte de la relation à l'autre. La TCR permet d'effectuer un tra-

vail en profondeur avec le patient en utilisant le cadrage déictique associé au cadrage hiérarchique, mentionnés précédemment, que l'on nomme « le JE DEICTIQUE » (Foody et al., 2015 ; Gil-Luciano et al., 2017). Le psychothérapeute va aider le patient à observer ses propres expériences à partir d'une partie de lui-même, stable et présente depuis le début de sa vie. A partir de cette partie de soi qui observe (cadrage hiérarchique), le patient peut accéder à une perspective interpersonnelle (Je/vous), temporelle (Maintenant/à un autre moment) et spatiale (Ici/là-bas) (Luciano, 2017).

***Vignette clinique** : le « Je déictique » peut permettre à Karine de faire un voyage dans le temps et l'espace et se mettre au contact de sa première expérience désagréable de séparation à l'école quand elle avait 3 ans (Ici/Maintenant/J'observe l'enfant de 3ans/A l'époque/Dans la cour de l'école). Julien peut mettre en contact la partie de lui qui observe avec un « je » futur qui prend le risque de refuser un voyage professionnel (Julien futur/dans deux mois/devant son chef).*

La conscience progressive des mouvements contingencés de manière complexe et symbolique permet d'initier de nouveaux comportements éclairés par les valeurs (transformation de fonction) et génère de nouvelles conséquences, de nouveaux contextes individuels et collectifs entre les partenaires. La possibilité de partager et de vivre de nouvelles expériences, seuls et ensemble, en direction du couple renforce le dévoilement et l'intimité dans un contexte de sécurité émotionnel permis par le cadre thérapeutique.

Conclusion

La Science Contextuelle Comportementale offre une perspective pour considérer les comportements relationnels dans un travail thérapeutique « en profondeur » en se référant à un fondement scientifique qui tient compte de l'histoire des apprentissages de l'individu, de l'histoire d'apparition et de maintien des comportements problématiques et des relations symboliques construites grâce au langage.

Le défi actuel des thérapies basées sur les processus est de contribuer à la compréhension fine des mécanismes en action. Autrement dit, il s'agit de comprendre la récurrence de certains processus chez un grand nombre d'individus, non pas en étudiant la souffrance psychologique sous forme de moyennes globales mais en observant les ingrédients communs processuels d'un grand nombre d'individus, cas par cas, basés sur le cumul des données idiographiques. La science contextuelle comportementale offre un cadre scientifique cohérent pour aborder la complexité contextuelle des problèmes interpersonnels, notamment en favorisant la flexibilité psychologique et les comportements engagés. Une conceptualisation spécifique à chaque patient et/ou couple, se référant à la TCR comme théorie

scientifique du langage et de la cognition, au contextualisme fonctionnel comme philosophie permet au thérapeute de travailler sur des processus identifiés et validés au moment même de l'entretien, voire de construire des outils sur-mesure au cas par cas, de manière idiosyncrasique (Hofmann & Hayes, 2019).

La connaissance sur la relation à soi est maintenant bien documentée selon ACT et la TCR (Hayes et al., 2020; McHugh et al., 2019; McHugh & Stewart, 2012). En revanche, la spécificité de la relation à l'autre dans différents contextes collectifs (travail, couple, famille, groupe) sous l'angle de la TCR n'est pas encore très développée : il manque des études scientifiques sur l'articulation mutuelle des processus individuels et dyadiques que l'on pourrait nommer « le sens flexible de l'autre ». Sans doute la possibilité d'évaluer ces derniers de manière écologique et répétée, par exemple au travers d'une méthode de cas uniques expérimentaux (SCED), pourrait contribuer à une connaissance affinée sur le sujet.

Références

- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Dymond, S. (2001). Self and self-directed rules. In Relational frame theory : A post-Skinnerian account of human language and cognition. *Kluwer Academic*.
- https://doi.org/10.1007/0-306-47638-X_7
- Barnes-Holmes, Y., McHugh, L., & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking and Theory of Mind : A relational frame account. *The Behavior Analyst Today*, 5(1), 15-21.
- <https://doi.org/10.1037/h0100133>
- Bergstrom, M. (2019). Les nouvelles lois de l'amour: sexualité, couple et rencontres au temps du numérique. *La découverte*.
- <https://doi.org/10.3917/dec.bergs.2019.01>
- Bosmans, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vervliet, B., Verhees, M., & van IJzendoorn, M. H. (2020). A learning theory of attachment : Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 113, 287-298.
- <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.014>
- Bosmans, G., Van Vlierberghe, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Kobak, R., Hermans, D., & van IJzendoorn, M. H. (2022). A Learning Theory Approach to Attachment Theory : Exploring Clinical Applications. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(3), 591-612.
- <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00377-x>
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss : Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Coan, J. A., Schaefer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). Lending a Hand : Social Regulation of the Neural Response to Threat. *Psychological Science*, 17(12), 1032-1039.
- <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01832.x>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Dahl, J., Stewart, I., Martell, C. R., & Kaplan, J. S. (2014). ACT and RFT in relationships : Helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory. *New Harbinger Publications*.
- <https://doi.org/10.1080/07317107.2015.1035993>
- Daks, J. S., & Rogge, R. D. (2020). Examining the correlates of psychological flexibility in romantic relationship and family dynamics : A meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 214-238.
- <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.010>
- Dymond, S., & Roche, B. (2013). Advances in relational frame theory : Research and application. *New Harbinger Publications*.
- Elkaïm, M. (2015). Si tu m'aimes, ne m'aime pas. Une approche systémique des psychothérapies des familles et couples. *Essai Point*.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Rai, L., & Luciano, C. (2015). An empirical investigation of the role of self, hierarchy, and distinction in a common act exercise.

- The Psychological Record*, 65, 231-243.
- Friman, P. C., Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of applied Behavior analysis*, 31(1), 137-156.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1901/jaba.1998.31-137>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Routledge.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.4324/9780203851197>
- Gil-Luciano, B., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., & Suárez-Falcón, J. C. (2017). Promoting Psychological Flexibility on Tolerance Tasks: Framing Behavior Through Deictic/Hierarchical Relations and Specifying Augmental Functions. *The Psychological Record*, 67(1), 1-9.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s40732-016-0200-5>
- 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://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gomez, S., Barnes-Holmes, D., & Luciano, M. C. (2002). Generalized break equivalence II: Contextual control over a generalized pattern of stimulus relations. *The Psychological Record*, 52, 203-220.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting Marital Happiness and Stability from Newlywed Interactions. *Journal of Marriage and Family*, 60(1), 5-22.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/353438>
- Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family process*, 41(2), 199-260.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41204.x>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2005). Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. *Springer Science & Business Media*.
[https://doi.org/10.1016/S0065-2407\(02\)80063-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2407(02)80063-5)
- Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (2015). Verbal relations and the evolution of behavior analysis. In *The Act in Context* (p. 158-185). Routledge.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.47.11.1383>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
<https://doi.org/10.1080/07317107.2018.1522153>
- Hayes, S. C., Law, S., Assemi, K., Falletta-Cowden, N., Shamblin, M., Burleigh, K., Olla, R., Forman, M., & Smith, P. (2021). Relating is an operant: A fly over of 35 years of RFT research. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 12(1), 5-32.
<https://doi.org/10.18761/PAC.2021.v12.RFT.02>
- Hayes, S. C., Law, S., Malady, M., Zhu, Z., & Bai, X. (2020). The centrality of sense of self in psychological flexibility processes: What the neurobiological and psychological correlates of psychedelics suggest. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 30-38.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.005>

- Hayes, S. C., Sanford, B. T., & Chin, F. T. (2017). Carrying the baton : Evolution science and a contextual behavioral analysis of language and cognition. *Journal of contextual behavioral science*, 6(3), 314-328. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.01.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. *Guilford press New York*.
- 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), 1152-1157. <https://awspntest.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). Principles and practice of behavioral assessment. *Springer Science & Business Media*.
- Hofmann, S. G., Curtiss, J. E., & Hayes, S. C. (2020). Beyond Linear Mediation : Toward A Dynamic Network Approach to Study Treatment Processes. *Clinical psychology review*, 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.10.1824>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). Functional analysis is dead : Long live functional analysis. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 63-67. <https://doi.org/10.1177/2167702618805513>
- Holt-Lunstad, J., & Steptoe, A. (2022). Social isolation : An underappreciated determinant of physical health. *Current Opinion in Psychology*, 43, 232-237. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.012>
- Hooper, N., Erdogan, A., Keen, G., Lawton, K., & McHugh, L. (2015). Perspective taking reduces the fundamental attribution error. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 69-72. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jcbs.2015.02.002>
- Johnson, S. M., Wiebe, S. A., & Allan, R. (2022). Emotionally Focused Couple Therapy. *Clinical Handbook of Couple Therapy*. *Guilford Publications*.
- Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R. J. (2010). The practice of functional analytic psychotherapy. *Springer*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/978-1-4419-5830-3>
- Kempeneers, P. (2020). Aider les couples à améliorer leur fonctionnement grâce aux méthodes cognitivo-comportementales. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 25(2).
- Lev, A., & McKay, M. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Couples : A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships. *New Harbinger Publications*.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Luciano, C. (2017). The self and responding to the own's behavior. Implications of coherence and hierarchical framing. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17(3), 267-275.

- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists (p. xi, 304). *New Harbinger Publications*.
- McKay, M., Lev, A., & Skeen, M. (2012). Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems: Using mindfulness, acceptance, and schema awareness to change interpersonal behaviors. *New Harbinger Publications*.
- Maher, E. L., & Cordova, J. V. (2019). Evaluating equanimity: Mindfulness, intimate safety, and relationship satisfaction among meditators. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 8*(2), 77-83.
- Mauss, I. B., Savino, N. S., Anderson, C. L., Weisbuch, M., Tamir, M., & Laudenslager, M. L. (2012). *The pursuit of happiness can be lonely. Emotion, 12*(5), 908-912.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0025299>
- Mauss, I. B., Tamir, M., Anderson, C. L., & Savino, N. S. (2011). Can seeking happiness make people unhappy? Paradoxical effects of valuing happiness. *Emotion, 11*(4), 807-815.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022010>
- McHugh, L., & Stewart, I. (2012). The self and perspective taking: Contributions and applications from modern behavioral science. New Harbinger Publications.
- McHugh, L., Stewart, I., & Almada, P. (2019). A contextual behavioral guide to the self: Theory and practice. *New Harbinger Publications*.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology, 25*, 6-10.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.copsy.2018.02.006>
- 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.
- Nardone, G. (2016). Corrige-moi si je me trompe: Stratégies de communication pour dénouer les conflits de couple. Enrick B. éditions.
- Pace, P. (2014). Pratiquer l'ICV - L'Intégration du Cycle de la Vie. Dunod.
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions (p. 367-389). John Wiley & Sons.
- Rogge, R. D., Daks, J. S., Dubler, B. A., & Saint, K. J. (2019). It's all about the process: Examining the convergent validity, conceptual coverage, unique predictive validity, and clinical utility of ACT process measures. *Journal of Contextual Behavioral Science, 14*, 90-102.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jcbs.2019.10.001>
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 43*(4), 637-646.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2007.01.017>
- Shapiro, F. (2022). Manuel d'EMDR: Principes, protocoles, procédures (2e édition). Dunod.
- Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior. Macmillan.
- Smith, K. J., Gavey, S., Riddell, N. E., Kontari, P., & Victor, C. (2020). The

- association between loneliness, social isolation and inflammation : A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 112, 519-541.
- <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.02.002>
- Sternberg, R. J., & Barnes, M. L. (1988). *The psychology of love*. Yale University Press.
- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development : Familiar questions, new answers. In *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed (p. 348-365). The Guilford Press.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke : Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009-1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- Vila, J. (2021). Social Support and Longevity : Meta-Analysis-Based Evidence and Psychobiological Mechanisms. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.717164>
- Vilardaga, R. (2009). A Relational Frame Theory account of empathy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2), 178-184. <https://doi.org/10.1037/h0100879>
- Vilardaga, R., Estévez, A., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2012). Deictic relational responding, empathy, and experiential avoidance as predictors of social anhedonia : Further contributions from relational frame theory. *The Psychological Record*, 62, 409-432. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF03395811>
- Villatte, M., Monestès, J.-L., McHugh, L., & i Baqué, E. F. (2009). L'étude de la Théorie de l'Esprit au sein de la Théorie des Cadres Relationnels : Une revue de la littérature sur les réponses relationnelles déictiques. *Acta comportamentalia: revista latina de análisis del comportamiento*, 17(1), 117-136.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation : Language as intervention*. Guilford Publications.
- Waldinger, R., & Schulz, M. M. D. (2023). *The Good Life*. Éditions Leduc.
- Weissman, M. M. (2020). Interpersonal Psychotherapy : History and Future. *Am J Psychother*, 73(1), 3-7. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190032>
- Wilson, K. G. (2009). *Mindfulness for two : An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Biglan, A. (2016). *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*.