

Les interventions basées sur la pleine conscience

MBI: Mindfulness Based Interventions

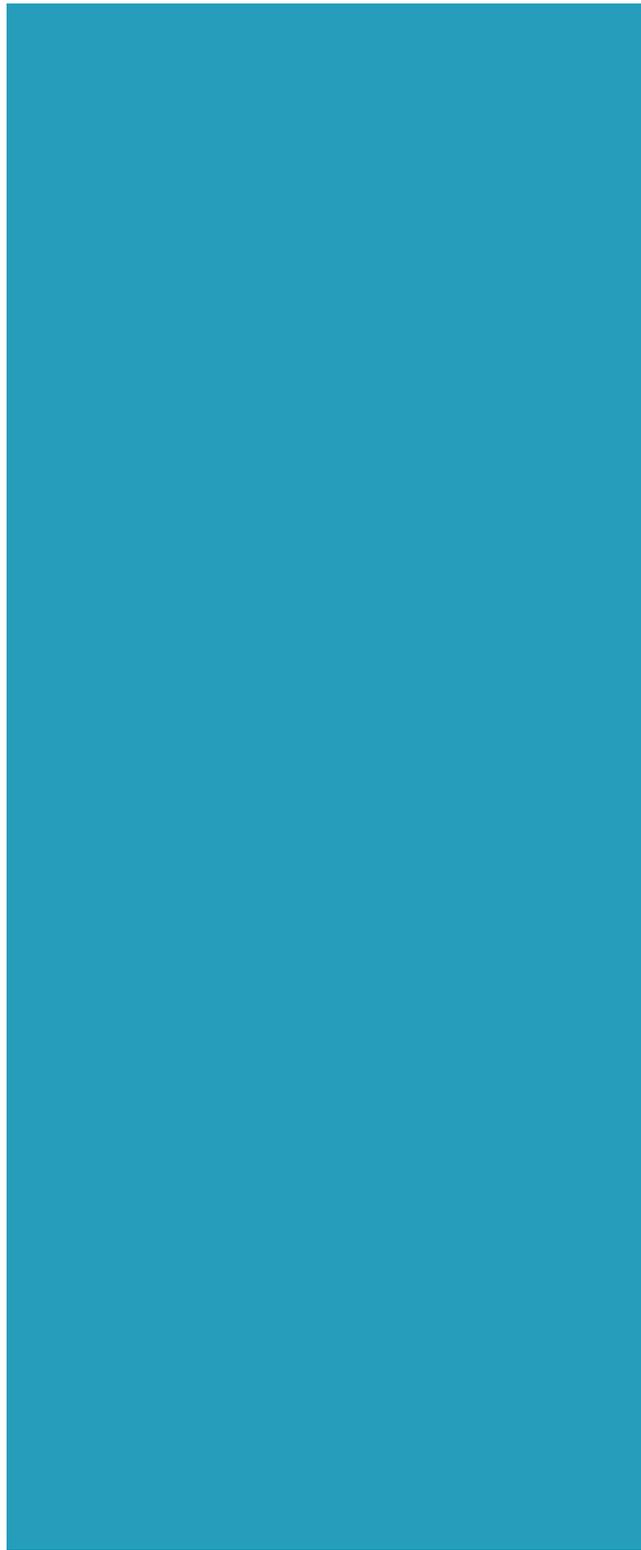
un mini-guide de pratique

première édition

2
0
1
9

Andréanne Elie
Sébastien Nguyen
Thanh-Lan Ngô

Éditeur: Thanh-Lan Ngô-psychopap



Éditeur: Thanh-Lan Ngô – psychopap
Montréal, QC, Canada
2019

ISBN 978-2-925053-05-7

Dépôt légal 3^e trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2019

Bibliothèque et Archives Canada 2019

1^{re} édition

Les interventions basées sur la pleine conscience : Un mini guide de pratique

Dre Andréanne Elie^{a,b,c}, MD, FRCPC,
Dr Sébastien Nguyen^{b,c}, PhD, psychologue,
et
Dre Thanh-Lan Ngô^{a,d}, MD, FRCPC

Résumé

La pleine conscience est un mode d'attention caractérisé par l'ouverture, l'acceptation et favorisant une meilleure capacité à répondre au moment présent. Elle permet de mieux comprendre comment les pensées, les émotions et les comportements ont un impact sur la santé et sur la qualité de vie. Les pratiques de pleine conscience amènent l'individu à reconnaître la tendance à être happé par les processus cognitifs itératifs tels la rumination et les inquiétudes, par la distraction et par la résistance. « En accordant une attention particulière: délibérément, au moment présent et sans porter de jugement » (Kabat-Zinn, 1990), l'individu découvre la capacité inhérente de l'esprit et du corps à se rééquilibrer et à tendre vers le bien-être. Il s'ouvre à de nouvelles perspectives, comportements et solutions.

La méditation de pleine conscience est pratiquée depuis plus de 2000 ans. Au cours des 30 dernières années, elle est devenue l'objet d'un intérêt croissant dans les champs de la médecine et de la psychologie. Elle a d'abord été popularisée par Kabat-Zinn, en 1979, lorsqu'il a proposé un atelier de réduction du stress basée sur la conscience au Centre médical de l'Université du Massachusetts aux individus présentant différents problèmes de santé. Les applications et les utilisations des MBI en médecine et en santé mentale ont connu une croissance exponentielle et ont rapidement été adoptées dans différents milieux (santé, travail, école). Des centaines d'études en démontrent maintenant les bénéfices.

Mots clés Pleine conscience • MBCT • MBSR • Psychothérapie • Pavillon Albert-Prévost

^a Université de Montréal, département de psychiatrie

^b Clinique Mindspace

^c Clinique Psyche

^d Pavillon Albert-Prévost, Hôpital Sacré-Cœur-de-Montréal, CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal

^e Université du Québec à Montréal (UQAM)



Table des matières

Introduction	1
Objectifs des interventions basées sur la pleine conscience	8
Principes thérapeutiques	8
Indications et efficacité	10
Mécanismes d'action	13
Déroulement des groupes de MBCT	17
Déroulement des groupes de MBSR	22
Outils et instruments	27
Formation supplémentaire	29
Livres de référence pour psychothérapeutes	30
Bibliographie/webographie pour tous	30
Endroits où méditer à Montréal	32
Retraites de méditation	33
Conclusion	33
Bibliographie	35
Les interventions basées sur la pleine conscience en résumé	42

Interventions basées sur la pleine conscience

Introduction

C'est Jon Kabat-Zinn qui a d'abord introduit les pratiques de méditation de type pleine conscience en milieu hospitalier pour traiter des affections médicales chroniques dont la douleur, en proposant un programme intitulé Réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR) au début des années 80. La méditation de pleine conscience ayant été utilisées depuis des millénaires pour composer avec la souffrance, il croyait qu'elle serait un outil utile pour soulager la souffrance occasionnée par la maladie, telle que rencontrée quotidiennement dans les milieux médicaux (il comparait les hôpitaux à des aimants à souffrances ou « dukkah magnets »).

Par la suite, Zindel Segal et ses collègues (Segal, Williams et Teasdale, 2002), pionniers dans l'utilisation de la méditation de pleine conscience en psychiatrie, ont créé un programme de traitement pour la prévention de la rechute dépressive, combinant des techniques de thérapie cognitivo-comportementale et des techniques de pleine conscience.

A la même époque, s'inspirant également de concepts et pratiques issues de ces approches orientales, Marsha Linehan élaborait une approche, la thérapie dialectique behaviorale (DBT), pour les patientes qui présentaient des idées et des comportements suicidaires alors que Steven Hayes créait la thérapie d'acceptation et d'engagement, (ACT), une approche transdiagnostique qui encourageait les patients à construire une vie qui vaut la peine d'être vécue malgré la présence de différents symptômes (par exemples, l'anxiété, la dépression, les voix, la douleur) vécus comme étant incommodants.

Les interventions basées sur la pleine conscience (MBI) enseignent différents concepts et méthodes qui permettent aux individus de cultiver la pleine conscience autant par des pratiques formelles que par des pratiques informelles dans la vie quotidienne. D'autres approches intégrant la pleine conscience, dont la prévention de la rechute par la pleine conscience (MBRP, qui cible les abus de substance), l'alimentation basée sur la pleine conscience (MB-eat, pour les troubles alimentaires), la thérapie d'auto-compassion (CFT, qui cible la honte et la critique excessive) et le mindful medical practice (pour les professionnels de la santé) ont aussi été proposées.

Alors que les interventions basées sur la pleine conscience comme le MBCT et le MBSR sont des programmes qui mettent l'accent sur les pratiques de méditation formelles pour développer les compétences de pleine conscience, les interventions basées sur la conscience tels que la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993) et la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999) intègrent des pratiques de pleine conscience en tant que partie d'un programme de traitement plus large.

Ces programmes utilisent en outre une gamme de techniques non basées sur la méditation pour promouvoir les compétences de pleine conscience en utilisant des exercices, des histoires et des métaphores expérientiels.



Par ailleurs, ces dernières années, plusieurs psychothérapeutes ont aussi réfléchi à la place de la pleine conscience en psychothérapie individuelle. Entre autres, le livre « Sitting together » de Pollack et collaborateurs (Pollack, Pedulla et Siegel, 2014) présente 3 niveaux d'intégration de la pleine conscience dans l'espace thérapeutique:

Niveau 1

Le thérapeute pratique la pleine conscience personnellement, est présent à l'autre et à ses propres réactions, d'un moment à l'autre et incarne les attitudes de pleine conscience. Ainsi, il :

- Demeure intéressé et curieux à l'expérience du client
- Perçoit le client sans préjugés
- Est ouvert à l'expérience du client telle qu'elle se présente
- Tolère les affects difficiles, peut s'intéresser à ceux-ci avec le client
- Démonstre de la bienveillance envers le client et lui-même

En effet, des études rapportent les bienfaits suivants chez le psychothérapeute qui pratique personnellement la méditation de pleine conscience (Grepmaier et al., 2007, Ryan et al., 2012, Raab, 2014):

- Meilleure compréhension des difficultés des patients et des objectifs thérapeutiques
- Amélioration: anxiété, dépression, hostilité, somatisation, obsessions, compulsions
- Meilleure alliance thérapeutique
- Amélioration du fonctionnement interpersonnel
- La pleine conscience efficace pour augmenter la compassion et l'empathie pour les clients et les thérapeutes eux-mêmes

Niveau 2

Le thérapeute intègre des notions de pleine conscience implicitement (avec ou sans pratiques de méditation adaptées au patient et au contexte) et peut souligner des éléments en lien avec la pleine conscience (tels que présentés, par exemple, dans le livre intitulé Tirsch et al., 2015):

■ Que toutes expériences sont impermanentes:

- « ... et ensuite qu'avez-vous observé? Ah, donc ça a changé? »
- Rester avec les sensations difficiles de moment en moment et la laisser se transformer d'elle-même

■ Que les pensées ne nous définissent pas :

- «Donc, vous avez remarqué une pensée vous traverser l'esprit qui disait ...?»
- Demander au client de reformuler une pensée difficile avec «j'observe la pensée que... »
- Reformuler «je suis anxieux» à «je note de l'anxiété en ce moment»

■ Que l'attachement et l'aversion créent de la souffrance:

- «Qu'est-ce que vous remarquez lorsque vous résistez à...?»
- «Essayez de ne pas penser à ... / de ressentir ..., que remarquez-vous? »
- Souffrance = Douleur x Résistance

Niveau 3

Le thérapeute enseigne des concepts et des pratiques de pleine conscience de façon explicite, tel que décrit plus haut dans les groupes formatés de 8 semaines (MBSR, MBCT...).

Description des interventions basées sur la pleine conscience

■ Atelier de réduction du stress par la pleine conscience (MBSR)

La MBSR est l'intervention de pleine conscience la plus utilisée et la plus citée. Elle a été développée par Jon Kabat-Zinn du « University of Massachusetts Medical Center » en 1979. Cet atelier de 8 semaines ciblait initialement des patients qui souffraient de maladies chroniques et de troubles reliés au stress qui avaient atteint les limites de ce que la médecine moderne pouvait leur proposer pour soulager leur souffrance. Pendant les classes de 2.5 heures, sur 8 semaines (et un atelier d'une journée complète), on enseignait aux participants une variété de pratiques de méditation formelles (comme le scan corporel, la méditation assise et le yoga) qu'ils pratiquaient à domicile avec des cassettes et l'intégration de la pleine conscience dans la vie quotidienne en étant pleinement conscients lorsqu'ils s'adonnaient à leurs tâches quotidiennes plutôt que d'être distraits ou de le faire de façon automatique. On encourageait les participants à explorer leur expérience pendant le groupe et entre les sessions avec une attitude de curiosité et de bienveillance et d'explorer comment cette attitude et posture émotionnelle pouvait, dans l'expérience immédiate, être utilisée pour atténuer la détresse, réduire la réactivité et engendrer la relaxation ainsi que favoriser le recours à une réponse habile lorsque confronté à des défis pour promouvoir le bien être.

Inscrite dans un contexte de Médecine psychosomatique et participative, le curriculum cherche à cultiver de façon expérientielle les pratiques méditatives formelles et informelles afin de permettre aux participants de se familiariser avec la pleine conscience elle-même. La reconnaissance de cette conscience innée et toujours présente est le socle sur lequel se développent les comportements promoteurs de santé et la résilience émotionnelle ainsi qu'un sentiment de bien-être qui peut être cultivé de façon efficace et sur lequel on peut se fier à travers la vie.

Cette approche a surtout été étudiée pour les douleurs chroniques, la fibromyalgie, le psoriasis, le stress associé au cancer/HIV, l'anxiété généralisée et l'insomnie chez les patientes cancéreuses. Ces gains semblaient se maintenir dans des études de suivi sur 6 mois à 5 ans. On a étudié les symptômes de stress, les états affectifs, les symptômes médicaux généraux et les marqueurs de fonction immunitaires.

■ La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)

La MBCT est une intervention qui cible les rechutes dépressives. Elle se base sur l'hypothèse de l'activation différentielle de Teasdale (1988) selon laquelle lorsque des individus ayant présenté plusieurs épisodes dépressifs sont habités par des états émotifs négatifs légers ou transitoires, des schémas cognitifs problématiques (i.e. ruminations, auto-critiques) sont réactivés. Ces évaluations négatives provoquent alors des périodes prolongées de dysphorie ce qui augmente les risques de rechute dépressives. La MBCT a pour objectif d'enseigner une alternative à la rumination : la pleine conscience. Celle-ci permet d'éviter d'être emporté par les cognitions activées par la dysphorie. La MBCT est une intégration de la thérapie cognitivo-comportementale et de la méditation. Alors que la thérapie cognitivo-comportementale permet à l'individu d'adopter une perspective décentrée qui permet éventuellement d'observer les pensées et les émotions sans être fusionnées à elle et les croire littéralement vraies ce qui permet d'éviter les cercles vicieux qui contribuent à maintenir les problèmes, les méditations de pleine conscience peuvent également, de façon parcimonieuse, favoriser cette capacité chez les individus vulnérables à la rechute dépressive. Au programme d'enseignement de méditation sur 8 séances développé en MBSR, Segal, Teasdale et Williams ont ajouté de la psychoéducation concernant la dépression (i.e. « je ne suis pas ma dépression ») et des techniques cognitivo-comportementales qui permettent d'illustrer la relation entre les pensées, les activités et les émotions, le fait que les pensées ne sont pas des faits mais peuvent être dépendants du contexte/de l'humeur.

■ La thérapie dialectique comportementale (DBT)

La thérapie comportementale dialectique (DBT) propose, entre autres, un programme hebdomadaire de formation aux compétences en groupe, conçu à l'origine pour traiter les comportements suicidaires. Ce programme a d'abord été offert aux patients avec un trouble de personnalité limite puis a été étudié pour traiter d'autres affections, notamment des troubles alimentaires et des troubles liés à l'utilisation de substances. Le programme comprend un groupe d'enseignement des compétences, une thérapie individuelle pour appliquer de façon personnalisée les compétences, l'accès par téléphone aux thérapeutes en cas de crise et des groupes de co-supervision pour les thérapeutes. La DBT prend généralement plus de temps, au moins un an, pour être pleinement efficace (Linehan et Wilkes, 2015). La pleine conscience est considérée comme la compétence de base de la DBT; c'est le premier des quatre modules de compétences enseignés dans le programme (les autres sont : la régulation interpersonnelle, la tolérance à la détresse et l'efficacité interpersonnelle) et il est au cœur de tous les modules de compétences suivants. Cependant, la DBT n'exige pas de pratique formelle de méditation de pleine conscience pour développer les compétences de pleine conscience. Les techniques de pleine conscience sont enseignées dans la DBT afin de développer la capacité d'utiliser son «esprit sage», un état mental métaphoriquement placé entre l'esprit «logique» et l'esprit «émotionnel». Pour ce faire, les instructeurs de DBT enseignent la pleine conscience en se concentrant sur les compétences du «quoi» et du «comment». Les 3 compétences du «quoi» sont l'observation, la description et la participation, et les 3 compétences du «comment» consistent à ne pas porter de jugement, faire une chose à la fois et à agir de façon efficace.

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

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une thérapie élaborée par Steven Hayes dans les années 1990 à partir de ses travaux sur la théorie des cadres relationnels. L'ACT est basée sur la prémisse suivante : accepter ce sur quoi nous n'avons pas de contrôle et s'engager à poser des actions nécessaires pour cultiver une vie riche, en résonance avec ses valeurs. La souffrance n'est donc pas conceptualisée comme étant intrinsèquement pathologique, mais on considère que les patients se retrouvent dans des situations où ils sont coincés. Le thérapeute ACT cultive chez son client la flexibilité psychologique nécessaire pour sortir de l'impasse. Les indications de l'ACT sont multiples, allant de la psychose, à la dépression, l'anxiété et la douleur. Elle est donc fondamentalement une approche transdiagnostique.

■ La thérapie cognitivo-comportementale intégrant la pleine conscience (MiCBT)

La MiCBT (Mindfulness-integrated cognitive behavioral therapy), développée par Bruno Cayoun (2011) est une approche thérapeutique individuelle ou de groupe en quatre étapes qui intègre la pleine conscience et certains des principes de base de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les quatre étapes de cette approche sont les suivantes :

1. **Étape personnelle : Régulation attentionnelle et émotionnelle** : Le thérapeute enseigne l'internalisation de l'attention pour diminuer la réactivité émotionnelle et pour promouvoir la conscience expérientielle et l'acceptation. Il enseigne la relaxation musculaire progressive, la pleine conscience des postures et des mouvements, la méditation centrée sur la respiration et le scan corporel. Il encourage le patient à « rester avec les sensations » avec équanimité, sans réagir de façon automatique ou s'identifier à elle, pour contrer l'aversion qui mène à l'évitement qui enferme le patient dans des cercles vicieux qui renforcent la pathologie
2. **Étape de l'exposition : Régulation comportementale**. Cette étape permet d'apprendre à s'autoréguler dans des situations qui provoquent habituellement une attitude d'évitement et qui permet de développer une plus grande confiance en soi. Le patient apprend à rester équanime lorsqu'il s'expose aux sensations physiques qui émergent lorsqu'il s'expose aux situations évitées.
3. **Étape interpersonnelle : Régulation interpersonnelle**. Cette étape permet de développer une meilleure compréhension interpersonnelle en divisant l'attention entre soi et autrui. L'individu observe d'abord les sensations internes générées par son propre jugement (s'approprie son expérience) et évite de réagir à la réactivité de l'autre. Il émet une hypothèse au sujet de l'expérience émotionnelle de l'autre à partir de ce qu'il observe. Il tente d'identifier des frontières interpersonnelles tout en évitant le jugement et la réactivité. Il développe des aptitudes de communications lors de situations tendues. Les techniques d'affirmation de soi peuvent être enseignées à ce stade-ci.
4. **Étape empathique : Insight éthique et prévention de la rechute**. L'individu apprend à faire preuve de bienveillance envers soi et les autres, la compassion permettant de développer un sentiment de confiance en soi et de connexion avec l'entourage.

Objectifs des interventions basées sur la pleine conscience

La pleine conscience, c'est «prêter attention d'une manière particulière, délibérément, au moment présent, et sans porter de jugement» (Kabat-Zinn, 1990).

Une autre conceptualisation de la pleine conscience est le « modèle à deux composantes ». L'une des composantes implique l'autorégulation de l'attention portée à l'expérience du moment présent et l'autre consiste à adopter une attitude d'ouverture et d'acceptation à l'égard de l'expérience (Bishop et al, 2004).

Les interventions basées sur la pleine conscience enseignent des méditations qui visent à sortir du pilote automatique, d'augmenter l'attention intentionnelle, de développer une relation différente avec les pensées/émotions/sensations physiques/situations et de mettre en pratique des stratégies différentes face à des pensées et les émotions difficiles, tout en évitant de porter de jugement (Segal et al., 2002).

Ceci permet d'éviter d'entrer dans des cercles vicieux qui amplifient ou maintiennent la souffrance.

Principes thérapeutiques

Par le biais de pratiques et d'exercices expérientiels, les participants apprennent à prendre du recul ou à se désengager des pensées initiales en créant une méta-conscience (c.-à-d. la conscience d'être conscient), qui à son tour offre une alternative à la pensée négative répétitive et augmente la flexibilité cognitive (Segal et al, 2012; Kuyken et al., 2010). Ces interventions permettent également de cultiver tout au long des séances de groupe les attitudes liées à la pratique de la pleine conscience:

- Curiosité et intérêt
- Non-jugement
- Non-effort
- Accueil et bienveillance
- Confiance (à ce qui survient, à son expérience, à sa capacité de choisir)
- Patience et humilité

Les interventions psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience, tels le MBSR et le MBCT, ont été développés en tant que programmes d'intervention laïques, structurés, de groupe. Ces programmes consistent généralement en 8 cours hebdomadaires de 2 à 2,5 heures en groupe d'environ 12-20 patients. De plus, ces programmes incluent souvent une journée ou demi-journée de retraite. L'une des principales caractéristiques des MBI est l'éducation aux pratiques de méditation de pleine conscience formelles et informelles pour développer à la fois la composante de contrôle de l'attention et les aspects comportementaux de la pleine conscience liés à l'attitude, décrits ci-dessus.

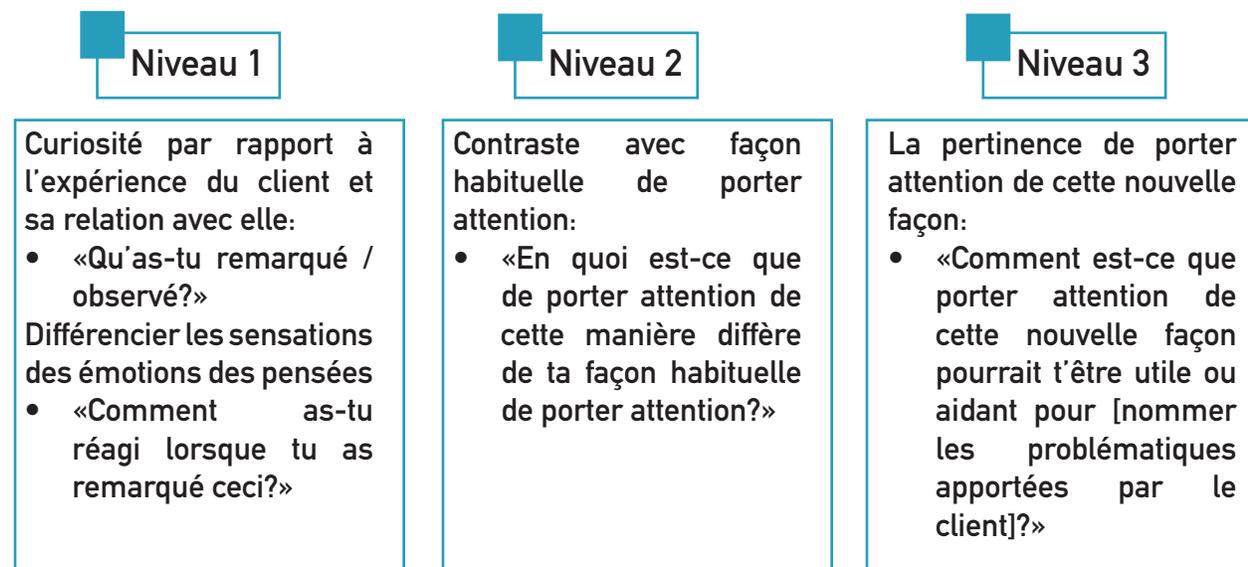
Les pratiques de méditation formelles comprennent la méditation assise, les mouvements conscients (la marche et les exercices d'étirements en pleine conscience) et le balayage corporel qui consiste à explorer de manière consciente les sensations corporelles, en commençant par les pieds et en déplaçant progressivement l'attention vers la tête, durant 25-45 minutes, en pleine conscience.

Les exercices de méditation de pleine conscience mettent l'accent sur les sensations corporelles, les émotions et les pensées, tout en adoptant une attitude d'acceptation sans jugement envers tout ce qui se présente, reste dans le champ d'attention et disparaît. Les MBI ont une composante importante de "tâches à domicile" avec des pratiques de méditation guidées (souvent avec enregistrement audio) et non guidées, assignées comme pratique quotidienne à la maison.

Les programmes incluent également des pratiques informelles visant à intégrer une prise de conscience dans les activités quotidiennes, telles que manger («l'exercice au raisin»), faire la vaisselle ou se brosser les dents en étant conscient et absorbé par l'activité.

Dans la MBCT, «l'espace de respiration de 3 minutes» est un élément central du programme qui vise à incorporer ce que l'on apprend dans les pratiques de méditation formelles de la vie quotidienne. L'exercice comprend 3 étapes. Prendre conscience des pensées, des émotions et des sensations corporelles, puis amener l'attention sur le souffle et finalement élargir l'attention au corps.

Un autre aspect important des MBI est l'exploration en groupe des expériences individuelles. Il s'agit du dialogue exploratoire (Woods, 2013 et Woods, Rockman et Collins, 2016). Au cours des discussions de groupe, les participants partagent leurs expériences personnelles de difficultés et de succès dans la pratique de la pleine conscience. Au cours de cette discussion, les participants apprennent les uns des autres par le biais de modèles et de commentaires directs. Le dialogue exploratoire (inquiry) doit être fait par l'enseignant afin que le participant puisse approfondir sa pratique, être encouragé à observer l'attention qui se déplace, le jugement, l'aversion à ce qui est déplaisant, l'attachement à ce qui est plaisant etc. En incarnant les attitudes de pleine conscience, l'enseignant doit adapter le type de questions posées selon les thèmes abordés durant le rencontre de groupe. On peut diviser le type de question en 3 niveaux:



Les enseignants de MBI doivent avoir une pratique de méditation de pleine conscience afin d'incarner les fondements éthiques et les qualités fondamentales associés à la pleine conscience (Marx, 2015).

Indications et efficacité

Depuis le développement du MBSR et de la MBCT, et des nombreuses autres interventions basées sur la pleine conscience (MBI), des centaines d'études ont permis d'examiner l'efficacité de ces programmes, particulièrement au cours des 5 à 7 dernières années.

Les programmes d'intervention hebdomadaires de la pleine conscience enseignés en groupe, tels que le MBSR et la MBCT, relèvent du plus haut niveau de preuve d'efficacité clinique. Cependant, d'autres formats tels que des retraites, des interventions sur le Web et des applications pour téléphones intelligents pourraient également avoir des effets bénéfiques (Cresswell, 2017).

L'intervention basée sur la pleine conscience ayant fait l'objet du plus grand nombre d'études rigoureuses pour traiter les troubles psychiatriques est la MBCT. Ce programme a été développé pour prévenir les rechutes chez les patients ayant des antécédents de trouble dépressif majeur (Segal et al., 2002).

Il existe de nombreuses preuves appuyant l'utilisation de la MBCT pour réduire le risque de rechute dépressive. Par exemple, une méta-analyse récente comprenant quatre essais cliniques aléatoires portant sur au moins trois épisodes dépressifs a montré que la MBCT réduisait le risque de rechute et de récurrence du trouble dépressif majeur (TDM) chez les patients ayant présenté plus de 3 épisodes dépressifs par rapport au traitement habituel (TAU) ou au contrôle par placebo. Le taux de rechute chez les patients MBCT + TAU était de 32% par rapport à 60% pour le groupe contrôle TAU (Chiesa et Serretti, 2011).

Cependant, des études utilisant des groupes de contrôle actifs structurellement équivalents à la MBCT ont fourni des résultats mitigés quant à sa supériorité dans la prévention des rechutes (Shallcross et al, 2015; Williams et al, 2014; Meadows et al, 2014), suggérant que, si la MBCT peut être efficace, elle peut ne pas être supérieure aux autres interventions psychosociales actives. Par contre une étude suggère que la MBCT est plus efficace que le TAU et le contrôle actif pour ceux qui ont subi un traumatisme de l'enfance (Williams et al, 2014). La présence de symptômes résiduels significatifs est également associée à un effet plus grand de la MBCT lorsque comparée à d'autres traitements (Kuyken et al, 2016).

La MBCT semble être particulièrement efficace chez les patients ayant des antécédents d'au moins trois épisodes de TDM et particulièrement sujets à la rumination mentale (Teasdale et al., 2000). Une méta-analyse a révélé que le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs était un facteur prédictif significatif du résultat (Piet et Hougaard, 2011). Bien qu'il n'y ait pas eu de réduction du risque de rechute chez les patients présentant deux épisodes ou moins, le risque de récurrence a été réduit de 43% chez ceux ayant trois épisodes ou plus (Piet et Hougaard, 2011).

De plus, la MBCT pourrait être une option particulièrement viable pour les patients qui souhaiteraient arrêter de prendre des antidépresseurs. Dans un essai comparant les antidépresseurs d'entretien et la MBCT à la réduction ou à l'arrêt des antidépresseurs chez 424 patients atteints de TDM et présentant un risque élevé de rechute (plus de deux épisodes de TDM), il n'y avait pas de différence de taux de rechute sur 24 mois (Kuyken et al., 2015).

Au Canada, aux États Unis et en Grande Bretagne, le MBCT est reconnue comme traitement efficace pour la prévention de la rechute dépressive, et a été intégré aux psychothérapies recommandées pour la dépression en 2016 par le CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment), en 2010 par l'APA (American Psychiatric Association) et en 2009 par le NICE (National Institute for Clinical Excellence).

Tableau 4. Psychothérapies recommandées pour le traitement de la dépression majeure
(Tiré de Parikh SV, CANMAT 2016)

	Aigu	Maintien (prévention de la rechute)
Première ligne	Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) Psychothérapie interpersonnelle (PTI) Activation comportementale	Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)
Deuxième ligne	MBCT Technique d'analyse interpersonnelle cognitive et comportementale (CBASP) Thérapie de résolution de problèmes Psychothérapie psychodynamique court terme TCC et IPT par téléphone	Activation comportementale PTI CBASP
Troisième ligne	Psychothérapie psychodynamique long terme Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) Psychothérapie par visioconférence Entretien motivationnel (EM)	Psychothérapie psychodynamique long terme

Bien que les MBI n'aient pas été initialement développés pour traiter des épisodes aigus de troubles mentaux (Harrington et Dunn, 2015), de nouvelles preuves suggèrent qu'elles pourraient être utiles dans ce cas. Deux méta-analyses récentes ont conclu que les MBI étaient utiles pour réduire les symptômes actuels d'humeur et d'anxiété chez les patients souffrant de troubles anxieux et d'humeur (Hoffmann et al., 2010; Khoury et al., 2013). La MBCT pourrait ainsi être proposée avec des modifications lors de l'épisode aigu de dépression (Strauss et al., 2014) et s'avérer être un traitement efficace du trouble anxieux généralisé (Evans et al., 2008). Elle peut être un traitement adjuvant chez les patients atteints de trouble bipolaire (Salcedo et al., 2016), de trouble obsessionnel compulsif (Key et al., 2017).

Par ailleurs, les MBI multimodaux semblent être efficaces que de brèves interventions pourraient ne pas être bénéfiques (augmentation de l'anxiété) dans le traitement de l'anorexie mentale (Dunne, 2017). Aussi, des preuves préliminaires suggèrent que les MBI pourraient être efficaces dans le traitement des comportements alimentaires liés à l'obésité, tels que l'hyperphagie boulimique (O'Reilly et al., 2014). Enfin, un programme de traitement appelé Prévention de la rechute basée sur la pleine conscience MBRP (Bowen, Chawla et Marlatt, 2010) a été mis au point en intégrant le programme de prévention de la rechute de la toxicomanie à la MBSR/MBCT. Une étude a démontré que la prévention des rechutes basée sur la pleine conscience pouvait permettre de réduire à la fois la consommation de drogue et l'état de craving (Bowen et al., 2014). Cependant, une méta-analyse n'a pas détecté de différences statistiquement significatives entre la prévention des rechutes basée sur la conscience et les comparateurs sur la rechute, la fréquence d'utilisation, l'abandon du traitement (Grant et al., 2017)

L'utilisation des MBI dans le traitement des troubles psychiatriques actuels est relativement nouvelle et devrait être considérée comme de nature préliminaire. Les recherches menées à ce jour indiquent que les MBI peuvent être efficaces pour traiter un large éventail de troubles psychiatriques, mais il existe un certain nombre de limitations à considérer. Entre autres, la plupart de ces études ne comportent généralement pas de groupe témoin et utilisent un contrôle ou un traitement de liste d'attente comme groupe de comparaison habituel.

Mécanismes d'action

Les chercheurs ont commencé à identifier les mécanismes susceptibles d'entraîner un changement des symptômes dans le contexte de ces interventions. Celles-ci incluent l'examen des mécanismes psychologiques, cognitifs et neuronaux décrits ci-dessous.

Mécanismes cognitifs et psychologiques

Les personnes souffrant de dépression récurrente sont particulièrement vulnérables aux cognitions dépressogènes (Batink et al., 2013). Certains événements peuvent amener la réapparition des schémas de pensée négatifs itératifs, tels que rumination dépressive, l'inquiétude et la critique de soi qui, s'ils sont persistants, peuvent engendrer une rechute dépressive. Le modèle théorique sur lequel est basé la MBCT met l'accent sur l'identification de ces schémas de pensée au fur et à mesure qu'ils se manifestent et les considère comme des phénomènes mentaux temporaires plutôt que comme des faits ou des réalités auxquels il faut s'identifier ou réagir. Cette méta-conscience permet à l'individu de considérer ses pensées de façon détachée et de ne pas s'y identifier de façon réflexive, c'est la décentration des pensées (Segal et al., 2002; van der Velden, 2015). Lorsqu'il associe la décentration à une attitude d'acceptation, de non-jugement et de non-réactivité, l'individu est en mesure de se libérer de l'emprise des schémas de pensée négatifs. Les recherches semblent appuyer cette hypothèse et tendent à démontrer que ces processus constituent des principes actifs de la MBCT. Ainsi, après avoir complété le programme de MBCT, les participants présentent :

- une meilleure conscience de soi (van der Velden et al., 2015; Batink et al., 2013; De Raedt et al., 2012; Michalak et al., 2008; Shahar et al., 2010; van den Hurk et al., 2012; O'Doherty et al., 2015; Kearns et al., 2016)
- une diminution des ruminations (van der Velden et al., 2015; Michalak et al., 2008; Shahar et al., 2010; van Aalderen et al., 2012; van den Hurk et al., 2012; van Vugt et al., 2012; Bieling et al., 2012; Geschwind et al., 2011) et des inquiétudes (van der Velden et al., 2015; van Aalderen et al., 2012; Geschwind et al., 2011)
- une méta-conscience augmentée (Bieling et al., 2012; Teasdale et al., 2002; Hargus et al., 2010)
- une plus grande compassion envers soi-même (Schroevens et al., 2016; Melyani et al., 2015)
- une réactivité émotionnelle réduite (Britton et al., 2012).

De plus, ces améliorations ont, au moins partiellement, prédit l'effet de la MBCT sur le résultat du traitement (voir van der Velden et al., 2015; Gu et al., 2015; Alsubaie et al., 2017 pour des recensions de la littérature), les effets les plus importants étant observés pour la pleine conscience, la rumination, l'inquiétude et la réactivité émotionnelle.

Par ailleurs, la vulnérabilité des individus déprimés qui présentent des cognitions dépressogènes est exacerbée par l'altération du fonctionnement cognitif et la diminution des ressources cognitives. Ces personnes présentent souvent une mémoire surgénéralisée (c'est-à-dire la diminution de la spécificité des souvenirs en réponse à des stimuli négatifs) et une altération de la régulation de l'attention. La MBCT cible aussi ces dysfonctions (par exemple, Williams et al., 2000)

Il est important de noter qu'une grande partie de la recherche sur les mécanismes cognitifs et psychologiques visés par les approches basées sur la pleine conscience sont en lien avec le traitement de la dépression ou de la récurrence de la dépression. Cependant, bon nombre des mécanismes psychologiques potentiels sont présents dans différents troubles psychiatriques. Autrement dit, la formation à la pleine conscience et les compétences enseignées dans les MBI ne visent pas nécessairement un phénomène ou une condition psychiatrique, mais visent plutôt à modifier les processus susceptibles de sous-tendre de nombreux troubles psychiatriques. Par exemple, les cognitions persévératives telles que l'inquiétude et la rumination se retrouvent dans de nombreuses formes de psychopathologie, notamment les troubles de l'humeur et de l'anxiété, les troubles de l'alimentation et le TOC (Ottaviani et al., 2016). Les MBI tentent d'aider les individus à développer une relation différente avec leurs pensées en développant l'habileté à noter ses pensées, puis en appliquant différentes stratégies pour prendre une distance face à ces pensées (Baer, 2003; Brown et al, 2007; Grabovac et al., 2011; Holzel et al., 2011; Shapiro et al., 2006; Vago et Silbersweig, 2006).

Un autre mécanisme transdiagnostique à travers lequel les MBI peuvent fonctionner est l'amélioration des stratégies de régulation des émotions. Les déficits de régulation des émotions, ou dysrégulation des émotions, surviennent dans les troubles psychiatriques (Aldao et al, 2010). Par le biais de pratiques de méditation répétées, les MBI développent des compétences de prise de conscience du corps, d'autorégulation et de régulation des émotions (Baer, 2003; Brown et al, 2007; Grabovac et al., 2011; Holzel et al., 2011; Shapiro et al., 2006; Vago et Silbersweig, 2006). L'attitude de non-jugement proposée par les MBI permet aux participants de se diminuer l'intensité et la durée des états émotionnels intenses et augmente la flexibilité avec laquelle ils peuvent réagir à des événements stressants (Shapiro et al., 2018).

Enfin, d'autres modèles de mécanismes transdiagnostiques incluent le dépassement de soi, l'exposition, la relaxation, le non-attachement, la pratique éthique et la clarification des valeurs (Baer, 2003; Brown et al, 2007; Grabovac et al., 2011; Holzel et al., 2011; Shapiro et al., 2006; Vago et Silbersweig, 2006).

Mécanismes neuronaux

Les effets de l'entraînement à la pleine conscience et à la méditation sur le cerveau ont été étudiés dans plus d'une centaine d'études d'imagerie cérébrale, qui peuvent être divisées en deux catégories, structurelle et fonctionnelle.

L'imagerie cérébrale structurale, généralement associée à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), fournit une image 3D haute résolution du cerveau à partir de laquelle diverses caractéristiques de l'anatomie cérébrale peuvent être mesurées de manière quantitative, telles que l'épaisseur corticale, le volume de différentes zones sous-corticales, le degré de gyrification, etc. L'imagerie fonctionnelle du cerveau mesure plutôt la fonction cérébrale, ou l'activation du cerveau, au fil du temps, au cours d'une tâche spécifique ou d'un état prescrit (c.-à-d. «l'état de repos»). Ces deux méthodes fournissent des informations distinctes mais complémentaires sur le cerveau. Elles ont toutes deux été utilisées pour évaluer les effets de la méditation sur le cerveau.

Imagerie cérébrale structurale

Les premières études utilisaient un plan transversal pour comparer les individus ayant une expérience de méditation à long terme («méditants») à des individus naïfs de méditation appariés pour l'âge, le sexe, l'éducation et d'autres variables pertinentes. Fox et ses collègues (2014) ont systématiquement examiné et mené une méta-analyse de 21 études de neuroimagerie portant sur environ 300 praticiens de la méditation. Ils ont constaté que huit régions du cerveau étaient, selon plusieurs études, modifiées chez les méditants soit des régions associées à la méta-conscience (cortex frontopolaire/BA 10), conscience du corps extéroceptif et intéroceptif (cortex sensoriels et insula), consolidation et reconsolidation mnésique (hippocampe), régulation de soi et des émotions (région antérieure et moyenne cingulaire, cortex orbitofrontal) et communication intra et interhémisphérique (fascicule longitudinal supérieur, corps calleux).

Mais la preuve la plus convaincante des effets de l'entraînement à la méditation sur la conscience sur le cerveau provient d'études longitudinales, dans lesquelles les participants sont évalués à différents moments au cours de leur formation (de préférence avant leur première exposition à la méditation). Par exemple, Hölzel et ses collègues (2011) ont signalé une augmentation de la concentration de matière grise dans l'hippocampe, du cortex cingulaire postérieur, de la jonction temporo-pariétale et du cervelet après avoir complété un programme MBSR standard de 8 semaines chez des participants en bonne santé et stressés. Ils ont également constaté que les participants ont signalé une réduction significative du stress perçu, ce qui était corrélé positivement avec la diminution de la densité de la matière grise dans l'amygdale basolatérale droite (2010). Ces différentes régions du cerveau ont été associées aux processus d'apprentissage et de mémoire, à la régulation des émotions, au traitement auto-référentiel et à la prise de perspective. Cependant, on n'a pas étudié si les changements structurels correspondaient à des changements fonctionnels du comportement, et par conséquent, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Les modifications structurelles observées longitudinalement après le MBSR ne concernaient pas les mêmes régions du cerveau que celles observées transversalement entre les méditants au long cours et les sujets témoins correspondants. Il est donc trop tôt pour tirer des conclusions définitives concernant les effets de la méditation sur la structure du cerveau.

Imagerie cérébrale fonctionnelle

Les effets des pratiques de méditation de pleine conscience sur la fonction cérébrale ont été étudiés plus largement que leurs effets sur la structure cérébrale. Cependant, le tableau à ce jour est plus complexe en ce qui concerne la preuve de changements fonctionnels par rapport à ceux de changements structuraux. Dans toutes les études, on a demandé aux méditants d'effectuer une grande variété de tâches tout en bénéficiant d'un scanner d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) couvrant des domaines aussi variés que le cognitif (attention, mémoire, fonction exécutive), affectif (régulation des émotions), lié à soi-même, processus (ruminations), tâches. Une méta-analyse récente a examiné 78 études de neuro-imagerie fonctionnelle (IRMf et TEP) sur la méditation et utilisé l'estimation de la vraisemblance d'activation pour effectuer une méta-analyse de 257 emplacements de pics d'activation à partir de 31 expériences impliquant 527 participants (Fox et al., 2016). Cette méta-analyse couvrait diverses pratiques de méditation, que les auteurs ont classées en quatre types principaux: 1) une attention focalisée, 2) une récitation de mantra, 3) une surveillance ouverte et 4) une méditation de compassion / bonté; et trois autres types moins étudiés: 1) la visualisation, 2) le retrait des sens et 3) les pratiques de non-double conscience. Les auteurs ont rapporté que plusieurs zones du cerveau devaient être recrutées de manière cohérente dans de nombreux types de pratiques de méditation: insula, cortex moteur pré / supplémentaire, cortex cingulaire antérieur dorsal et cortex frontopolaire. Cependant, les auteurs concluent que «la convergence est l'exception plutôt que la règle». En conclusion, d'autres études sont nécessaires pour déterminer les changements neuronaux spécifiques imputables à la méditation de pleine conscience. C'est particulièrement le cas pour les populations cliniques à qui on offre de plus en plus des interventions basées sur la méditation, avec des preuves croissantes d'efficacité - en particulier pour l'anxiété, la dépression et la douleur (Goyal et al., 2014).

Déroulement d'un groupe de MBCT

Il s'agit d'un résumé du protocole plus détaillé dans le livre : Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M. G., & Bondolfi, G. (2019). La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression: Prévenir la rechute. De Boeck Supérieur.



Séance d'évaluation

- Le patient est invité à décrire son expérience de la dépression et pourquoi il croit être à risque de rechute
- Le thérapeute présente la théorie cognitive de la vulnérabilité à la rechute dépressive et fait le lien avec les expériences du patient. Il explique comment la MBCT peut diminuer le risque de rechute dépressive. Il explique ce que le participant devra faire pendant le cours. Il répond aux questions.
- Il décide de façon collaborative si le patient peut participer au groupe maintenant en évaluant la présence de critères d'exclusion (Treleven, 2018 et Britten, 2018):
 - Dépression active avec symptômes incapacitants aiguë (voir tableau CANMAT, 2016) à évaluer au cas par cas en fonction des symptômes dépressifs présents.
 - Dépendance actuelle aux substances, récupération active ou même après moins d'un an (cas par cas selon les participants)
 - Lésions cérébrales organiques
 - Psychose actuelle ou passée
 - Trouble bipolaire, en fonction de la gravité, de la stabilité, des antécédents de psychose, etc.
 - Comportement antisocial
 - Difficultés interpersonnelles persistantes de longue date (par exemple, répondant aux critères de trouble de la personnalité sévère) qui nécessitent un traitement psychologique spécialisé à plus long terme avant la MBCT.
 - Risque d'automutilation ou de suicide persistant
 - Anxiété sociale grave / difficultés à être en groupe
 - Abus passés et troubles dissociatifs (voir explications complémentaires)
 - Trouble de stress post-traumatique non résolu
 - Récents événements de la vie difficile tels que le deuil, le divorce, la perte d'emploi, une maladie aiguë et / ou son traitement, tout changement récent majeur ou stressant
 - Événements de vie difficiles attendus dans un futur proche. Une pratique de la pleine conscience préexistante est très utile pour gérer les émotions vives et fortes telles que le chagrin et la colère, mais il est généralement trop difficile elles sont généralement trop pénibles pour les participants d'apprendre à méditer tout en gérant les stressseurs récents.
- Il souligne le courage de l'individu.
- Si le programme s'avère contre-indiqué pour l'individu ou s'il est établi que des circonstances l'empêcheraient de s'impliquer adéquatement dans le programme, il ou elle est référé(e) à un service plus approprié ou invité(é) à le suivre à un autre moment.

Textes/outils pour évaluer les indications/facteurs de risque des MBI:

- Boîte à outil pour critères d'exclusion de Willoughby Britton
<https://www.brown.edu/research/labs/britton/resources/meditation-safety-toolbox>
- Kuyken, W., Crane, R.S., Williams, J. M. G.(2012) The Bangor, Exeter, Oxford mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) implementation resources. <https://www.bangor.ac.uk/mindfulness/documents/12MBCTImplementationResources.pdf>

MBCT séance 1

Thème et contenu de la séance: La conscience et le pilotage automatique

Introductions et présentations et règles pour le groupe, exercice du raisin, scan corporel

Points clés pour la séance:

1. Reconnaître la différence entre la conscience et l'automatisme
2. Augmenter la conscience des sens et des sensations
3. Apprendre à placer, maintenir, et déplacer l'attention

Pratique à faire à domicile/audios

- Scan corporel 6 jours sur 7, avec audio
- Une activité quotidienne en pleine conscience
- Un repas en pleine conscience si possible

MBCT séance 2

Thème et contenu de la séance: Vivre dans sa tête

Scan corporel, exercice cognitif sur les pensées et les émotions, méditation avec le souffle, calendrier des événements agréables

Points clés pour la séance:

1. Normaliser les obstacles d'être dans le moment présent - et constater le mouvement de l'attention
2. Comment nos pensées peuvent influencer nos perceptions de la réalité (exercice je marche sur le trottoir...)
3. Entraîner la focalisation de l'attention: avec le souffle
4. Commencer à se tourner vers les sensations difficiles avec l'intention de le faire

Pratique à faire à domicile/audios

- Scan corporel 6 jours sur 7, avec audio
- Méditation du souffle, 10 min 6 jours sur 7
- Calendrier des événements agréables
- La pleine conscience d'une activité de routine quotidiennement



MBCT séance 3

Thème et contenu de la séance: Rassembler l'esprit dispersé

Méditation avec le souffle et une sensation difficile, mouvements en pleine conscience, calendrier des événements désagréables

Points clés pour la séance:

1. La concentration sur les sensations de la respiration fournit un point d'ancrage pour l'attention. De plus, le souffle prend place dans le présent, il est toujours là, il change, il permet le focus d'attention sur autre chose que les ruminations/évaluations fréquentes dans la dépression. La respiration se fait spontanément et est donc à l'opposé de rechercher un but. Le focus sur le souffle permet une distanciation p-r aux pensées, en se désengageant d'elles, en permettant de les voir comme de simples événements mentaux.
2. Il est normal que l'attention se déplace du point d'ancrage choisi
3. Décortiquer l'expérience en ses composantes augmente le niveau de conscience
4. Le mouvement du corps peut permettre un stimulus accru pour l'attention

Pratique à faire à domicile/audios

- Alternier le mouvement en pleine conscience avec la méditation assise
- Espace de respiration
- Calendrier des événements désagréables



MBCT séance 4

Thème et contenu de la séance: Reconnaître l'aversion

Méditation assise -- conscience du souffle, du corps, des sons, des pensées, (et sans objet préférentiel), exercice des pensées automatiques de la dépression et de l'anxiété, marche en pleine conscience

Points clés pour la séance:

1. Passer d'une attention concentrée à une attention ouverte et réceptive à l'expérience
2. Décortiquer l'expérience difficile en ses composantes la rend plus gérable
3. Les pensées comme objets de l'attention: voir la différence entre des pensées comme événements mentaux, externes vs pensées comme personnalisées et collantes
4. Se tourner vers les difficultés en utilisant le corps – se rapprocher versus éviter -- régulation émotionnelle
5. Interrompre la rumination et les préoccupations en déplaçant l'attention dans le corps

Pratique à faire à domicile/audios

- Méditation avec souffle, corps, sons, pensées 6 jours sur 7
- Espace de respiration
- Alternez sinon avec la marche en pleine conscience ou le mouvement
- Espace de respiration -- 3 fois par jour
- Espace de respiration 2 (en réponse) lorsqu'une difficulté se présente



MBCT séance 5

Thème et contenu de la séance: Laisser être et lâcher prise

Méditation avec une difficulté -- conscience du souffle, du corps, des sons, des pensées (avec une difficulté), définir le territoire de la dépression et de l'anxiété

Points clés pour la séance:

1. L'exposition à une difficulté en utilisant le corps augmente la tolérance et l'acceptation, ainsi que diminue l'élaboration cognitive
2. L'auto-efficacité se développe lorsqu'on s'approche avec acceptation plutôt que lorsqu'on évite
3. L'impermanence devient mieux ressentie, incarnée
4. La dépression et l'anxiété sont des conditions, et non un échec moral

Avant de commencer:

- Ramasser les évaluations de mi-parcours des participants qui l'ont rempli
- Avoir une copie du poème "La maison d'hôte"

Pratique à faire à domicile/audios

- Méditation avec difficulté avec audio jour 1-3-5
- En alternance jour 2-4-6 méditation sans audio assise noter ses expériences
- Espace de respiration -- 3 fois par jour
- Espace de respiration (en réponse) lorsqu'une difficulté se présente ou lorsque vos pensées vous envahissent



MBCT séance 6

Thème et contenu de la séance: Les pensées ne sont pas des faits

Méditation assise -- conscience du souffle, du corps, des sons, des pensées (avec une difficulté) avec ou sans une conscience sans objet préférentiel, exercice au bureau, signes de la rechute de la dépression et de l'anxiété

Points clés pour la séance:

1. Nous ne sommes pas nos pensées ; les pensées sont convaincantes ("collantes")
2. Les interprétations sont dépendantes de nos états et du contexte
3. Les signes avant-coureurs de rechute se présentent en "patterns" de pensées, d'émotions et de comportements ; y porter attention peut nous aider à agir habilement

Avant de commencer: Rencontrer selon leur évaluation mi-parcours les participants

- Avoir des feuilles et crayons pour l'exercice du bureau
- Imprimer la feuille de travail: "Travailler en toute sagesse avec la tristesse et la dépression – partie I" pour chaque participant ou plutôt le PLAN D'ACTION

Pratique à faire à domicile/audios

- Méditez 30-40 minutes par jour, avec ou sans guide, peu importe la méditation (cad. 20+20, 30+10, mouvement et/ou assise)
- Espace de respiration -- 3 fois par jour
- Espace de respiration (en réponse) lorsqu'une difficulté se présente ou lorsque vos pensées vous envahissent



MBCT séance 7

Thème et contenu de la séance: “Comment puis-je au mieux prendre soin de moi?”

Méditation assise -- conscience du souffle, du corps, des sons, des pensées, conscience sans objet préférentiel, activités nourrissantes et drainantes

Points clés pour la séance:

1. Prendre soin de soi est important pour gérer la dépression et l'anxiété
2. La pleine conscience nous aide à changer de perspective ; sa perception affecte son état émotionnel
3. La pleine conscience peut augmenter une réponse délibérée et une action habile

Pratique à faire à domicile

- Choix de la pratique pour la semaine
- Choisir une pratique de toutes celles que l'on a vu ensemble que vous vous engagerez à pratiquer tous les jours pour les prochaines 5 semaines, en notant vos réactions
- Pratiquer l'espace de respiration avec l'étape de l'action



MBCT séance 8

Thème et contenu de la séance: Exercer et élargir les compétences nouvellement acquises
Scan corporel, retour sur le programme en entier, méditation finale, exercice de clôture

Points clés pour la séance:

1. L'apprentissage se fait sur toute une vie ; c'est un parcours
2. Il y a des stratégies à utiliser lorsqu'il y a des signes de rechute
3. L'espace de respiration est un microcosme du programme nous rappelant l'importance de déplacer, concentrer, et ouvrir l'attention

Déroulement d'un groupe de MBSR

Basé sur Woods, Rockman, & Morgan, 2018

Le protocole se retrouve dans : Kabat-Zinn J. (2017) Mindfulness-based stress reduction (MBSR) Authorized Curriculum Guide. Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society. University of Massachusetts Medical School. <https://www.umassmed.edu/globalassets/center-for-mindfulness/documents/mbsr-curriculum-guide-2017.pdf>



MBSR séance 1

Thème et contenu de la séance:

- Formulation de nos intentions/motivations à cultiver la pleine conscience
- Initiation à sa définition et à l'accessibilité de pouvoir en faire l'expérience
- Amorçage d'une exploration de sa pratique et sa compréhension en groupe
- Exercice du raisin, Yoga debout, Scan corporel, Discussion en grand groupe

Points clés pour la séance:

1. Remarquer est suffisant (jugement, conditionnement du comportement l'esprit, distinction entre sensation et pensée).
2. Valider et accueillir l'effort aide à établir et maintenir son attention sur un point déterminé de son expérience.

Pratique à faire à domicile

- Scan corporel (avec guide)
- Respiration (sans guide)
- Une activité quotidienne en pleine conscience
- Exercices des 9 points



MBSR séance 2

Thème et contenu de la séance:

- L'influence des conditionnements passés et a priori sur notre expérience
- Les perceptions alternatives ouvrent la voie à la création de nouvelles approches au bien-être
- Yoga debout, Scan corporel, Respiration, Retour sur l'exercice des 9 points, Exercice visuel, Différentes façons de (ne pas) voir. Discussion en dyades/petits et grands groupes

Points clés pour la séance:

1. On peut discerner différentes dimensions à l'expérience (cognitif, affectif, corporel)
2. Soutenir le non-effort et non-intervention [autre que celui inhérent à l'intention de se ramener au présent]
3. Accueillir les difficultés fait partie de la pratique
4. Le but n'est pas d'apprécier ou d'aimer [tant que c'est tolérable]
5. Demeurer en présence plutôt que résoudre autant que possible

Pratique à faire à domicile

- Scan corporel
- Respiration (avec/sans guide)
- Activité quotidienne en pleine conscience
- Remplir un calendrier des événements agréables



MBSR séance 3

Thème et contenu de la séance:

- Consolider la conscience du présent par le scan, yoga et l'ancre du souffle
- Conscientisation particulière de nos préférences et réactions associées (ex., évitement/attachement), pour cultiver le choix
- Conscience des positivités
- Méditation assise. Méditation marchée. Discussion en dyades/petits et grand groupes

Points clés pour la séance:

1. Cultiver patience et bienveillance pour apprivoiser les difficultés liées à la pratique
2. Porter attention aux conséquences de nos comportements peut être utile
3. Commencer à remarquer nos préférences sans y céder peut offrir une liberté de choix

Pratique à faire à domicile

- Alternier entre le yoga allongé et le scan corporel
- Méditation assise
- Remplir un calendrier des événements désagréables



MBSR séance 4

Thème et contenu de la séance:

- Théories sur le stress et exploration de la façon dont on en fait l'expérience
- Nouvelles possibilités offertes par l'exploitation des moments présents
- Relation corps-esprit(mental)
- Yoga debout, méditation assise (avec sensations inconfortables), retour sur le calendrier des événements déplaisants, Discussion en dyades/petits et grand groupes sur la pratique

Points clés pour la séance:

1. Il est possible de travailler habilement et avec souplesse avec les pensées, émotions et sensations corporelles
2. La compassion et l'acceptation peuvent accompagner notre pratique
3. Le stress comporte une chaîne d'antécédents, de manifestations et de conséquences
4. Les réactions mentales et comportementales automatiques peuvent s'organiser en patrons connaissables
5. L'expérience est activement modulable suivant le comportement de l'attention

Pratique à faire à domicile

- Alternier entre le yoga allongé et le scan corporel
- Méditation assistée (axées sur le souffle)
- Durant la semaine, conscientiser les manifestations du stress et les réactions, sans chercher à les changer



MBSR séance 5

Thème et contenu de la séance:

- Discerner l'impact des différents moyens de gérer le stress sur la santé et le bien-être
- Choisir comment répondre au lieu de réagir, incluant envers soi et les autres
- Rythme de récupération des situations stressantes
- Yoga, Méditation assise (attention ouverte), Discussion en dyades/petits et grand groupes

Points clés pour la séance:

1. Demeurer ouvert(e) à toutes expériences (même contre intuitives) peut nous donner accès à un éventail de réponses possibles
2. Notre connaissance du stress peut être appuyée par en puisant de nos observations personnelles et les théories sur le stress
3. Retour sur l'expérience du programme jusqu'ici

Pratique à faire à domicile

- Alternier entre la méditation assise et le yoga/scan corporel
- Calendrier des communications difficiles
- Conscientiser ses réactions au stress, de respirer avec elle, et choisir des façons d'y répondre



MBSR séance 6

Thème et contenu de la séance:

- S'approprier progressivement le processus, pratiquer avec plus d'autonomie
- Élargir la continuité de sa pratique au domaine des relations interpersonnelles, aux modes de communications
- Se connaître et savoir répondre dans le champ de nos émotions et besoins
- Yoga, Méditation assise, Exercices expérientiel en dyade, Discussion en dyades/ petits et grand groupes sur la pratique

Points clés pour la séance:

1. Se sensibiliser aux multiples possibilités augmente notre capacité à la résilience
2. Diversifier notre répertoire de réponses révèle notre responsabilité/pouvoir
3. Continuer d'inviter la pratique comme un processus facilite la bienveillance et patience
4. Chaque moment est l'occasion de renouveler son approche et sa pratique

Pratique à faire à domicile

- Alternier entre la méditation assise et le yoga/scan corporel
- Conscientiser la façon dont on prend soin du corps/esprit ; de la conséquence de nos choix d'activité en ce sens
- S'intéresser aux moments passés avec soi-même et les autres. À la possibilité d'offrir de la bienveillance.



Demi-journée de retraite

Thème et contenu de la séance:

- Approfondissement de la pratique
- S'approprier la démarche
- Enchaînement de pratiques formelles et informelles, brodées les unes après les autres



MBSR séance 7

Thème et contenu de la séance:

- Continuer à revoir les apprentissages réalisés jusqu'à présent
- Approfondir sa pratique par l'usage de constance et souplesse
- Explorer comment utiliser la pleine conscience pour mieux prendre soin de soi
- Retour sur la demi-journée de retraite
- Yoga en pleine conscience, Méditation assise, Discussion en dyades/petits et grand groupes

Points clés pour la séance:

1. Se sensibiliser aux multiples possibilités augmente notre capacité à la résilience
2. Diversifier notre répertoire de réponses révèle notre responsabilité/pouvoir
3. Continuer d'inviter la pratique comme un processus facilite la bienveillance et patience
4. Chaque moment est l'occasion de renouveler son approche et sa pratique

Pratique à faire à domicile

- Méditation assise, Yoga en pleine conscience/scan corporel (sans guide)
- Débuter et terminer ses journées avec une conscience de son environnement interne et externe
- Instaurer des intentions de pauses et présence au cours de la journée



MBSR séance 8

Thème et contenu de la séance:

- La fin du programme comme un nouveau début, une continuité
- La continuité du processus un engagement actif de maintien et d'approfondissement
- Redécouverte du scan corporel, Yoga en pleine conscience, méditation assise, lettre à soi. Retour en dyades/petits et grand groupes; cérémonie de clôture

Points clés pour la séance:

1. La fin du programme est l'occasion de faire un retour pour mieux renouveler/ réinventer la continuité de sa pratique
2. Ouverture aux questions restantes et impressions en fin de parcours (même négatives)

Pratique à faire à domicile

- Choisir une pratique formelle et une pratique informelle à faire au cours des prochaines semaines
- Remarquer la présence du souffle comme moyen de se reconnecter avec l'intention d'être présent.e. et avec le déploiement de sa vie plus généralement

Outils et instruments

MBCT

Le protocole MBCT (et tous les outils et instruments qui y sont présentés) est manualisé:

Segal, Zindel V., et al. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression: Prévenir la rechute. De Boeck Supérieur, 2019.

Un résumé du cahier de l'instructeur et du patient sont disponibles en ligne sur le site de Consultations Psychologique Spécialisées:

<http://mindfulness.cps-emotions.be/materiel-adulte.php>

Le thérapeute peut se familiariser avec les outils et commencer à se former à la MBCT via le programme présenté à www.mindfulnoggin.com

Les méditations sont disponibles sur la chaîne Youtube du premier auteur de ce mini-guide (Andréanne Elie) et sur le site web du deuxième auteur (www.tccmontreal.com) en cliquant sur l'onglet MBCT.

Les patients peuvent également se procurer l'un de ces deux livres pour suivre le protocole MBCT :

- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2009). Méditer pour ne plus déprimer: la pleine conscience, une méthode pour vivre mieux. Odile Jacob.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2016). Manuel de méditation anti-déprime. De Boeck Supérieur.

Le protocole MBSR est manualisé et disponible gratuitement sur le site web de www.umassmed.edu.

L'instructeur peut se familiariser avec les outils et commencer à se former à la MBSR via le programme présenté sur www.soundstrue.com

Plusieurs outils se retrouvent sur le site www.palousemindfulness.com

Les patients peuvent également se procurer ce livre pour suivre le protocole MBSR : Stahl, B., Goldstein, E., & Kabat-Zinn, J. (2013). Apprendre à méditer: la méthode MBSR à la portée de tous. Les Arènes.

L'instructeur peut s'entraîner à guider les méditations sans script en écoutant ces modèles (sur youtube ou dans les références pré-citées): (liens répertoriés sur psychopap.com)

- [Exercice du raisin](#)
- [Balayage corporel](#)
- [Méditation assise](#)
- [Méditer avec une difficulté](#)
- [Méditation marchée](#)
- [Méditation de compassion](#)
- Étirements en pleine conscience : [audio](#) ou [vidéo](#)
- [Espace de respiration](#)

Il présentera les exercices suivant en MBCT et MBSR (décrit dans les références précitées)

- [En marchant dans la rue](#)
- [Calendrier des événements plaisants](#)
- [Calendrier des événements déplaisants](#)
- [Territoire de la dépression](#)
- Comment puis-je au mieux prendre soin de moi?
- [Exercice sur les pensées, émotions, perspectives alternatives](#)
- [Réactivité au stress](#)
- [Répondre vs réagir au stress](#)
- [Communications difficiles : vidéo](#)
- [Lettre à soi-même](#) (motivation à continuer)

Il s'entraînera au dialogue exploratoire en lisant cet article essentiel: [Building a framework for the practice of mindful inquiry](#) (Woods 2013). Celui-ci présente les 3 niveaux de question pour le dialogue exploratoire :

- Qu'avez-vous observé?
- En quoi est-ce que de porter attention de cette manière diffère de votre façon habituelle de porter attention?
- Comment est-ce que porter attention de cette nouvelle façon pourrait vous être utile ou aidant pour (problème du patient)?

Le MBI-TAC (Mindfulness based intervention teaching assessment criteria) permet d'évaluer les compétences de l'instructeur en MBCT.

Formation supplémentaire pour les professionnels de la santé

Le parcours suggéré pour se former en MBSR est disponible sur le site de l'Association pour le développement de la mindfulness et celui pour se former en MBCT est disponible sur le site www.mbct.com Les formations, supervisions et certifications sont offertes au Canada par le Center for mindfulness studies de Toronto et, ici, à Montréal, par la Clinique Mindspace qui y est associée.

Liste de centres de formation en MBSR et en MBCT :

- [Access MBCT](#)
- [Mindspace](#) (Montréal) associé au [Center for mindfulness studies](#) (Toronto)
- [Association pour le développement de la mindfulness](#)
- Université de Genève : [CAS interventions basées sur la pleine conscience](#)
- [Center for mindfulness in medicine, health care and society](#) (University of Massachusetts)
- [Mindfulness based professional training institute](#) (UC San Diego)
- [Oxford mindfulness center](#) (Oxford University)
- [Center for mindfulness research and practice](#) (University of Bangor)

Il existe un certificat sur la présence attentive à l'UQAM et un certificat sur les interventions basées sur la pleine conscience à l'Université de Genève. Les instructeurs peuvent également s'inscrire au programme de maîtrise en MBCT à l'Université de Oxford et en interventions basées sur la pleine conscience à l'Université de Bangor.

Livres de référence pour les psychothérapeutes

- Brewer, Judson, *The Craving Mind*, Yale, 2017.
- Cayoun, Bruno, *Mindfulness Integrated Cognitive Behavioral Therapy*, Wiley, 2018.
- Hanson, Rick, *Buddha's Brain*, New Harbinger, 2009.
- Germer, Christopher, *Mindfulness and Psychotherapy*, Guilford, 2016
- Goleman, Daniel, Davidson, Richard, *Altered Traits*, Penguin Random House, 2017.
- Kabat-Zinn, John, *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience*, J'ai Lu, 2012.
- McCown Donald, Reibel Diane, Micozzi, Marc S., *Teaching Mindfulness*, Springer, 2010.
- Pollack, Susan, Pedulla, Thomas, Siegel, Ronald, *Sitting Together*, Guilford, 2014.
- Segal, Zindel, Teasdale, John, Williams, Mark, *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience*, de Broeck 2016.
- Segal, Zindel, Teasdale, John, Williams, Mark, *Manuel de méditation anti-déprime*, de Broeck, 2016.
- Shapiro, Shauna, Carlson, Linda, *The Art and Science of Mindfulness*, American Psychological Association, 2017.
- Treleaven, David, *Trauma-Sensitive Mindfulness*, Norton, 2018.
- Williams, Mark, *Mindfulness-Based cognitive Therapy for People at Risk of Suicide*, Guilford, 2017.
- Wolf, Christiane, Serpa, Greg, *A Clinician's Guide to Teaching Mindfulness*, New Harbinger, 2015.

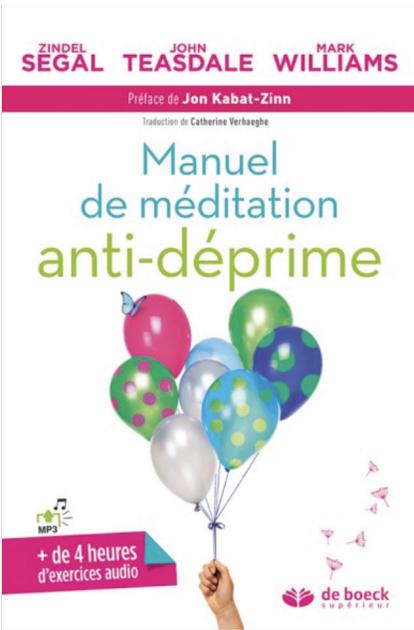
Bibliographie/webographie pour tous

Mindfulness en général:

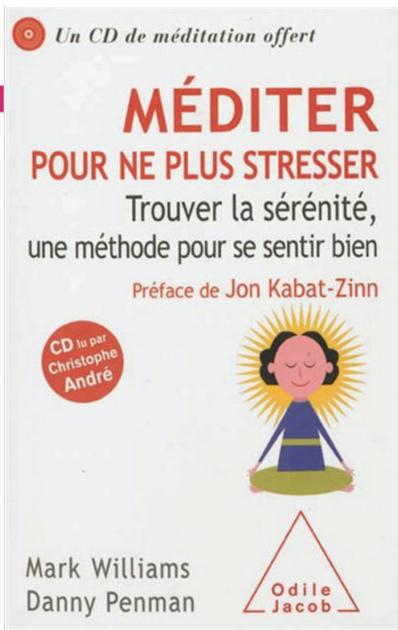
- André, Christophe. *Méditer jour après jour*, éditions L'iconoclaste, 2012.
- Hanson, Rick. *Le cerveau de Bouddha*, Oakland, Pocket, 2009
- Kabat-Zinn, J. *Où tu vas tu es*, j'ai lu, 2013
- Kabat-Zinn, J. *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*, 2009

Initiation mindfulness pour les patients (MBCT et MBSR):

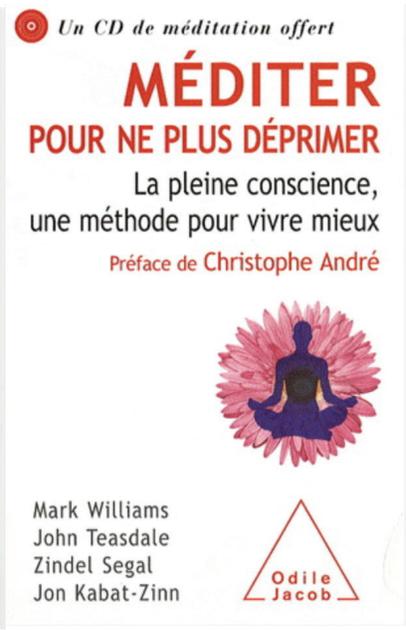
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. *Manuel de méditation anti-déprime*. De Boeck Supérieur, 2016.
- Stahl, B., Goldstein, E., & Kabat-Zinn, J. *Apprendre à méditer: la méthode MBSR à la portée de tous*. Les Arènes, 2013.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. *Méditer pour ne plus déprimer: la pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*. Odile Jacob, 2009.
- Williams, Mark. *Méditer pour ne plus stresser*, Odile Jacob, 2013



Segal et al., 2016



Williams et al., 2010



Williams et al., 2013

Douleur et pleine conscience:

- Dionne, Frédérick, Libérez-vous de la douleur par la méditation et ACT, Payot, 2015.

Auto-compassion:

- Germer, C. L'auto-compassion. Odile Jacob 2013
- Site web de Christopher Germer. www.chrisgermer.com
- Site web de Kristin Neff; www.self-compassion.org
- Site web de Paul Gilbert: www.compassionfocusedtherapy.com

Pour les enfants:

- Calme et attentif comme une grenouille, Eline Snel, les éditions transcontinental.

Pour les adolescents:

- Snell, E. Respirez. Les éditions Transcontinental, 2017

Webographie:

- Pour des méditations sur Youtube : écrire : Méditation Le Gardeur, puis cliquer sur Andreeane Elie pour les audios de toutes les méditations vues dans les groupes des Dres Elie et Paquette. https://www.youtube.com/channel/UCKCSItaL16exN_TFffcs6mw
- <http://www.tccmontreal.com>: site portant sur la thérapie cognitivo-comportementale avec une section pour des audios de méditation : <https://www.dropbox.com/sh/jk0are9uzwksjag/AAAVXedShSDY2eXsDFSsHWV7a?oref=e>
- <http://christopheandre.com/> site du psychiatre français et son blogue
- <http://www.cps-emotions.be/mindfulness/> site francophone de pleine conscience de Belgique avec matériel didactique.
- <http://oxfordmindfulness.org/science/>: site intéressant, voir le vidéo explicatif
- <http://www.gerermonstress.com>: site de Robert Béliveau

Applications pour les cellulaires :

- <https://insighttimer.com/>
- <https://www.petitbambou.com>
- <http://www.10percenthappier.com/>
- <https://www.headspace.com/>

Endroits où méditer à Montréal

- Le Centre Épic à Mtl (affilié à l'institut de cardiologie) offre des ateliers de réduction du stress par la pleine conscience <http://www.centreepic.org/fr/ateliers-conferences.html>
- Le Centre de méditation Vipassana à Montebello a régulièrement des journées portes ouvertes pour un aperçu de leur programme (gratuit). <http://www.suttama.dhamma.org/Home.4053.0.html?&L=2>
- La clinique Mindspace à Montréal offre des sessions individuelles et de groupe (8 semaines) en MBSR, MBCT <http://www.mindspaceclinic.com>
- Gina Rubinsky offre des groupes de MBSR et des retraites de méditation : <https://www.living-arts.ca/>
- L'institut appliqué de la pleine conscience offre des cours et des retraites de méditation dans la tradition de Thich Nhat Hanh www.mpcmontreal.org incluant des ateliers de MBSR par Dr Patricia Dobkins du programme Whole person care de l'Université McGill <https://mcgill.ca/wholepersoncare/mindfulness-based-programs/wellness>
- Pascal Auclair est un professeur de méditation qui donne des cours certains soirs la semaine à différents endroits. <http://www.pascalauclair.org>
- Site de l'Université de Montréal où des séances de méditation sont offertes en ligne par le Dr Hugues Cormier: <http://medecine.umontreal.ca/communaute/les-etudiants/bureau-des-affaires-etudiantes-vie-facultaire-et-equilibre-de-vie/essence/>
- Voie Boréale/True North Insight qui offre des conférences, retraites, cours de méditation et une bonne mine d'informations sur leur site internet. <http://www.truenorthinsight.org/index.php/fr/>

Retraites de méditation

- Centre de méditation Vipassana (Montebello, Québec) <http://www.suttama.dhamma.org/Home.4053.0.html?&L=2>
- Insight meditation society (Barre, Massachussetts) <https://www.dharma.org/>
- Village des érables (St-Etienne de Bolton, Québec) <http://www.villagedeserables.org/index.html>
- Voie Boréale (Montréal et ailleurs) <http://www.truenorthinsight.org/index.php/fr/>

Conclusion

Bien que la pratique de la pleine conscience ait une longue histoire, ce n'est que depuis la fin du XXe siècle que les interventions de pleine conscience ont été intégrées à la médecine occidentale. Malgré cette brève histoire, des MBI ont recueilli un soutien considérable quant à leur efficacité pour traiter les troubles psychiatriques. Entre autres, de nombreuses recherches ont montré que la MBCT est efficace pour réduire les rechutes de dépression et quelques études démontrent son efficacité pour traiter les symptômes résiduels de la dépression, avec des preuves croissantes sur l'efficacité avec les troubles anxieux, les troubles bipolaires (en adjuvant), les troubles de l'alimentation et les troubles liés à l'utilisation de substances. Bien que nous en sachions beaucoup sur les populations de patients susceptibles de bénéficier d'une formation à la pleine conscience, nous ne connaissons pas encore les caractéristiques individuelles qui prédiraient une bonne réponse à ce type d'intervention.

Il est important d'identifier pour qui ces interventions fonctionnent le mieux et pour ceux qui pourraient ne pas être utiles.

Il reste encore beaucoup à faire pour améliorer notre compréhension des MBI afin qu'ils aient un impact important sur la santé publique (Dimidjian et Segal, 2015). La recherche a également fourni des preuves des mécanismes sur la manière dont les interventions basées sur la conscience améliorent la santé psychologique.

Des études révèlent que les MBI accroissent les attributs psychologiques positifs tels que la pleine conscience, la méta-conscience et la compassion envers soi-même.

De plus, des études ont démontré que les MBI réduisaient les schémas de pensée négatifs et les réactions associées à la psychopathologie, tels que la rumination, l'inquiétude et la réactivité émotionnelle. En outre, les interventions de pleine conscience peuvent réduire les déficits cognitifs associés ou résultant de troubles psychiatriques tels que la mémoire autobiographique générale, une régulation insuffisante de l'attention et la rigidité cognitive. La méditation de pleine conscience

pourraient aussi possiblement être associée à des changements neuronaux. Certaines recherches soutiennent l'association de différences structurelles et fonctionnelles entre ceux qui méditent et ceux qui ne le font pas. Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour établir un modèle de causalité directe associé aux modifications du cerveau avec les MBI.



Commentaires et questions au sujet du contenu de ce mini-guide peuvent être formulés sur psychopap.com

Bibliographie

Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psych Rev.* 2010;30:217–237.

Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, Kuyken W. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review.* 2017;55:74–91.

American Psychiatric Association (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. APA

Arch JJ, Eifert GH, Davies C, et al. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80:750–765.

Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003;10:125–43.

Batink T, Peeters F, Geschwind N, van Os J, Wichers M. How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLoS ONE.* 2013;8:1–13.

Bieling PJ, Hawley LL, Bloch RT, Corcoran KM, Levitan RD, Young LT, Macqueen GM, Segal ZV. Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2012;80:365–72.

Biringer E, Lundervold A, Stordal K, Mykletun A, Egeland J, Bottlender R, Lund A. Executive function improvement upon remission of recurrent unipolar depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2005;255:373–80.

Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2004;11:230–241.

Bostanov V, Keune PM, Kotchoubey B, Hautzinger M. Event-related brain potentials reflect increased concentration ability after mindfulness-based cognitive therapy for depression: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research.* 2012;199:174–8070.

Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide.* New York, NY: Guilford Press; 2010.

Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71:547–56.

Bricker JB, Bush T, Zbikowski SM, Mercer LD, Heffner JL. Randomized trial of telephone-delivered acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for smoking cessation: a pilot study. *Nicotine Tob Res.* 2014;16:1446–1454.

Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Emotional Reactivity to Social Stress: Results from a Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy.* 2012;43:365–80.

Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry.* 2007;18:211–37.

- Brown M, Glendenning A, Hoon AE, John A. Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2016;18:e221.
- Cayoun, B. A. (2011). *Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice.* John Wiley & Sons.
- Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66:7-18.
- Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2011;187:441-53. []
- Cotrena C, Branco LD, Shansis FM, Fonseca RP. Executive function impairments in depression and bipolar disorder: Association with functional impairment and quality of life. *Journal of Affective Disorders.* 2016;190:744-53.
- Crane C, Winder R, Hargus E, Amarasinghe M, Barnhofer T. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on specificity of life goals. *Cognitive Therapy and Research.* 2012;36:182-89. [][]
- Crane RS, Brewer J, Feldman C, et al. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychol Med.* 2017;47:990-999.
- Creswell JD. Mindfulness Interventions. *Annu Rev Psychol.* 2017;68:491-516
- Daley DC, Marlatt GA. *Overcoming Your Alcohol or Drug Problem: Effective Recovery Strategies: Therapist Guide.* Vol. 2. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
- Davidson RJ. Mindfulness-based cognitive therapy and the prevention of depressive relapse: measures, mechanisms, and mediators. *JAMA Psychiatry.* 2016;73:547-548.
- De Raedt R, Baert S, Demeyer I, Goeleven E, Raes A, Visser A, Wymans M, Jansen E, Schacht R, Van Aalderen JR, Speckens A. Changes in attentional processing of emotional information following mindfulness-based cognitive therapy in people with a history of depression: Towards an open attention for all emotional experiences. *Cognitive Therapy and Research.* 2012;36:612-20.
- De Raedt R, Baert S, Demeyer I, Goeleven E, Raes A, Visser A, Wymans M, Jansen E, Schacht R, Van Aalderen JR, Speckens A. Changes in attentional processing of emotional information following mindfulness-based cognitive therapy in people with a history of depression: Towards an open attention for all emotional experiences. *Cognitive Therapy and Research.* 2012;36:612-20.
- Dimidjian SD, Segal ZV. Prospects for a clinical science of mindfulness-based interventions. *American Psychologist.* 2015;70:593-620.
- Dindo L, Van Liew JR, Arch JJ. Acceptance and commitment therapy: A transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics.* 2017;14:546-553.
- Dindo L. One-Day Acceptance and Commitment Training Workshops in Medical Populations. *Curr Opin Psychol.* 2015;2:38-42.

- Dunne J. Mindfulness in anorexia nervosa: An integrated review of the literature. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2017
- Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22:716–721.
- Fox KCR, Dixon ML, Nijeboer S, Girn M, et al. Functional neuroanatomy of meditation: A review and meta-analysis of 78 functional neuroimaging investigations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* 2016;65:208–228.
- Fox KCR, Nijeboer S, Dixon ML, et al. Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2014;43:48–73.
- Geschwind N, Peeters F, Drukker M, van Os J, Wichers M. Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: A randomized controlled trial. *J Consulting and Clinical Psychology.* 2011;79:618–28.
- Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine.* 2014;174:357–368.
- Grabovac AD, Lau MA, Willett BR. Mechanisms of mindfulness: A buddhist psychological model. *Mindfulness.* 2011;2:154–66.
- Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Booth M, Sorbero M, Hempel S. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Addict Med.* 2017
- Greenberg J, Reiner K, Meiran N. “Mind the Trap”: Mindfulness practice reduces cognitive rigidity. *PLoS ONE.* 2012:5.
- Greenberg J, Reiner K, Meiran N. “Off with the old”: Mindfulness practice improves backward inhibition. *Frontiers in Psychology.* 2013:3.
- Greenberg J, Shapero BG, Mischoulon D, Lazar SW. Mindfulness-based cognitive therapy for depressed individuals improves suppression of irrelevant mental-sets. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2016:1–6.
- Grepmaier, L, Mitterlehner, F, Loew, T, Et al. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics,* 2007, vol. 76, no 6, p. 332–338.
- Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review.* 2015;37:1–12.
- Hargus E, Crane C, Barnhofer T, Williams JMG. Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion.* 2010;10:34–42.
- Harrington A, Dunn JD. When mindfulness is therapy: ethical qualms, historical perspective. *Am Psychol.* 2015;70:621–631.
- Hayes AF, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change.* New York: Guilford Press; 1999.
- Heeren A, Van Broeck N, Philippot P. The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy.* 2009;47:403–409.

- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78:169–83.
- Hölzel BK, Carmody J, Evans KC, Hoge EA, et al. Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2010;5:11–17.
- Hölzel BK, Carmody J, Vangel MG, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, Lazar SW. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2011;191:36–43.
- Holzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*. 2011;6:537–559.
- Jha AP, Stanley EA, Kiyonaga A, Wong L, Gelfand L. Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*. 2010;10:54–64.
- Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York, NY: Delacorte Press; 1990.
- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10:144–156.
- Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion; 1994.
- Kearns NP, Shawyer F, Brooker JE, Graham AL, Enticott JC, Martin PR, Meadows GN. Does rumination mediate the relationship between mindfulness and depressive relapse? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2016;89:33–49.
- Key BL, Rowa K, Bieling P, McCabe R, Pawluk EJ. Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2017
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clin Psy Review*. 2013;33:763–771.
- Kuyken W, Hayes R, Barrett B, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386:63–73.
- Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:565–574.
- Kuyken W, Watkins E, Holden E, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and therapy*. 2010;48:1105–1112.
- Lao SA, Kissane D, Meadows G. Cognitive effects of MBSR/MBCT: A systematic review of neuropsychological outcomes. *Consciousness and Cognition*. 2016;45:109–23.
- Letskiewicz AM, Miller GA, Crocker LD, Warren SL, Infantolino ZP, Mimnaugh KJ, Heller W. Executive function deficits in daily life prospectively predict increases in depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 2014;38:612–620.
- Linehan MM, Wilks CR. *The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy*. *Am J Psychother*. 2015;69:97–110.
- Linehan MM. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford; 1993.

- Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York, NY: Guilford Press; 1985.
- Marx R, Strauss C, Williamson C. Mindfulness Apprenticeship: A new Model of NHS-Based MBCT Teacher Training. *Mindfulness*. 2015;6:253–263.
- Meadows GN, Shawyer F, Enticott JC, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: a translational research study with 2-year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48:743–755.
- Melyani M, Allahyari AA, Falah PA, Ashtiani AF, Tavoli A. Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy in cognitive reactivity and self-compassion in females with recurrent depression with residual symptoms. *Journal of Psychology*. 2015;18:393–407.
- Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196:630–33.
- NICE. (2009). *Depression in adults: recognition and management*.
- O'Doherty V, Carr A, McGrann A, O'Neill JO, Dinan S, Graham I, Maher V. A controlled evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for patients with coronary heart disease and depression. *Mindfulness*. 2015;6:405–16.
- O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obes Rev*. 2014;15:453–61.
- Ottaviani C, Thayer JF, Verkuil B, Lonigro A, Medea B, Couyoumdjian A, Brosschot JF. Physiological concomitants of perseverative cognition: A systematic review and meta-analysis. *Psyc Bull*. 2016;142:231–259.
- Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., ... & Milev, R. V. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. Psychological treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 524–539.
- Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:1032–1040.
- Pollack, S., Pedulla, T., Siegel, R. *Sitting Together*, Guilford, 2014.
- Raab, K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *Journal of health care chaplaincy*, 2014, vol. 20, no 3, p. 95–108.
- Robinson PJ, Strosahl KD. Behavioral health consultation and primary care: lessons learned. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009;16:58–71.
- Ryan, A Safran, J, Doran, J., et al. Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 2012, vol. 22, no 3, p. 289–297.
- Salcedo S, Gold AK, Sheikh S, Marcus PH, Nierenberg AA, Deckersbach T, Sylvia LG. Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *J Affect Disord*. 2016;201:203–14.
- Schroevers MJ, Tovote KA, Snippe E, Fleer J. Group and individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) are both effective: a pilot randomized controlled trial in depressed people with a somatic disease. *Mindfulness*. 2016;7:1339–46.

- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford; 2002.
- Shahar B, Britton WB, Sbarra DA, Figueredo AJ, Bootzin RR. Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010;3:402-18.
- Shallcross AJ, Gross JJ, Visvanathan PD, et al. Relapse prevention in major depressive disorder: mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83:964-975.
- Shapiro, B. G., Greenberg, J., Mischoulon, D., Pedrelli, P., Meade, K., & Lazar, S. W. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy improves cognitive functioning and flexibility among individuals with elevated depressive symptoms. *Mindfulness*, 9(5), 1457-1469.
- Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006;62:373-386.
- Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Subst Abus*. 2010;31:98-107.
- Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*. 2013;139:81-132.
- Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*. 2012:81.
- Stahl B, Goldstein E. *A mindfulness-based stress reduction workbook*. New Harbinger Publications; 2010.
- Stordal KI, Lundervold AJ, Egeland J, Mykletun A, Asbjørnsen A, Landrø NI, Roness A, Rund BR, Sundet K, Oedegaard KJ, Lund A. Impairment across executive functions in recurrent major depression. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2004;58:41-47.
- Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PloS One*. 2014;9:e96110.
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70:275-87.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:615-23. []
- Tirch, D., Silberstein, L. R., & Kolts, R. L. (2015). *Buddhist psychology and cognitive-behavioral therapy: A clinician's guide*. Guilford Publications.
- Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2012;6:296.
- van Aalderen JR, Donders ART, Giommi F, Spinhoven P, Barendregt HP, Speckens AEM. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2012;42:989-1001.

- van den Hurk PAM, van Aalderen JR, Giommi F, Donders RART, Barendregt HP, Speckens AEM. An investigation of the role of attention in mindfulness-based cognitive therapy for recurrently depressed patients. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2012;3:103–20.
- van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, Fjorback LO, Piet J. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*. 2015;37:26–39.
- van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, Fjorback LO, Piet J. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*. 2015;37:26–39.
- van Vugt MK, Hitchcock P, Shahar B, Britton W. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on affective memory recall dynamics in depression: a mechanistic model of rumination. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2012;6:257.
- van Vugt MK, Jha AP. Investigating the impact of mindfulness meditation training on working memory: a mathematical modeling approach. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2011;11:344–53
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition research reviews*, 30(2), 272–283.
- Watkins E, Teasdale JD. Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001;110:353–57.
- Williams JM, Crane C, Barnhofer T, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82:275–286.
- Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol*. 2000;109:150–55.
- Woods, S, Rockman, P, Collins, E. *A Contemplative Dialogue: The Inquiry Process In Mindfulness-Based Interventions*. Centre For Mindfulness Studies, 2016. Creative commons licencing
- Woods, S. *Building A Framework For The Practice Of Mindful Inquiry*. 2013. Creative commons licencing

Les interventions basées sur la pleine conscience (MBI) en résumé

Qu'est-ce que la pleine conscience? La pleine conscience, c'est «prêter attention d'une manière particulière, délibérément, au moment présent, et sans porter de jugement».

Que sont les interventions basées sur la pleine conscience?

Les interventions basées sur la pleine conscience enseignent des méditations qui visent à sortir du pilote automatique, d'augmenter l'attention intentionnelle, de développer une relation différente avec les pensées/émotions/sensations physiques/situations et de mettre en pratique des stratégies différentes face à des pensées et les émotions difficiles, tout en évitant de porter de jugement.

Ceci permet d'éviter d'entrer dans des cercles vicieux qui amplifient la souffrance.

À qui s'adresse-t-elle?

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• L'adaptation aux maladies chroniques et les individus qui veulent apprendre à gérer le stress (MBSR, ACT)• La douleur chronique (ACT, MBSR)• Les rechutes dépressives (MBCT)• Le trouble d'anxiété généralisée (MBCT, MBSR, ABBT: acceptance based behavior therapy)• Le trouble de personnalité limite (DBT) | <ul style="list-style-type: none">• Les troubles anxieux et dépressifs (ACT)• La psychose (ACT)• Les troubles liés à l'utilisation de substance (MBRP)• Les troubles alimentaires (MB-eat, DBT)• La honte et l'auto-critique (CFT: compassion focused therapy) |
|---|--|

Livres pour patients:

Au coeur de la tourmente, la pleine conscience: MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness: programme complet en 8 semaines (Kabat-Zinn, J., & André, C.)

Manuel de méditation anti-déprime (Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G.)

Apprendre à méditer: la méthode MBSR à la portée de tous (Stahl, B., Goldstein, E., & Kabat-Zinn, J.)

Méditer pour ne plus déprimer: la pleine conscience, une méthode pour vivre mieux (Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J.)

Comment l'appliquer?

Pratiquer soi-même la méditation
Participer à un groupe de MBCT ou MBSR

Guider les méditations (se pratiquer à les guider sans script):

- [Exercice du raisin](#)
- [Balayage corporel](#)
- [Méditation assise](#)
- [Méditer avec une difficulté](#)
- [Méditation marchée](#)
- [Méditation de compassion](#)
- Étirements en pleine conscience : [audio](#) ou [vidéo](#)
- [Espace de respiration](#)

Exercices: [MBCT](#) et [MBSR](#)

Comment se former?

Parcours pour se former en [MBSR](#) et en [MBCT](#)

- [Access MBCT](#)
- [Mindspace](#) (Montréal)
- [Institut appliqué de la pleine conscience](#) (Montréal)
- [Association pour le développement de la mindfulness](#)
- Université de Genève : [CAS interventions basées sur la pleine conscience](#)
- [Center for mindfulness studies](#) (Toronto)
- [Center for mindfulness in medicine, health care and society](#) (University of Massachusetts)
- [McGill programs in whole person care](#) (Montréal)
- [Mindfulness based professional training institute](#) (UC San Diego)
- [Oxford mindfulness center](#) (Oxford University)
- [Center for mindfulness research and practice](#) (University of Bangor)

Quels outils sont disponibles?

Protocole MBCT: [en ligne](#), protocole papier ([livre](#) et [résumé](#))

Protocole MBSR: [en ligne](#) et protocole [papier](#)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• En marchant dans la rue• Calendrier des évènements plaisants• Calendrier des évènements déplaisants• Territoire de la dépression• Comment puis-je au mieux prendre soin de moi?• Exercice sur les pensées, émotions, perspectives alternatives• Réactivité au stress• Répondre vs réagir au stress | <ul style="list-style-type: none">• Communication difficile: vidéo• Lettre à soi-même (motivation à continuer)• Dialogue exploratoire <p>Qu'avez-vous observé?
En quoi est-ce que de porter attention de cette manière diffère de votre façon habituelle de porter attention?
Comment est-ce que porter attention de cette nouvelle façon pourrait vous être utile ou aider pour (problème du patient)?</p> |
|---|---|

Dre Andréanne Elie
Psychiatre

Dr Sébastien Nguyen
Psychologue

Dre Thanh-Lan Ngô
Psychiatre

Département de psychiatrie
CIUSSS-NIM

Ce guide s'intègre dans une série de mini-guides sur la psychothérapie, élaborés en collaboration avec le Centre de Psychothérapie affilié au Pavillon Albert-Prévost. Ces guides tentent principalement de répondre aux questions que peuvent se poser les thérapeutes débutants et se veulent une introduction aux différents types de psychothérapie existants.

