

THÉRAPIE DE
PLEINE
CONSCIENCE
EN GROUPE

- Dre Thanh-Lan Ngô, M.D., M.Sc., FRCPC
- Dre Andréanne Elie, M.D., FRCPC



DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊT

Dre Ngô

- Co-auteur de : « La thérapie cognitivo-comportementale » de Chaloult, Ngo, Goulet, Cousineau. 2008. Chenelière,
- Mentor au Center for Mindfulness Studies (Toronto)

Dre Elie

- Mentor et formatrice au Center for Mindfulness Studies (Toronto)

OBJECTIFS

Décrire les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience et leurs indications

Décrire la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

Décrire des applications cliniques (exemples d'outils utilisés, démonstrations par les thérapeutes, exercices de méditation de la pleine conscience)

Expérimenter les différents types de méditation de pleine conscience pratiquées dans un groupe de MBCT et décrire leur utilité.

Identifier les principales indications et contre-indications du programme et types de méditation

S'initier à l'enseignement de l'espace de respiration de 3 minutes

THÉRAPIE DE PLEINE CONSCIENCE EN GROUPE

Thérapies basées
sur l'acceptation
et la pleine
conscience:
Description et
définitions des
approches
cliniques

MBCT:

- Historique et efficacité
- Indications et contre-indications
- Contenu des sessions 1 à 4: pratiques
- Contenu des sessions 5 à 8 : pratiques
- Dialogue exploratoire
- Revue de la littérature, mécanismes d'action

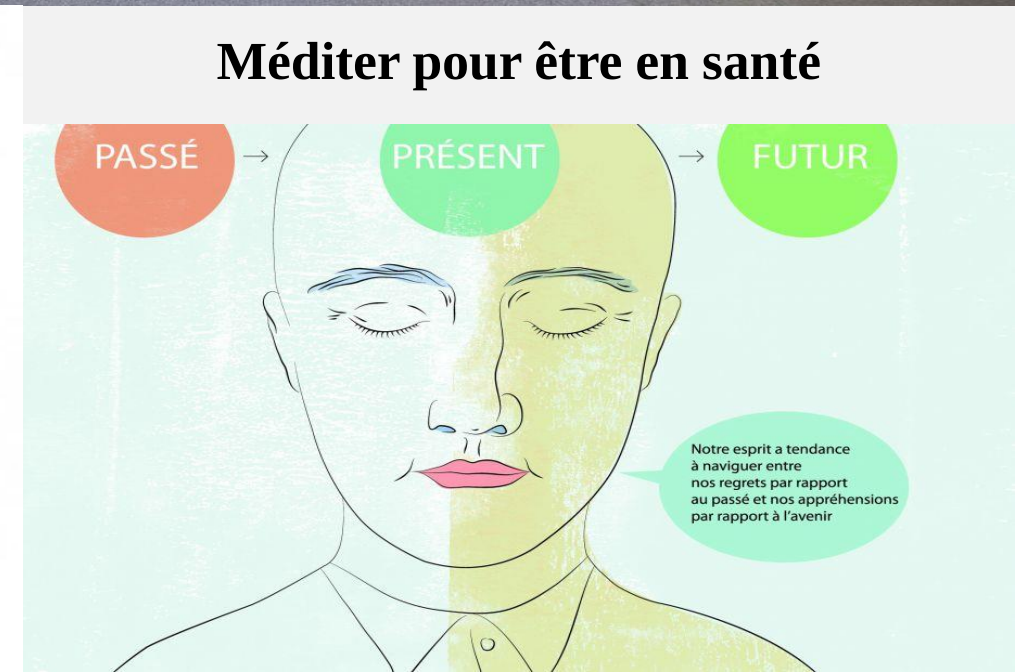
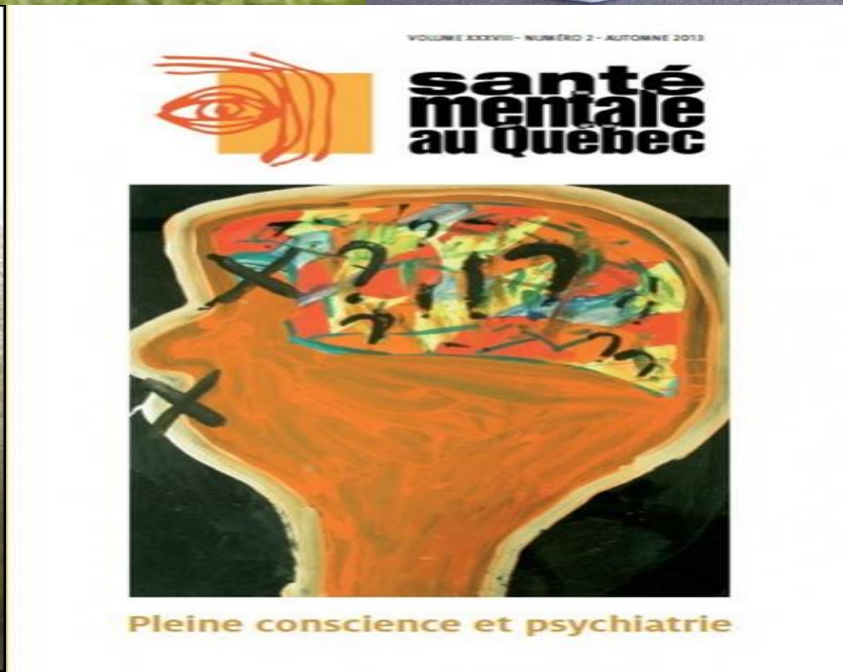
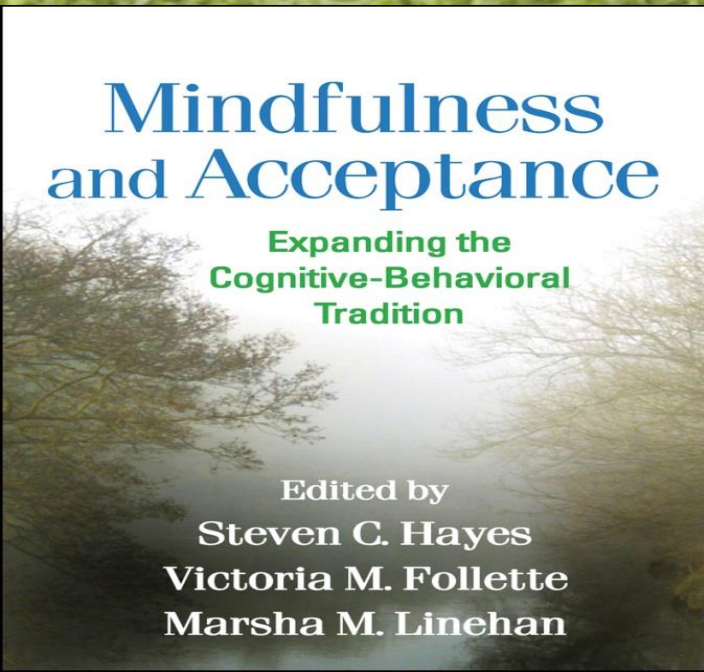


La méditation pleine conscience

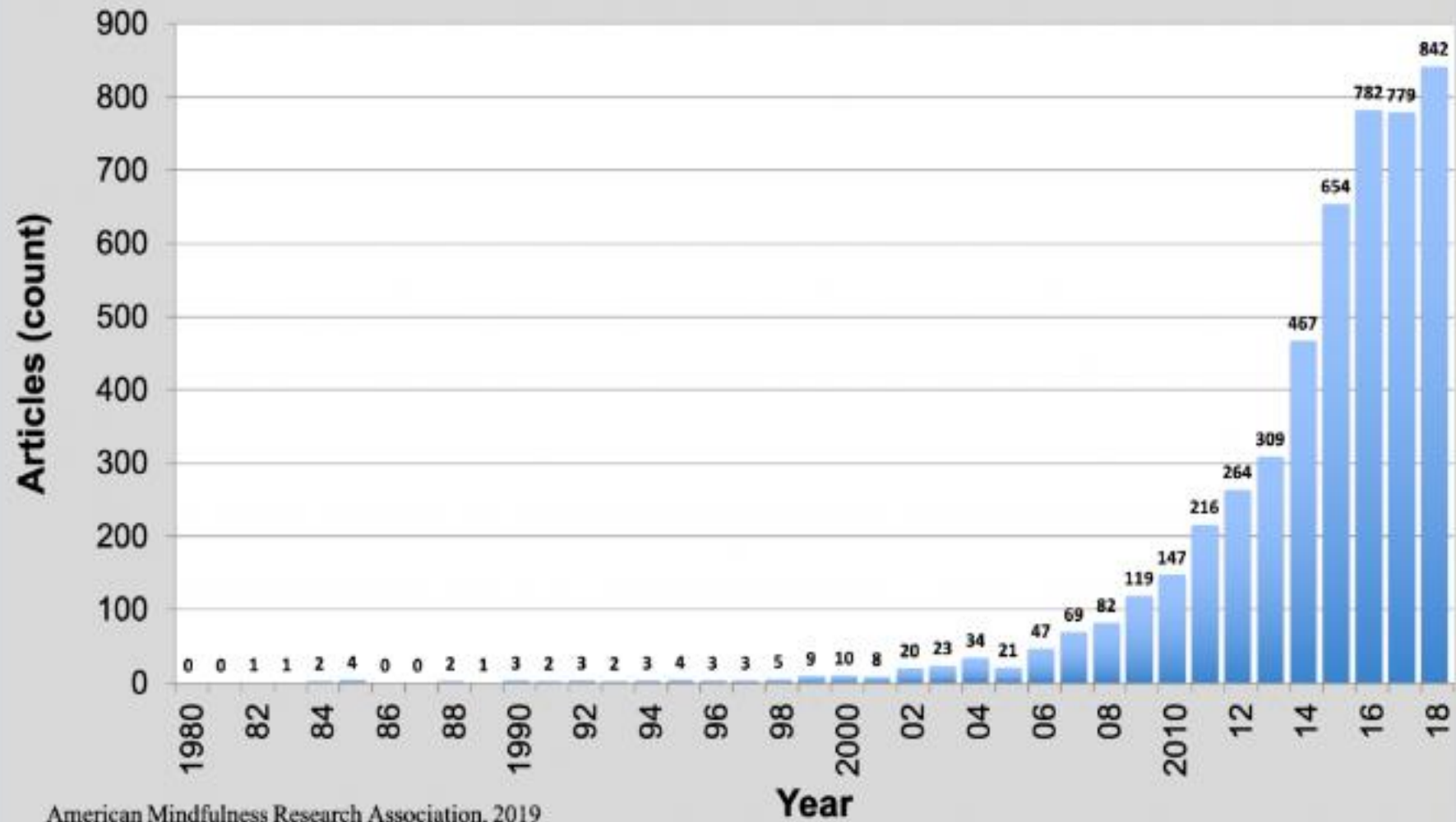
Une pratique bénéfique pour le personnel médical

Pauline Gravel

Le Devoir

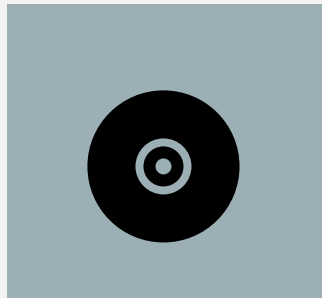


Mindfulness Journal Publications by Year, 1980-2018



American Mindfulness Research Association, 2019
Source: goAMRA.org

QU'EST CE QUE LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE ?



Pratique:

Formelle: activités permettant de cultiver la pleine conscience

Informelle: moments de pleine conscience dans la vie de tous les jours



Processus:

Conscience du moment présent, acceptation
Déployer son attention d'une certaine manière

MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

Déployer son attention d'une certaine manière:

- Délibérément
- Au moment présent
- Sans jugement de valeur
- Sur l'expérience vécue



TYPES DE PRATIQUES MÉDITATIVES

Concentration



Pleine conscience



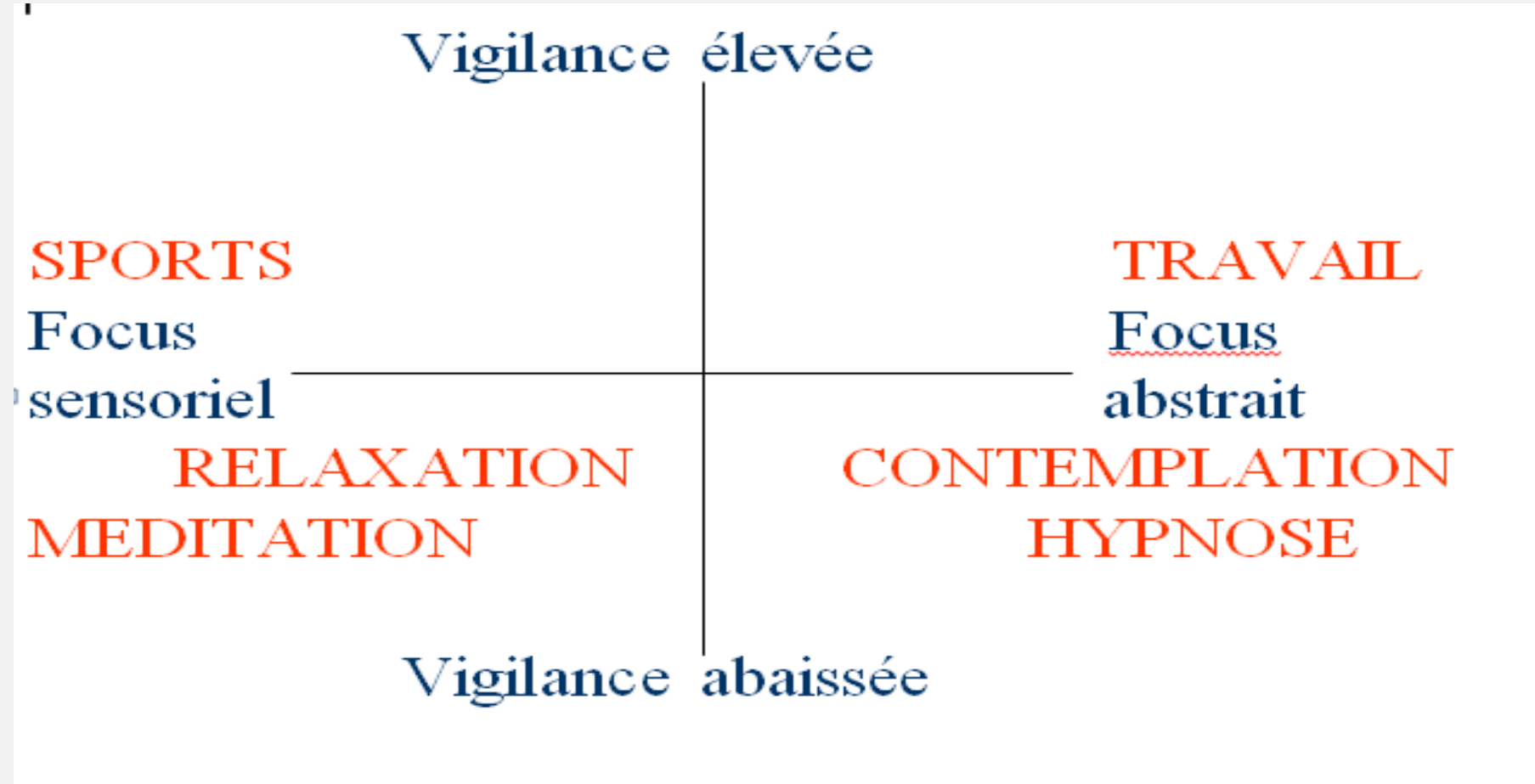
Contemplation



Créative



MÉDITATION VS RELAXATION



ENTRAÎNEMENT À LA RÉDUCTION DU STRESS PAR LA PLEINE CONSCIENCE (MBSR)



<https://www.umassmed.edu/globalassets/center-for-mindfulness/documents/mbsr-curriculum-guide-2017.pdf>

ENTRAÎNEMENT À LA RÉDUCTION DU STRESS PAR LA PLEINE CONSCIENCE (KABAT ZINN, 1990)

But:

- Traiter les patients avec des maladies chroniques
- Diminuer la souffrance grâce à la méditation
- Augmenter la connexion entre le corps et l'esprit

Populations cibles:

- Douleurs chroniques
- Dépression
- Troubles anxieux: TAG, TPA
- Crises de boulimie
- Fibromyalgie
- Psoriasis
- Maladies cardiaques
- Cancer
- Professionnels de la santé
- Populations non cliniques
- Ménopause

MBSR: PROGRAMME

8 semaines

2.5 heures

Une journée intensive (semaine 6)

Tâche à domicile (ex. 45 minutes de méditation, 6 fois par semaine)

Méditation formelle:

- Assise
- Balayage corporel
- Yoga

Méditation informelle:

- Manger
- Conduire
- Marche

Enseignement: réactivité au stress, effets physiologiques du stress

SURVOL

Introduction à la pleine conscience , engagement, capacité à prendre soin de soi, conscience du corps	Balayage corporel, méditation assise, vie quotidienne
Influence de perceptions et des conditionnement passés sur notre expérience, réactivité automatique, responsabilité	Balayage corporel, méditation assise, vie quotidienne, calendrier des événement agréables
Défis/prises de conscience lors de la méditation, conscience du présent , plaisir/force d'être présent, observer corps et esprit	Yoga/balayage corporel, méditation assise, calendrier des événements désagréables
Développement de la concentration, incarnation, rediriger et élargir attention, réactivité au stress vs pleine conscience, bases physiologiques du stress	Yoga/balayage corporel, méditation assise, observation des manifestations stress-réactions
Possibilité de répondre vs réagir au stress, récupération plus rapide	Yoga/balayage corporel, méditation assise 1 jour sur 2, calendrier des communications difficiles
Stratégies d'adaptation (résilience), communications stressantes (besoins, émotions)	Yoga/balayage corporel, méditation assise 1 jour sur 2
Journée en silence : établir de manière durable l'usage des compétences	Pleine conscience
Intégrer la pleine conscience à la vie de tous les jours, discipline et souplesse, comment prendre soin de moi maintenant?	Choisir une méditation, pratiques informelles toute la journée
Maintien et continuer à apprendre	Le reste de la vie, pratique formelle et informelle

MBSR:
ÉLÉMENTS
SPÉCIFIQUES

- Coffre à outil
- Enseigne la méditation dans un contexte séculaire
- Emphase sur les travaux à domicile
- Idées clés:
 - Être vs faire
 - Moment présent
 - Réponse vs réaction: choisir comment on veut répondre aux événements

MBSR ET DOULEUR

Sujets	Études/ sujets	Résultats
Douleur chronique (Khoo, 2019)	21 études TCC vs contrôle MBSR vs contrôle MBSR vs TCC	TCC et MBSR meilleur que contrôle pour fonctionnement physique, intensité de la douleur, dépression, MBSR=TCC
Fibromyalgie, colon irritable, somatisation (Lakhan, 2013)	12 (n=1092)	Effet petit à modéré pour diminuer la douleur, sévérité des sx, dépression, anxiété, améliorer la qualité de vie MBSR et MBCT plus efficace que la thérapie ecclésiastique Résultats plus solides pour le colon irritable
Fibromyalgie (Lauche, 2013)	6 (n=47)	Évidence de faible qualité: amélioration de la qualité de vie et douleur vs contrôle actif
Lombalgie (Anheyer, 2017)	7 (n=864)	Vs TU: Amélioration à court terme pour l'intensité de la douleur et fonctionnement physique Vs traitement actif: pas de différence

Sujets	Etudes/ sujets	Résultats
Sujets non cliniques (Khoury, 2015)	29 (n=2668)	Taille de l'effet large: stress Taille de l'effet modéré pour l'anxiété, la dépression, la détresse, la qualité de vie Taille de l'effet petit: burnout
Général (Khoury, 2013)	209 (n=12145)	Efficacité modérée vs liste d'attente et autres traitements Pas supérieur à la TCC Taille d'effet large pour l'anxiété et la dépression, gains maintenus au f/u Moins d'attrition
Travail (Heckenberg, 2018)	9 (n=731)	Diminue production de cortisol, améliore la variabilité fréquence cardiaque/cohérence cardiaque (équilibre autonome), moins de réactivité du SNA (amylase alpha salivaire), augmentation réponse anticorps suite à vaccin, diminution concentration protéine C réactive
Aidant naturel pour démence (Lium, 2018)	N=201	Diminution des symptômes dépressifs et anxieux à court terme
Maladies physiques chroniques (Bohlmeijer, 2010)	8 (n=667)	Petit effet sur la dépression, anxiété et détresse psychologique

Sujets	Etudes/ sujets	Résultats
Cancer du sein (Schell, 2019)	14 (n=1756)	Améliore qualité de vie, fatigue, anxiété, dépression, sommeil en aigu; améliore sommeil, anxiété et dépression au moyen terme mais pas de différence à 6 mois pour la qualité de vie, anxiété, dépression
Cancer du sein (Huang, 2016)	9 (n=964)	Améliore dépression, anxiété, stress, qualité de vie Réplique la méta-analyse de Cramer (2012), Zainal (2012) Piet (2012): diminution de l'anxiété et la dépression pour le cancer
Cancer du sein (Haller, 2017)	10 (n=1709)	Comparé à traitement usuel: qualité de vie, fatigue, sommeil, stress, anxiété, dépression 6 mois plus tard: effet significatif sur l' anxiété, la dépression 12 mois plus tard: effet significatif sur l' anxiété Comparé à traitement actif: Anxiété et dépression (effet moyen non cliniquement important)
Sommeil (Rusch, 2018)	18 (n=1654)	Pas de différence p/r contrôle actif spécifique mais ES comparé à contrôle non spécifique
HTA, diabète, maladie cardiaque, ACV (Abbott, 2014)	9 (n=578)	Effet petit sur le stress, dépression, anxiété
ACV, TCC, SEP (Ulrichsen,	4 (n=257)	Effet modéré sur la fatigue

APPROCHES
BASÉES SUR
LA
MÉDITATION
VS
CONTRÔLE
ACTIF
(GOYAL, 2014)

- Contrôle actif: exercice, relaxation, TCC, psychoéducation sur alimentation, médicaments etc...
- Petite taille d'effet sur l'anxiété, la dépression, la douleur
- Évidence de faible qualité: effet sur le stress et la qualité de vie
- Pas assez d'évidence sur l'attention, l'humeur positive, le sommeil, le comportement alimentaire, l'utilisation des substances pour conclure

NONINVASIVE TREATMENTS FOR ACUTE, SUBACUTE,
AND CHRONIC LOW BACK PAIN:
A CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FROM THE
AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. (QASEEM, 2017)

For patients with **chronic low back pain**, clinicians and patients should **initially select** nonpharmacologic treatment with exercise, multidisciplinary rehabilitation, acupuncture, **mindfulness-based stress reduction (moderate-quality evidence)**, tai chi, yoga, motor control exercise, progressive relaxation, electromyography biofeedback, low-level laser therapy, operant therapy, cognitive behavioral therapy, or spinal manipulation (low-quality evidence). **(Grade: strong recommendation).**

2016 CANADIAN CARDIOVASCULAR SOCIETY GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF DYSLIPIDEMIA FOR THE PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN THE ADULT (ANDERSON, 2016)

The INTERHEART study confirmed the importance of stress as a CVD risk factor. After MI, patients with depression have a worse prognosis, but it remains unclear whether pharmacologic treatment reduces this risk. **Health care providers can explore stress management techniques with this population to optimize quality of life.**

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON THE USE OF INTEGRATIVE THERAPIES AS SUPPORTIVE CARE IN PATIENTS TREATED FOR BREAST CANCER (GREENLEE, 2014)

Meditation, yoga, and relaxation with imagery are **recommended** for routine use for common conditions, including **anxiety and mood disorders** (Grade A). Stress management, yoga, massage, music therapy, energy conservation, and **meditation** are **recommended for stress reduction, anxiety, depression, fatigue, and quality of life** (Grade B).

CRITÈRES
D'EXCLUSION
POTENTIELS
POUR LE MBSR
(SANTORELLI,
2014)

Activement suicidaire

Toxicomanie active

Psychose non traitée

ESPT

Dépression aiguë/anxiété sociale si
interfère avec participation

QUE FAIT-ON QUAND ON MÉDITE?

Intention	Attitude	Attention
Centré sur le moment présent même si c' est difficile Ne rien corriger/ne pas essayer d' atteindre un état de relaxation, transcendance, transformation	Esprit débutant Patience Confiance Non effort Auto-compassion Non-jugement Acceptation	Attention soutenue/concentration sur le corps et l' esprit (sensations, pensées, objets d' attention) Focus, détacher, déplacer attention Gérer les distractions, obstacles Attention ouverte et réceptive

Adapté de Rockman, P. Center for mindfulness studies (Toronto)

QUE FAIT-ON QUAND ON MÉDITE?

Conscience	Changer la relation à l'expérience	Bâtir des compétences
Distinguer sensations corporelles, émotions, pensées et des comportements Conscience de la façon dont la prolifération mentale perpétue les états d'humeur négatifs Position d'observateur (décentré, méta-conscience, réceptif, moi observateur) Conscience de l'impermanence de tout phénomène	Se tourner vers ce qui est difficile Reconnaissance menant à l'acclimatation menant à l'acceptation Acceptation de l'expérience sans qu'il soit nécessaire qu'elle soit différente puis décider si on doit faire quelque chose	↑régulation émotionnelle ↑tolérance des états d'esprit difficiles ↓évitement ↓élaboration cognitive ↓auto-évaluation négative Equanimité Empathie et compassion Passer de la réactivité comportementale à la réponse habile

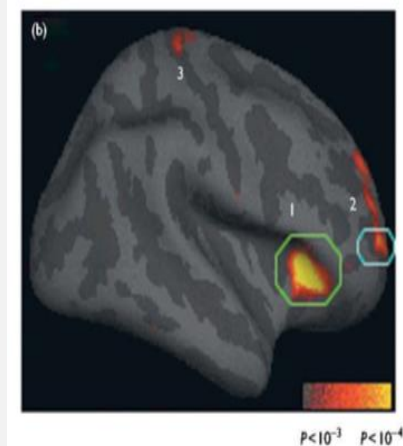
Adapté de Rockman, P. Center for mindfulness studies (Toronto)

PROCESSUS DE CHANGEMENT

- Acceptation (Linehan, 1993, Brach, 2003, Hayes, 2005)
- Contrôle de l'attention (Teasdale, 1995)
- Conscience métacognitive (Teasdale, 2002)/**Décentration** (Farb, 2018; Segal, 2019)
- Exposition intéroceptive (Lynch, 2006)
- Changement des réponses automatiques (Lynch, 2006)
- Désidentification (Walsh, 2006)
- Changement du degré de croyances (Segal, 2006; Goldin, 2012; Farb, 2018)
- Relaxation (Kabat-Zinn, 1998, Goldenberg, 1994)
- Diminution de la mémoire surgénéralisée (Williams, 2000)
- Diminution des ruminations (Perestelo-Perez, 2017)
- Diminution des inquiétudes (Batink, 2013)
- Capacité à refouler des états mentaux non pertinents (Greenberg, 2017)
- Diminution de la réactivité émotionnelle (Britton, 2012)
- Auto-compassion/pleine conscience (Kuyken, 2010)
- Découplage entre la réactivité cognitive et émotionnelle et la rechute (Kuyken, 2010)
- Revue systématique et méta-analyse (Gu, 2015): **pleine conscience, ruminations, inquiétudes**, préliminaire: réactivité cognitive et émotionnelle, auto-compassion, flexibilité psychologique
- Revue systématique (Alsubaie, 2017): pleine conscience

MESURER L'EFFET DE LA PRATIQUE MÉDITATIVE SUR LE CERVEAU: NEUROPLASTICITÉ

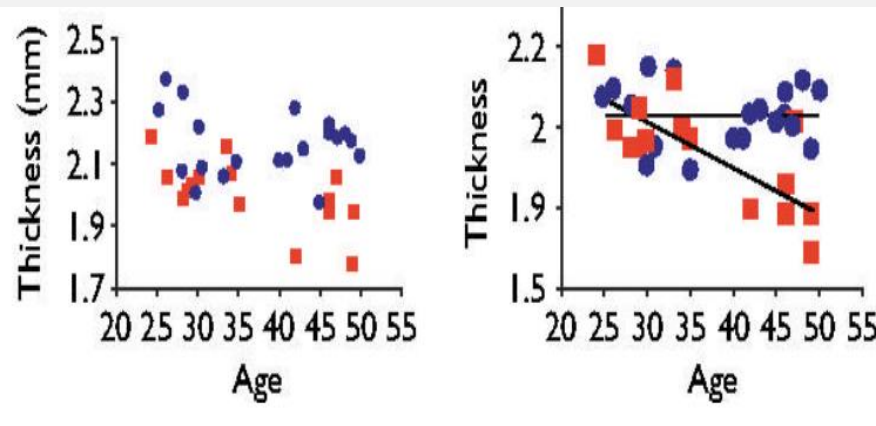
Cortex préfrontal et insula



Lazar et al. (2005)

Méditants avec 9 années de pratique régulière ont un cortex préfrontal et insula plus épais comparé à un groupe témoin

Moins d'amincissement du cortex chez les plus âgés



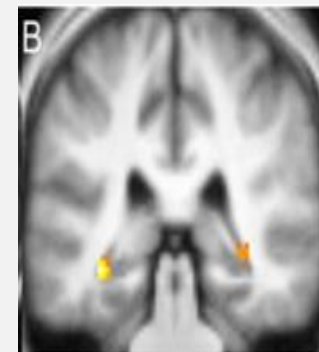
Amygdale



Hölzel et al. (2010)

Après MBSR, réduction de la densité de matière grise de l'amygdale droite
Ceci est corrélé avec la diminution du stress perçu rapporté

Hippocampe

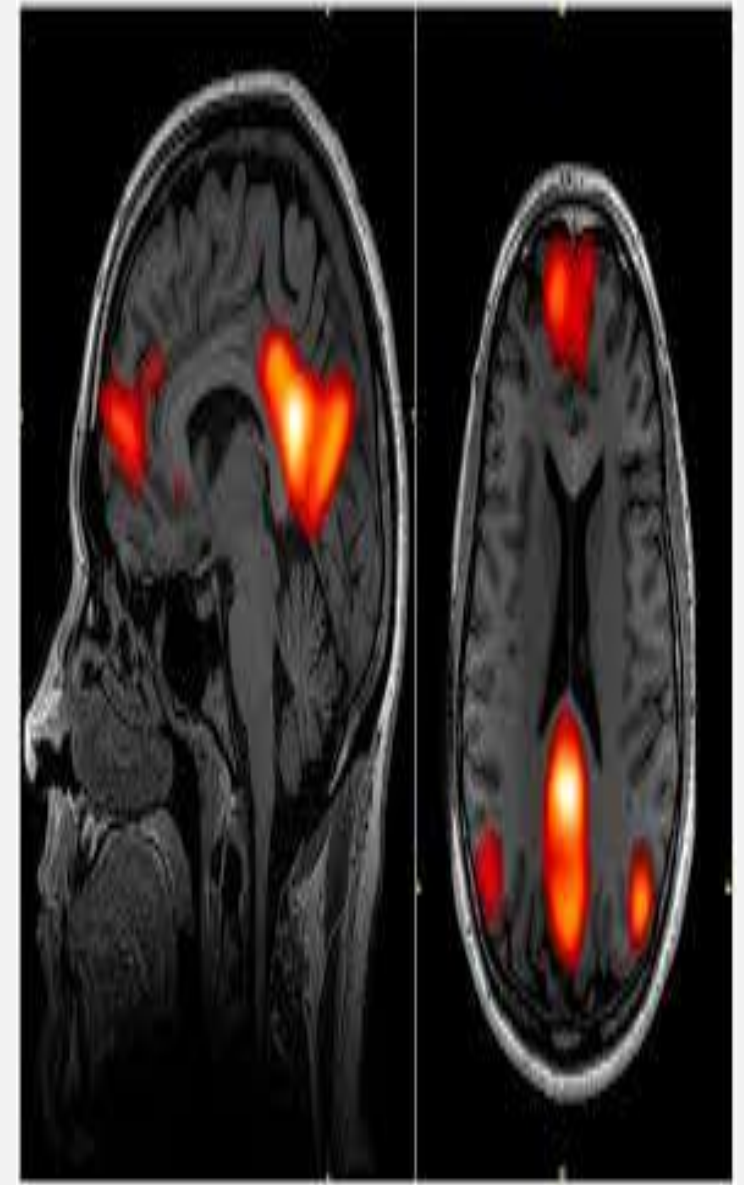


Hölzel et al. (2011)

Après MBSR, réduction de la densité de matière grise de l'hippocampe gauche

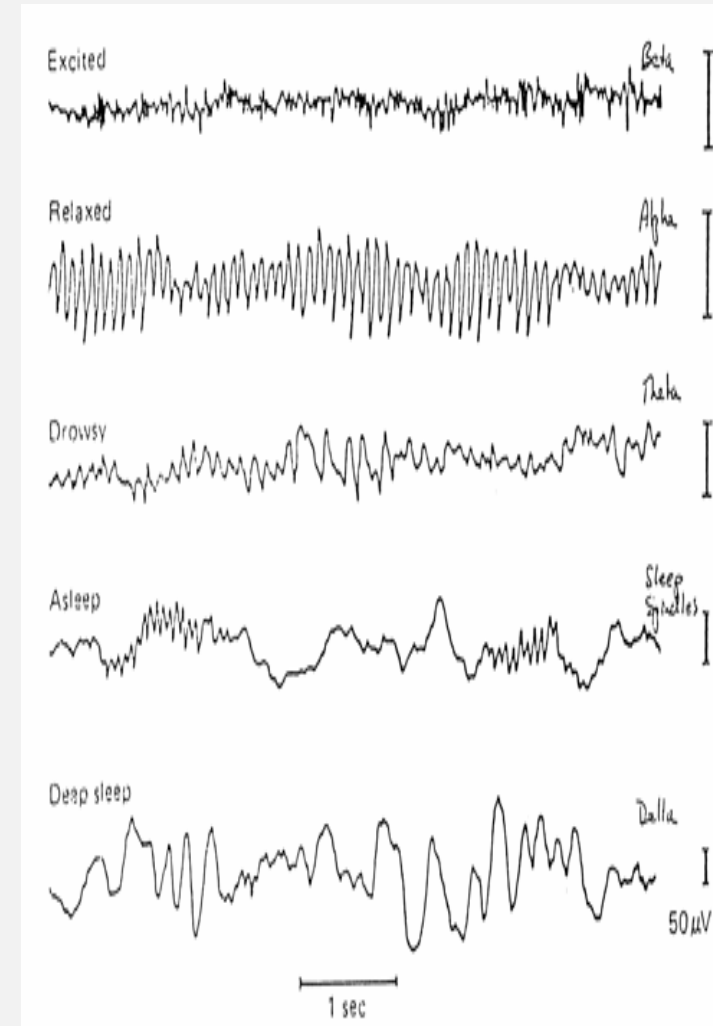
NEUROIMAGERIE (LAZAR, 2013)

- **RMD** (rêverie) **désactivé ou couplé** de façon plus étroite aux réseaux de l'attention et du contrôle exécutif: maintien de l'attention, se désengager de la distraction, moins de vagabondage de l'esprit
- **CCA plus actif**: orienter l'attention
- **Insula antérieure activée, plus épaisse**: perception des sensations viscérales, détection rythmes cardiaques, respiratoires
- **CCP désactivé**: moins d'évaluation auto-référentielle (inquiétudes, ruminations, esprit vagabonde)
- **JTP augmentée**: empathie, compassion, perception des états corporels
- **Amygdale moins active/dense**: diminution de l'excitation émotionnelle



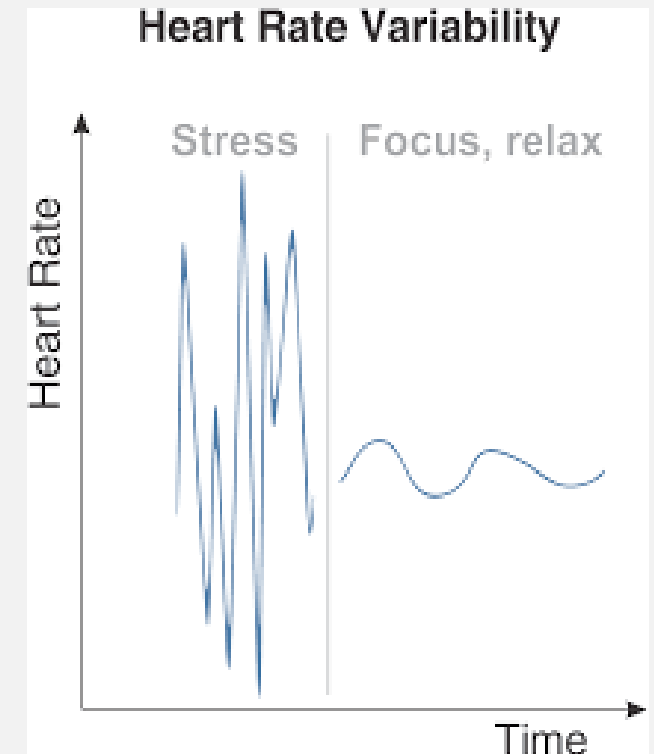
EEG DANS LA MÉDITATION

- Modification des ondes (Lomas, 2015):
éveil détendu
 - Augmentation des ondes alpha (attention dirigée vers l'intérieur)
 - Augmentation des ondes thêta (fonction exécutive: orienter et diriger l'attention, traitement de nouvelles informations, mémoire: encodage et récupération)
- Activation antérieure gauche (médial C3-C4): affect positif (Davidson, 2003)
- Patron équilibré d'activation préfrontale ondes alpha reflétant équilibre entre évitement/affect négatif et approche/affect positif (Barnhofer, 2007)



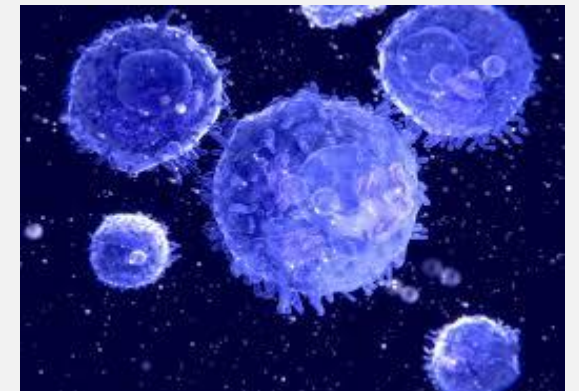
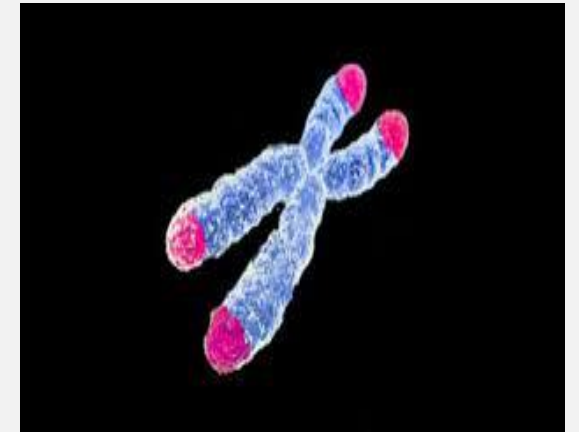
RÉPONSE DE RELAXATION (JEVNING, 1992; SUDSUANG, 1991; TRAVIS, 2001)

- Diminution de la consommation d'O₂
- Fréquence respiratoire diminuée
- Fréquence cardiaque diminuée
- Augmentation des ondes cérébrales lentes
- Diminution de la tension artérielle



AUTRES ASPECTS PHYSIOLOGIQUES

- Augmentation de la variabilité de la fréquence cardiaque (Peng, 1999)
- Augmentation des anticorps suite à vaccin influenza (Davidson, 2003)
- Amélioration de l'activité cytolytique des cellules NK (Fang, 2009)
- Moins de production de cytokines pro-inflammatoires IL6 et TNF-alpha (Pace, 2009; Moraes, 2017)
- Augmentation de l'activité de la télomérase dans les cellules mononucléaires (Schutte, 2014)



LA TROISIÈME VAGUE

1. Thérapie comportementale
2. Thérapie cognitive
3. Thérapies basées sur la pleine conscience et l'acceptation



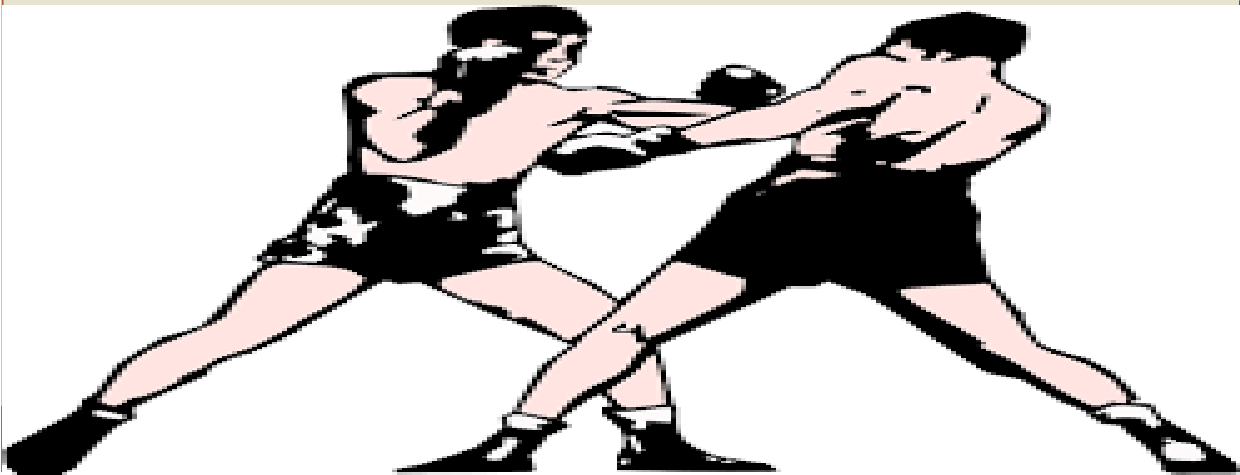
THÉRAPIES BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE ET L'ACCEPTATION

- **Thérapie dialectique comportementale** (Linehan, 1993)
- **Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience** (Teasdale, Segal, Williams, 2000, 2004)
- Activation comportementale (Jacobson, 1996; Martell, 2001)
- Thérapie basée sur l'analyse fonctionnelle (Kohlenberg, 1991, 2004)
- Thérapie de couple comportementale intégrative (Jacobson, 1996)
- **Thérapie d'acceptation et d'engagement** (Hayes, 1999, 2004, Eifert, 2005)
- Thérapie métacognitive (Wells, 2000)
- **Thérapie focalisée sur la compassion**/entraînement à la compassion (Gilbert, 2000)
- Thérapie comportementale basée sur l'acceptation du TAG (Roemer, 2004, 2005)
- **Prévention de la rechute basée sur la méditation** (Marlatt, 2005)
- **Programme d'entraînement à l'alimentation en pleine conscience** (Kristeller, 1999)

TBA vs TCC: différences

Modification des pensées

- Identifier les pensées et émotions
- Modification des pensées (adaptées vs mésadaptées)
- Via analyse logique et expériences comportementales

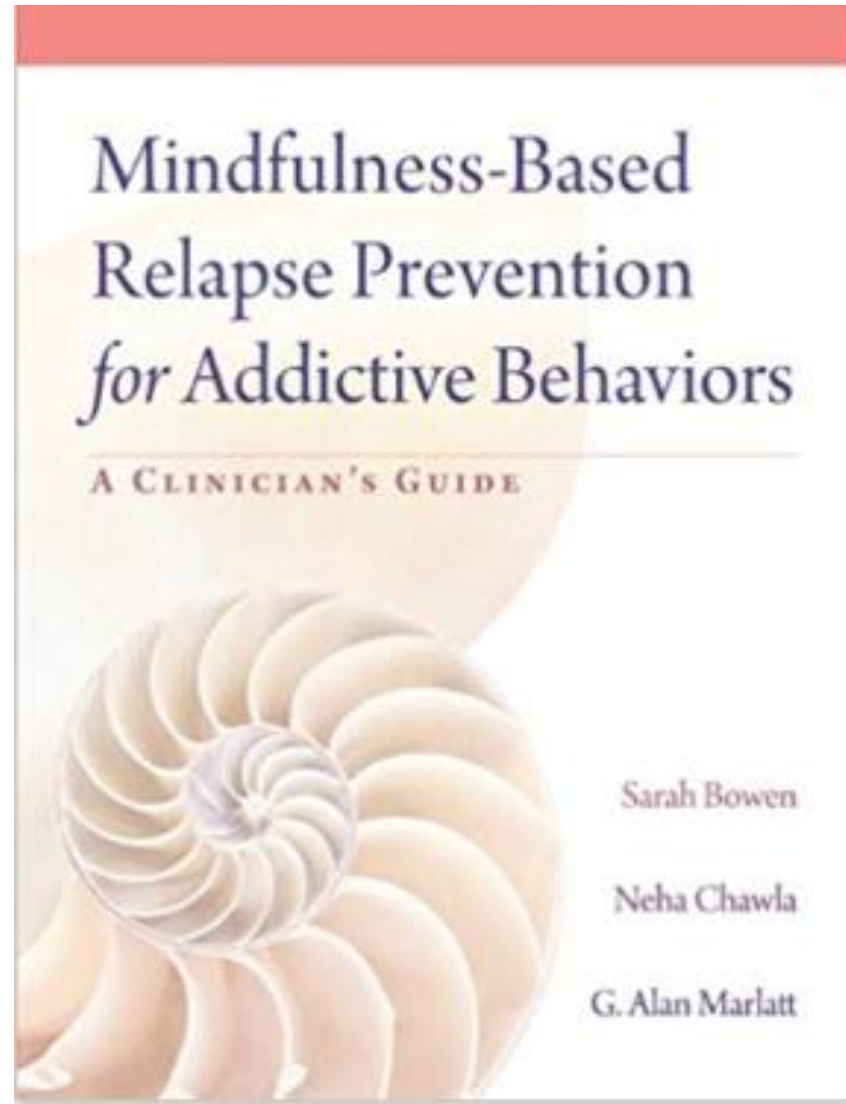


Acceptation des pensées

- Efforts pour contrôler les pensées maintiennent la détresse
- Les pensées et émotions sont transitoires
- Détresse diminue car pas d'escalade attribuable aux stratégies de contrôle



PRÉVENTION DE LA
RECHUTE PAR LA
PLEINE CONSCIENCE
(BOWEN, CHAWLA,
MARLATT, 2010)



PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE (MINDFULNESS BASED RELAPSE PREVENTION)



Attention: facteurs déclenchant et réponses, interrompre la réaction automatique (Bresslin, 2002)



Au moment présent: accepter les expériences présentes plutôt que les éviter avec des substances



Sans juger: détachement des attributions et des pensées automatiques qui mènent à la rechute

Thème	Contenu	Exercices en séance
Pilote automatique et rechute	Reconnaître la tendance à réagir automatiquement, lien avec la rechute	Raisin, balayage corporel TAD: conscient de la prise du produit
Conscience des déclencheurs et des pulsions de consommer	Identification des situation et des sensations qui déclenchent l’envie de consommer Vivre sans réagir automatiquement Développer comportements alternatifs	Marcher dans la rue, surf sur les impulsions, identifier déclencheurs et réactions, méditation de la montagne
La pleine conscience dans la vie quotidienne	Méditation pour être conscient du moment présent Moins impulsif	Calendrier événements agréables, Écoute en pleine conscience, méditation sur la respiration, espace de respiration « SOBER » (Stop, observe, breathe, expand, respond)
La pleine conscience dans les situations à haut risque	Réagir différemment à l’envie de consommer, être conscient lors des situations à haut risque	Observation en pleine conscience. Calendrier des événements désagréables. Méditation assise. SOBER dans les situations à risque. Marche méditative.
Acceptation et action adaptée	Accepter les situations et les émotions négatives sans résister ou lutter contre celles-ci. Étape nécessaire au changement, diminue la colère et la frustration associée à la rechute	Méditation assise, SOBER en dyade (histoire difficile). Mouvements en pleine conscience
Les pensées ne sont pas des faits	Moins s’identifier aux pensées, reconnaître qu’il n’est pas obligatoire d’adhérer à celles-ci	Méditation assise centrée sur les pensées. Identifier cycle de rechute. SOBER
Prendre soin de moi et style de vie équilibré	Hygiène de vie saine et équilibrée. Prendre soin de soi et s’engager dans des activités bienfaitantes sont des éléments essentiels au processus de rétablissement. Identifier les risques de rechute.	Méditation de l’ amour bienveillant. SOBER
Soutien social et poursuite de la pratique	Engagement et discipline. Réseau de soutien pour maintenir la sobriété	Balayage corporel. Méditation de clôture.

“ESPACE DE RESPIRATION SOBER”



Stop

Observe

Breathe

Expand

Respond

DIFFICULTÉS

Anxiété lors du sevrage (Vallejo, 2009)

Agitation, fièvre

Histoire de traumatisme

Adjuvant

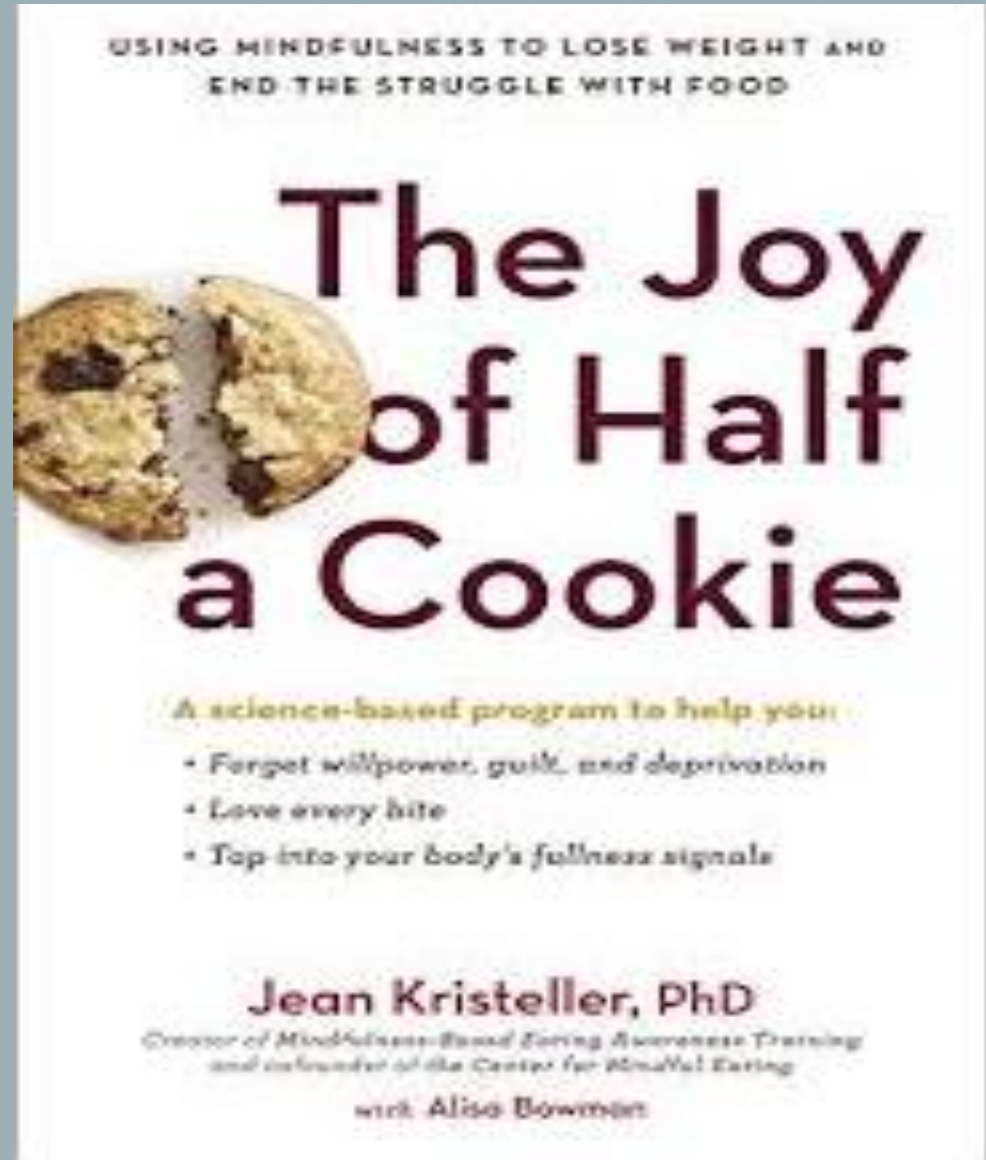
Après une période d'abstinence?



EFFICACITÉ

- MBRP vs TU (Bowen, 2009):
 - N=168 post cure
 - diminution de l'usage de substances et craving, augmentation de l'acceptation, agir en pleine conscience après le traitement
 - mais rechute idem à 4 mois
- MBRP vs RP (Witkiewiz, 2014):
 - N=105
 - Moins de jour d'usage de drogues, moins de problèmes légaux et médicaux
 - Mais manque de données, résidentiel
- MBRP vs RP vs TU (Bowen, 2014)
 - N=286, post traitement
 - Moins de rechute d'usage de substances et ROH
 - Moins d'usage de substances et ROH à 6 mois
 - Moins de jours d'usage et ROH à 12 mois
- Revue de la littérature (Grant, 2017)
 - N=9 études (901 patients): moins de symptômes de retrait/craving, de conséquences négatives de l'usage de substances, peu d'effets négatifs (mais pas de différence pour la rechute, la fréquence d'usage, symptômes anxieux, dépressifs, pleine conscience)

MB-EAT
MANGER EN PLEINE
CONSCIENCE
(KRISTELLER)



MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE: AUTO- RÉGULATION ET LE DOMAINE MULTI- DIMENSIONNEL

- Première étape: observer le processus réactif
- Deuxième étape: se désengager de la réponse automatique.
- Troisième étape: émergence d'une réponse plus intégrative

MB-EAT: SESSION PAR SESSION

- 1) Introduction à la méditation de pleine conscience, modèle d'auto-régulation. Raisin. TAD: CD
- 2) Introduction à la “mini-méditation”. Manger en pleine conscience. Balayage corporel. Fromage et craquelin. TAD: repas en pleine conscience
- 3) Méditation déclencheur d'accès hyperphagique. Aliment sucré-gras. TAD: mini-méditation avant repas
- 4) Méditation de signal de faim (faim physique vs émotionnelle); exercices alimentaires; auto-massage. TAD: manger quand faim
- 5) Méditation de signaux de satiété au niveau du goût spécifique- Croustilles et biscuit. Yoga assis. TAD: attention au goût et plaisir
- 6) Méditation de la plénitude de l'estomac-Pot luck. Méditation sur la satiété. TAD: arrêter de manger quand rassasié modérément, manger à un buffet
- 7) Méditation du pardon. TAD: tous les repas et collations en pleine conscience
- 8) Méditation de la sagesse. Méditation en marchant. TAD: idem
- 9) Est-ce que les autres ont remarqué? Et maintenant? Repas de célébration partagé

ETUDES

MB-EAT vs PCEB vs liste attente (Kristeller, 2013)

- N=150 BED
- Idem pour nb de jours d' accès hyperphagique, Binge eating scale, dépression
- À 4 mois: 95% vs 76% ne rencontrent plus les critères NS, accès hyperphagiques plus petits

MB-EAT vs DSME (Miller, 2014) pour les diabétiques

- N=52
- Amélioration significative des sx dépressifs, attentes, auto-efficacité a/n de la nutrition et l'alimentation et contrôle au niveau des comportements alimentaires
- MB-EAT: plus de pleine conscience
- DSME: plus de connaissances, auto-efficacité, fruits et légumes

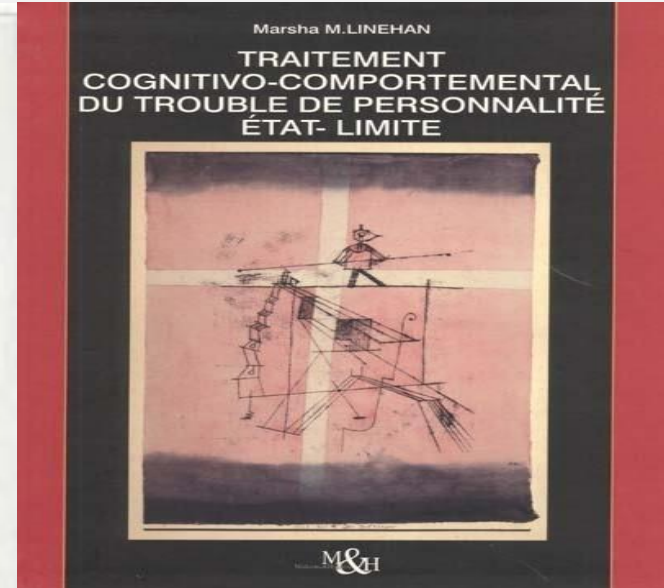
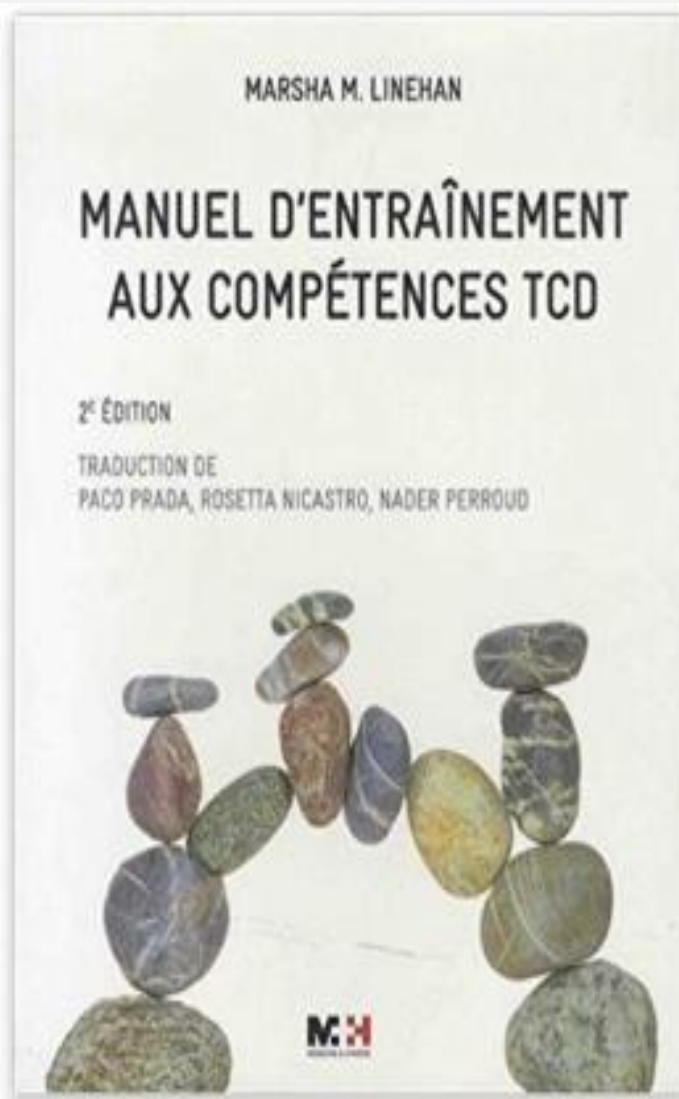
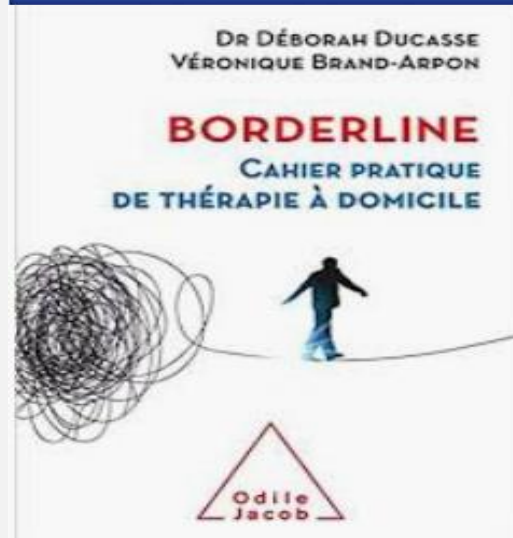
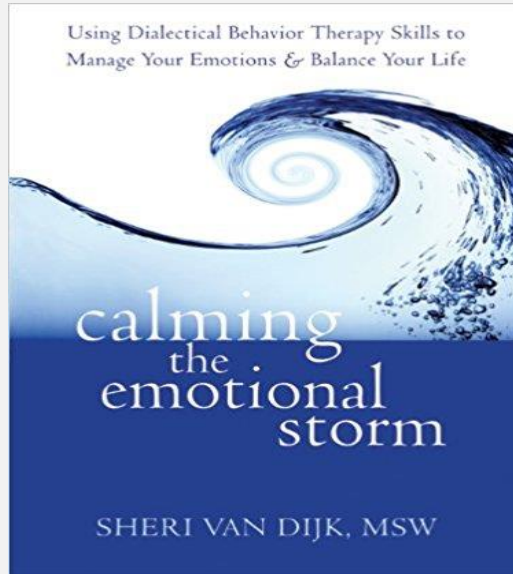
MB-EAT en groupe (Hepworth, 2011) en adjuvant pour les troubles alimentaires:

- N=33
- Diminution au EAT-26 (taille d'effet large)

Méta-analyse sur les accès hyperphagiques (Godfrey, 2014)

- 19 études
- ES: large
- Limitations: biais de sélection, peu ITT

THÉRAPIE DIALECTIQUE COMPORTEMENTALE



La thérapie comportementale
dialectique

un mini-guide de pratique

première édition

THÉRAPIE DIALECTIQUE COMPORTEMENTALE (LINEHAN, 1993)

But: traiter les patientes avec une personnalité limite, suicidaires/auto-mutilation



Autres populations cibles:

Abus de substances

Dépression chez les
personnes âgées

Troubles
alimentaires

Violence maritale

Adolescents

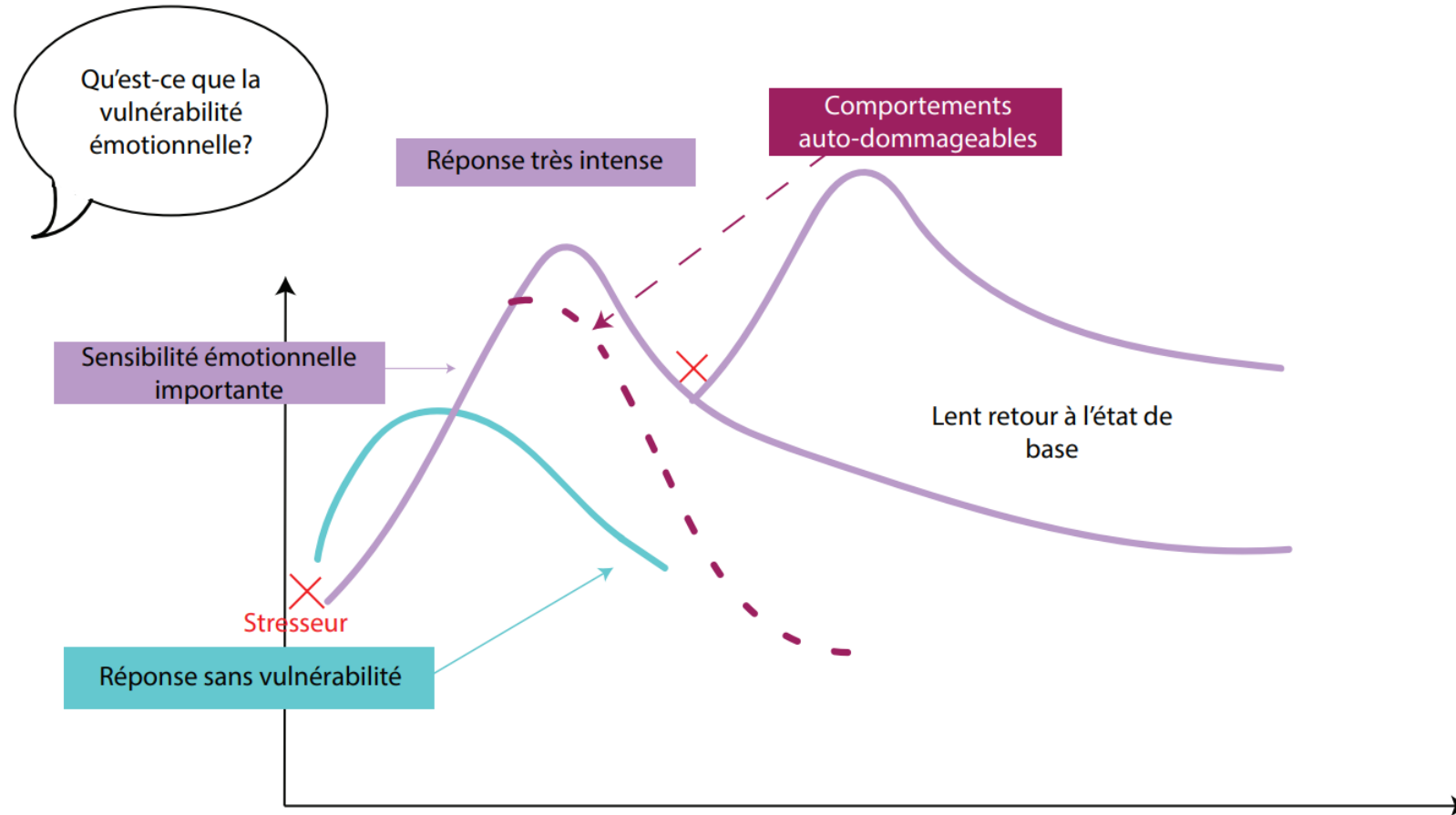


Figure 2. La vulnérabilité émotionnelle (adapté de Linehan, 2015)

DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE

Dysfonctionnement
biologique dans le
système de régulation
des émotions

Environnement
invalidant

ACCEPTATION ET CHANGEMENT

Acceptation de soi-même, de son passé, de la présente situation

Tout en changeant son comportement et son environnement pour avoir une meilleure vie

OBJECTIFS DE LA THÉRAPIE

Moduler l'émotivité extrême et réduire comportements inadaptés

Faire confiance et **valider** ses propres émotions, pensées et activités

Augmenter son **autorégulation**

Tolérer la détresse émotionnelle jusqu'au changement

Se centrer pour vivre les émotions et éviter l'inhibition émotionnelle

PROGRAMME

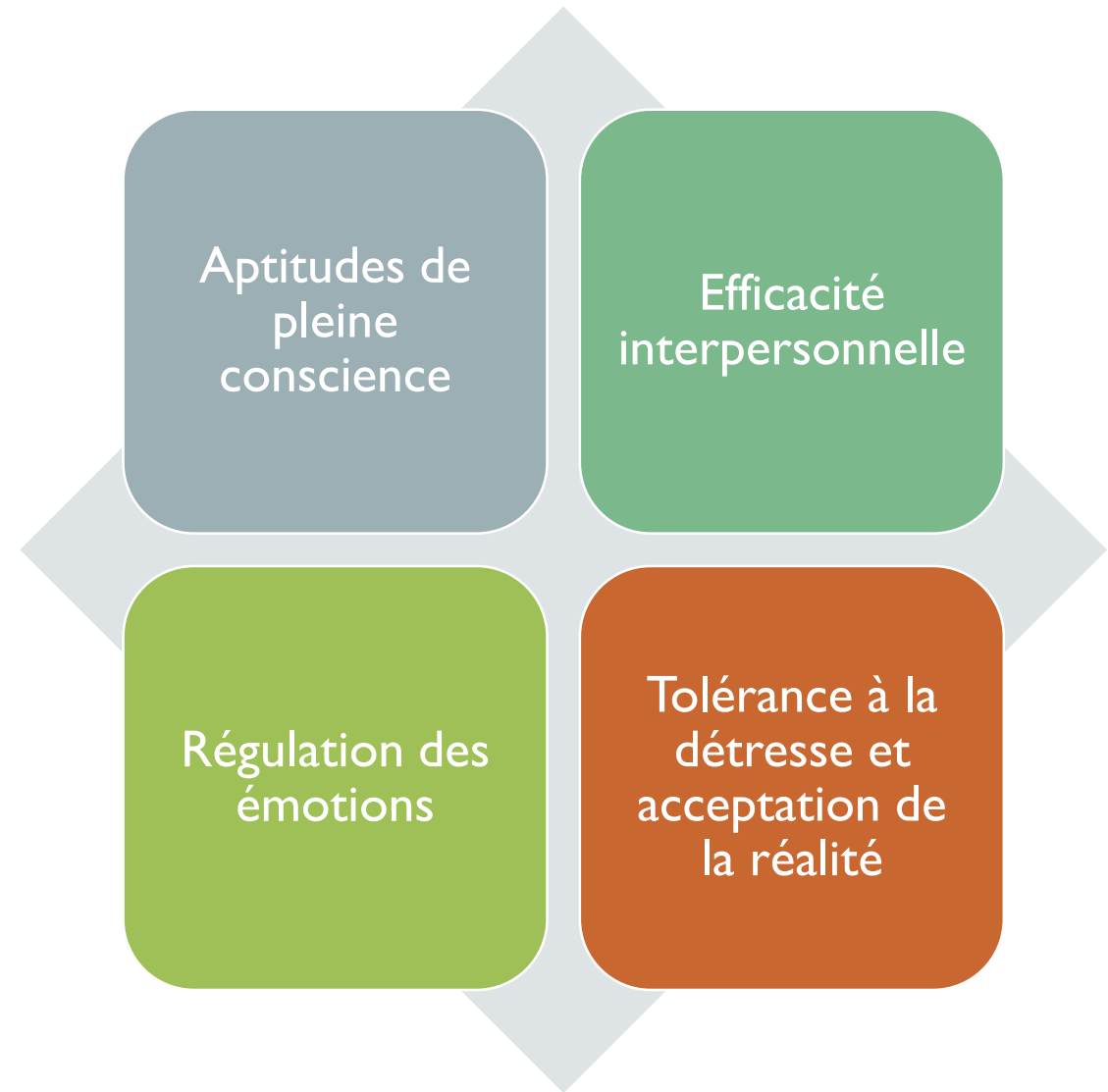
Thérapie individuelle
hebdomadaire, un an

Contacts téléphoniques entre les
sessions

Groupes d'entraînement aux
compétences hebdomadaires: 2.5h

Groupes de soutien pour les
thérapeutes

**GROUPE
D'ENTRAÎNEMENT
AUX COMPÉTENCES:
4 MODULES**



EXEMPLES DE MÉDITATIONS

Compter les respirations,
étiqueter dans l'esprit: inspirer et expirer

Demi sourire

Esprit Teflon: laisser les pensées entrer et sortir de
l'esprit

Pleine conscience des émotions

Imaginer que l'esprit est un grand ciel traversé par
les pensées et les émotions tels des nuages

ELÉMENTS SPÉCIFIQUES

Techniques faciles à appliquer, rapidement

Focus: diminuer les gestes parasuicidaires (plutôt que cultiver la pleine conscience ou diminuer le stress)

Thérapeute n'est pas obligé d'avoir une pratique formelle quotidienne mais application des aptitudes dans la vie quotidienne

Idées clés:

- Construire une vie vaut la peine d'être vécue
- Acceptation radicale des expériences déplaisantes

Germer, C. (2006) Multicomponent mindfulness-based treatment. Boston.

- **Changement du comportement**

- Esprit sage: intégrer la pensée émotionnelle et

EFFICACITÉ

ECA (Linehan, 1991): 1 an après le traitement:

- Moins d'actes parasuicidaires, moins sévères sur le plan médical
- Moins de jours hospitalisés
- Moins d'abandons du traitement

Depuis, 9 études ECA

Cochrane (2013): aide les patients avec TPL
(diminue la colère inappropriée, l'auto-mutilation, améliore le fonctionnement)

DBT TRANSDIAGNOSTIQUE

DBT standard vs DBT-I vs DBT-G (Linehan, 2015):

- Tous les groupes font moins de TS et moins sévères, moins d'idées suicidaires
- DBT-G moins de gestes auto-dommageables, dépression, anxiété que DBT-I
- DBT standard vs I: moins de services de crise et d'hospitalisations

DBT-TD: 16 sessions pour les patients souffrants de troubles anxieux et dépressifs

- ECA (n=48) DBT (16 sessions) vs groupe d'activités:
 - Diminue la colère, la honte et le dégoût (Neacsiu, 2018)
- ECA (n=44): diminue la dysregulation émotionnelle, diminution anxiété

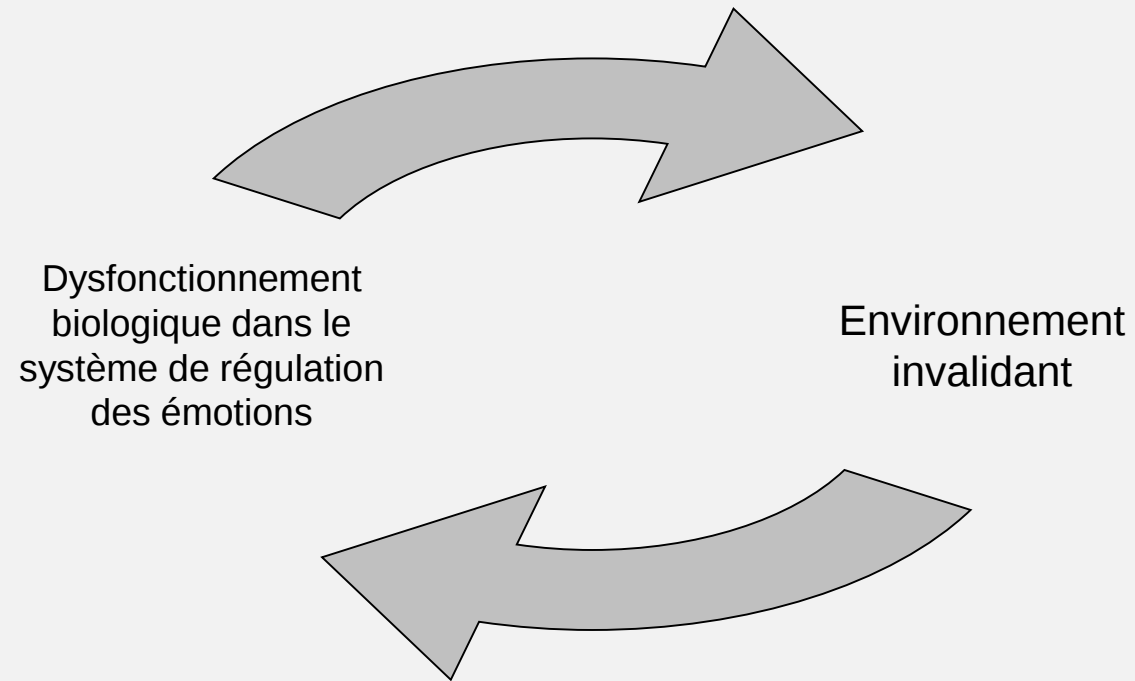
THÉRAPIE DIALECTIQUE COMPORTEMENTALE TRANSDIAGNOSTIQUE

Thanh-Lan Ngô

Basé sur Neacsiu et Linehan (2014)

SESSION I:
INTRODUCTION AU MODÈLE DE
DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE, À LA
THÉRAPIE DIALECTIQUE
COMPORTEMENTALE ET À LA PLEINE
CONSCIENCE

DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE



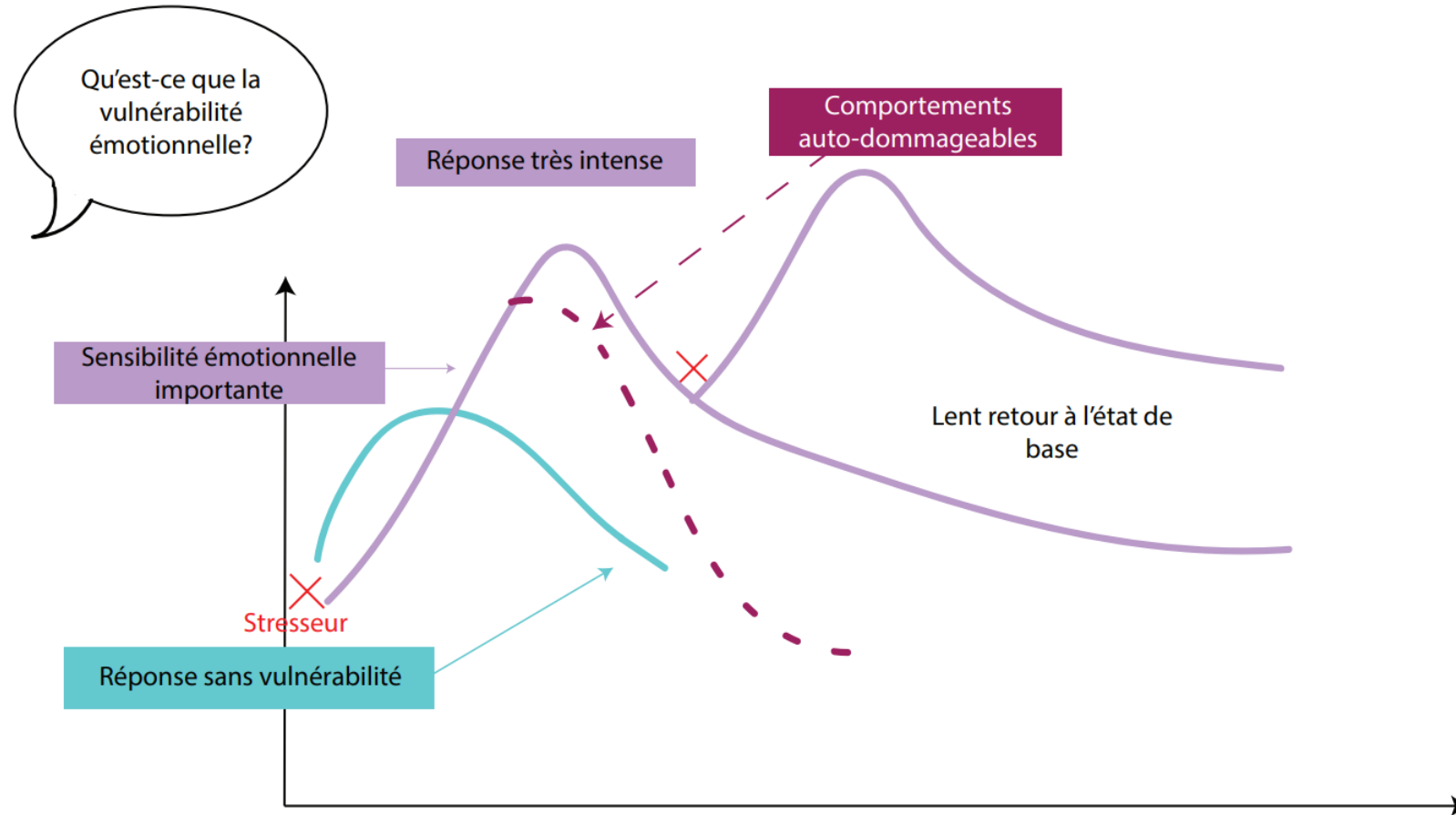


Figure 2. La vulnérabilité émotionnelle (adapté de Linehan, 2015)

THÉRAPIE DIALECTIQUE COMPORTEMENTALE

Pleine conscience:

- Connaissance de soi
- Conscience des symptômes
- Concentration
- Mémoire
- Contrôle des pensées

Tolérance à la détresse:

- Utiliser des stratégies d'adaptation saines
- Aspects positifs des relations
- Estime de soi

Régulation des émotions:

- Accepter les émotions
- Stabilité de l'humeur
- Contrôle des émotions

Efficacité interpersonnelle:

- Faire en sorte que les autres nous donnent ce qu'on requiert
- Soutien des proches

QU'EST-CE QUE LA PLEINE CONSCIENCE ?

- **C'est vivre intentionnellement avec la conscience du moment présent**
- **Sans juger ou rejeter le moment présent**
- **Sans rester «attaché» au moment présent**

POURQUOI LA PLEINE CONSCIENCE?

- Diminuer les ruminations
- Diminuer l'attention divisée
- Auto-régulation
- Contrôle de l'attention
- Modifier les habitudes
- Recherche



Thanh-Lan Ngô, basé sur van Dijk (2009)

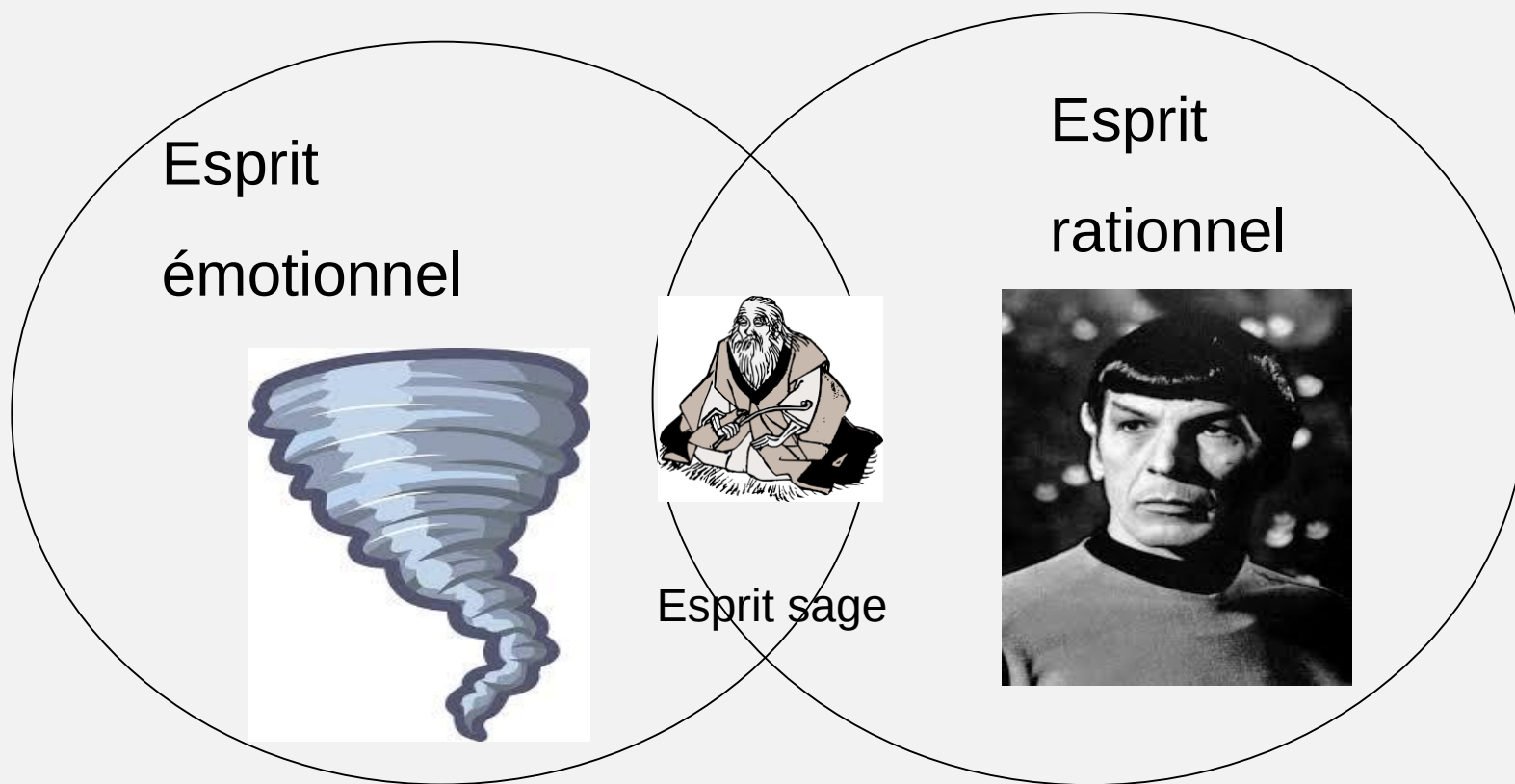
PLEINE
CONSCIENCE:
OBJECTIFS

Réduire la souffrance et
augmenter le bonheur

Augmenter le contrôle
de l'esprit

Voir la réalité telle qu'elle
est

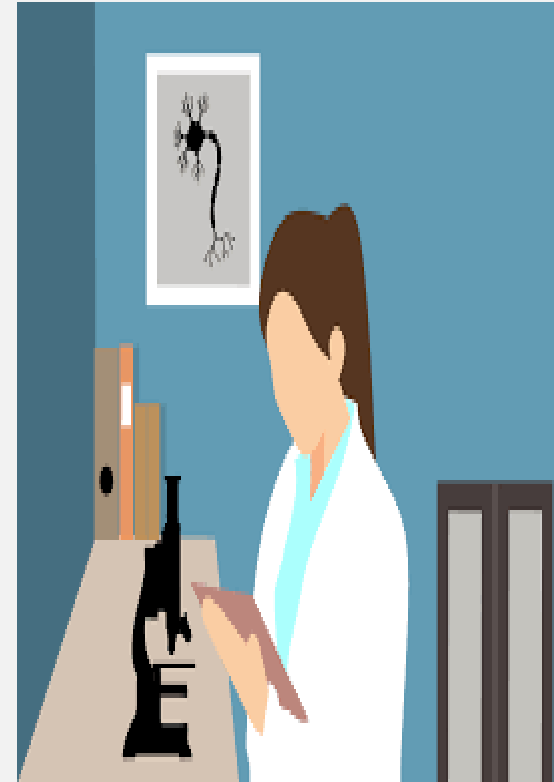
ESPRIT SAGE (DOCUMENT 2, DEVOIR 1)



QUOI ?

(DOCUMENT 6, 9, 10, 11, DEVOIR 4A)

- Observer
- Décrire
- Participer



**SESSION 2:
PLEINE CONSCIENCE:
HABILETÉS DU QUOI ET DU
COMMENT**

COMMENT?

(DOC 7, 12, 13, 14, DEVOIR 5A)

- Sans jugement
- Une chose à la fois
- De façon efficace

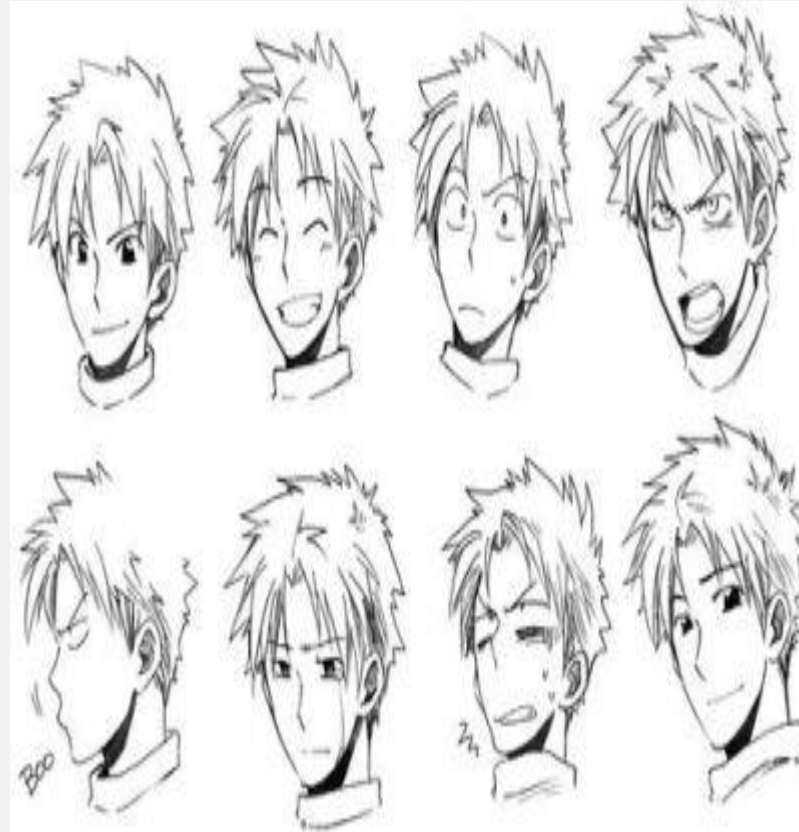


SESSION 3:
RÉGULATION DES ÉMOTIONS:
COMPRENDRE, IDENTIFIER ET
ÉTIQUETER LES ÉMOTIONS

A QUOI SERVENT LES ÉMOTIONS?

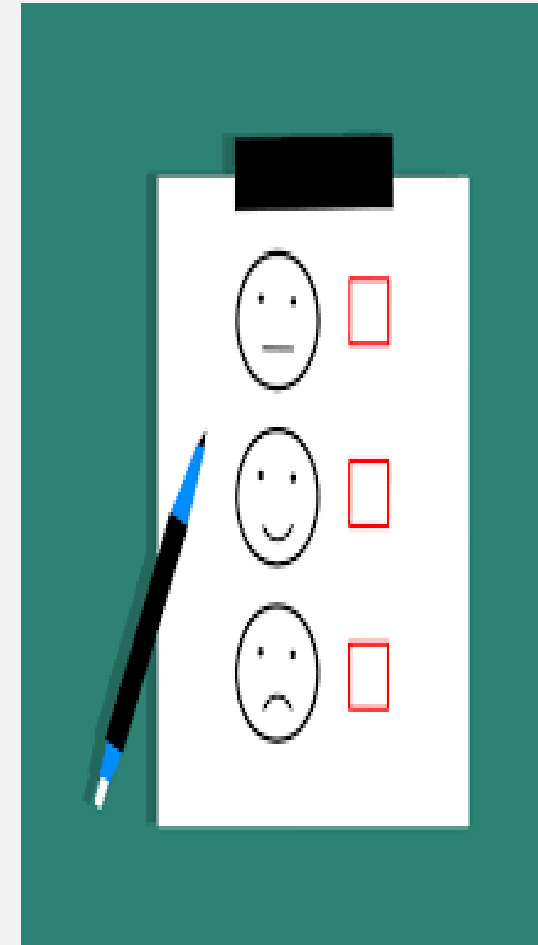
(DOC 3, DEVOIR 2/2A)

- Motivation pour l'action
- Communication aux autres
- Communication à moi-même



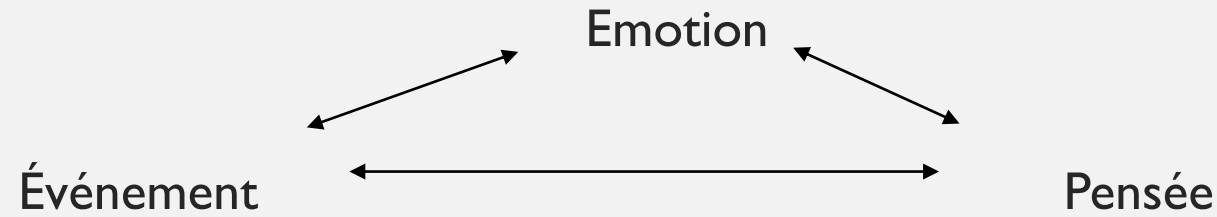
OBSERVER ET DÉCRIRE LES ÉMOTIONS (DOCUMENT 6, DEVOIR 4)

- Événements précipitants
- Facteurs de vulnérabilité
- Interprétation
- Ressentir:
 - Changement corporels
- Désir d'action
- Exprimer:
 - Verbal
 - Non verbal
 - Action
- Répercussions



SESSION 4:
RÉGULATION DES
ÉMOTIONS:
VÉRIFIER LES FAITS

VÉRIFIER LES FAITS (DOC 8, DEVOIR 6)



1. Identifier l'émotion
2. Événement: faits vs jugements
3. Interprétations
4. Danger: probabilité, autres issues
5. Catastrophe: et puis après, faire face
6. Intensité de l'émotion correspond au fait?



**SESSION 5:
RÉGULATION DES
ÉMOTIONS:
ACTION CONTRAIRE**

ACTION CONTRAIRE (DOC 10, DEVOIR 8)

À utiliser si: émotion n'est pas justifiée
par les faits ou n'est pas efficace

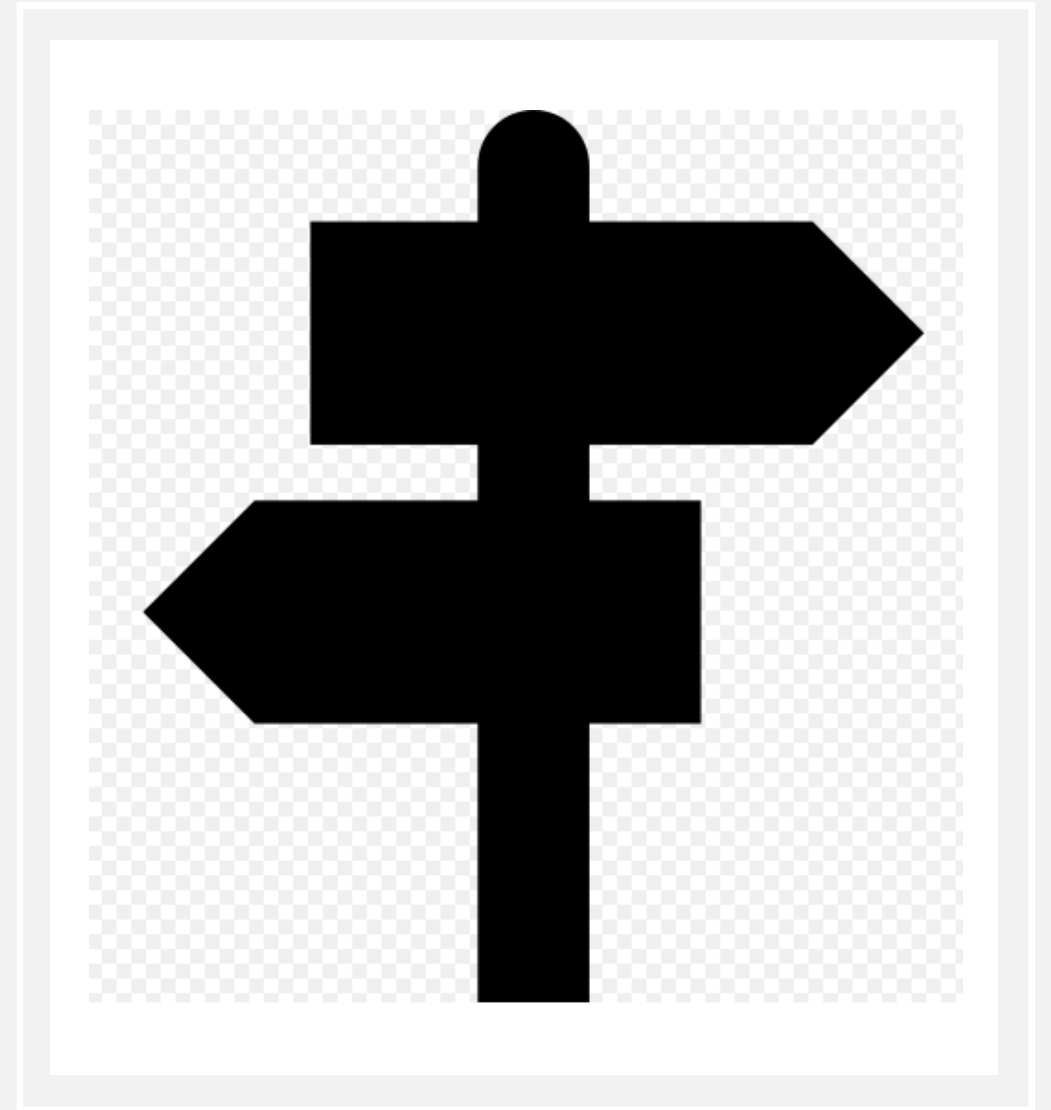
Exemples:

Peur...quitter/éviter...aller vers /ne
pas éviter

Colère...attaquer...éviter
gentiment/être gentil

Tristesse...se retirer/s'isoler...actif

Honte...se cacher/éviter...se confier



ACTION CONTRAIRE

- Identifiez l'émotion
- Vérifiez les faits
- Identifiez votre désir d'action
- Action contraire



SESSION 6: RÉGULATION DES ÉMOTIONS: RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

RÉSOLUTION DE PROBLÈMES (DOC 12, DEVOIR 9)

Observez et décrivez le problème

Vérifiez les faits pour identifier le bon problème

Identifier l'objectif

Chercher plusieurs solutions

Choisir une solution qui peut fonctionner

La mettre en action

Évaluer le résultat



SESSION 7: RÉGULATION DES ÉMOTIONS: ACCUMULER LES ÉMOTIONS POSITIVES ET BÂTISSEZ VOTRE MAÎTRISE

ACCUMULEZ LES ÉMOTIONS POSITIVES MAINTENANT (DOCUMENTS 15 ET 16, DEVOIR 11)

- Choisir des expériences positives maintenant
- Soyez pleinement conscients des expériences positives
- Laissez vos soucis de côté



ABC

Accumulez des émotions positives pour le futur:
Construire une vie qui vaut la peine d'être vécue
(document 17, 18; devoir 12, 12a/b)

Bâtissez votre maîtrise

Comme si vous y étiez:
Faire face aux situations émotionnelles difficiles

ACCUMULEZ DES ÉMOTIONS POSITIVES
POUR LE FUTUR: CONSTRUIRE UNE VIE QUI
VAUT LA PEINE D'ÊTRE VÉCUE (DOCUMENT
17, 18; DEVOIR 12, 12A/B, 14)

1. Éviter d'éviter
2. Identifier une valeur importante
3. Identifier quelque buts
4. Identifier un but sur lequel travailler maintenant
5. Avantages et désavantages
6. Premier pas



VALEURS: SELON MON
ESPRIT SAGE, UNE
PRIORITÉ DANS MA VIE
EST... (DOC 18)

- Prendre soin de mes relations interpersonnelles
- Faire partie d'un groupe
- Sentir que j'ai du contrôle et que je peux influencer les autres
- Accomplir les choses
- Vivre une vie plaisante et satisfaisante
- avoir une vie remplie de choses stimulantes, de relations, d'événements
- Agir de façon respectueuse
- Être autonome
- Être une personne spirituelle
- Être en sécurité
- Reconnaître le bon, le bien universel en toute chose
- Contribuer à la communauté
- Travailler à mon développement personnel, à me développer davantage
- Être intègre

BÂTIR SA MAÎTRISE
ET SES COMPÉTENCES POUR LES SITUATIONS
ÉMOTIONNELLES
(DOCUMENT 19, DEVOIRS 13/14)

- Bâtissez votre maîtrise:
 - Planifier une chose par jour
 - Difficile mais possible
 - Augmenter graduellement le niveau de difficulté



SESSION 8: RÉGULATION DES ÉMOTIONS PAR LES STRATÉGIES D'AUTO-SOINS POUR DIMINUER LA VULNÉRABILITÉ ÉMOTIONNELLE

BÂTIR SA MAÎTRISE ET SES COMPÉTENCES POUR LES SITUATIONS ÉMOTIONNELLES (DOCUMENT 19, DEVOIRS 13/14)

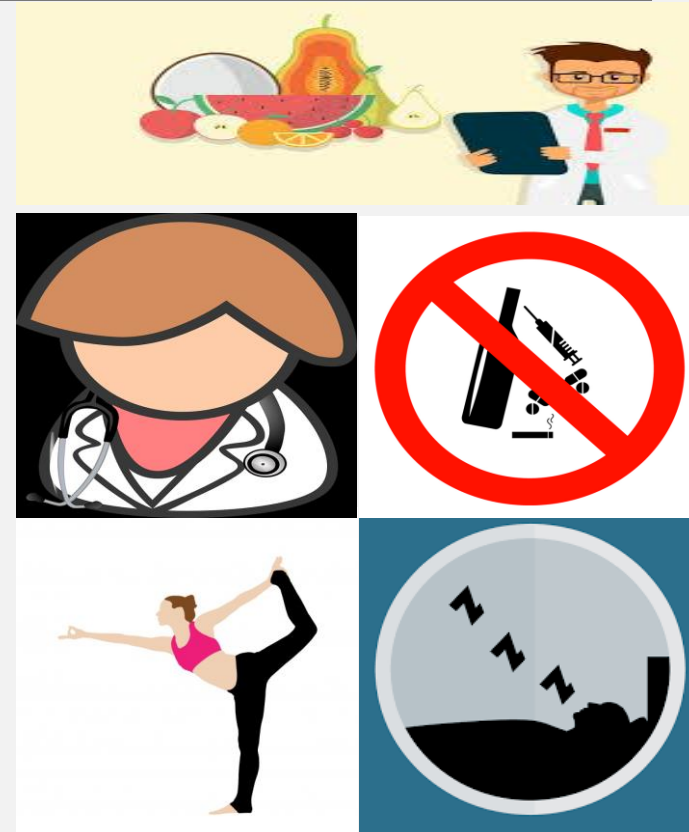
Comme si vous y étiez:
faire face aux situations
émotionnelles difficiles:

- Décrivez la situation
- Choisir une compétence à utiliser
- Vous imaginer en train d'y faire face
- Relaxation après la pratique



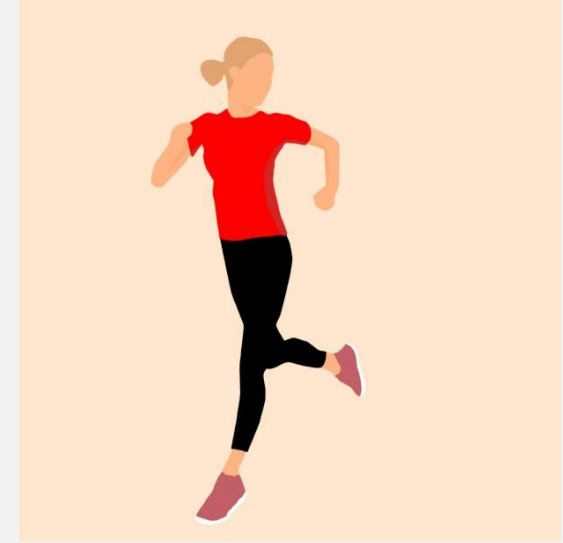
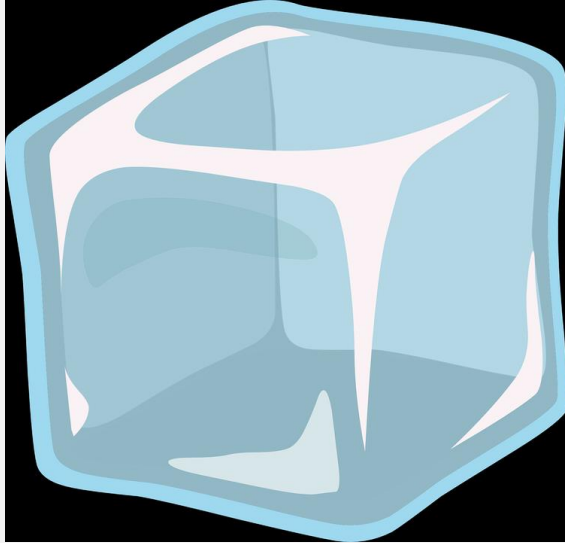
PRENEZ SOIN DE VOTRE ESPRIT EN PRENANT SOIN DE VOTRE CORPS

- **P:** prenez
- **L:** le temps de bien dormir
- **E:** évitez drogue et alcool
- **A:** alimentation équilibrée
- **S:** soignez vos maladies physiques
- **E:** exercices physiques



SESSION 9:
INTRODUCTION AU MODÈLE DE
DYSRÉGULATION ÉMOTIONNELLE, À LA
THÉRAPIE DIALECTIQUE
COMPORTEMENTALE ET À LA PLEINE
CONSCIENCE

SESSION 10: TOLÉRANCE À LA DÉTRESSE: REE



CHANGER VOTRE TEMPÉRATURE CORPORELLE (REE)

- **R**elaxation
- **E**au glacée
- **E**xercices physiques intenses

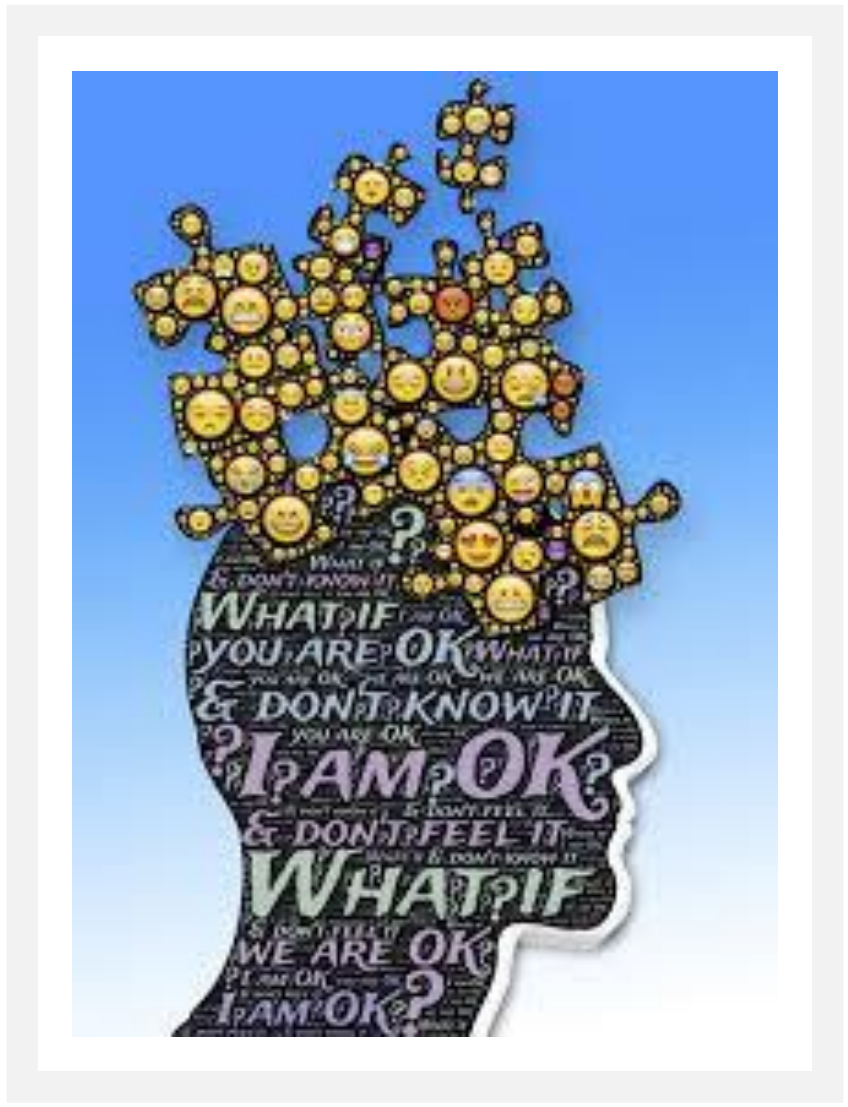
PLEINE CONSCIENCE DE
L'ÉMOTION ACTUELLE
(DOC 33, DEVOIR 16)

Observer votre émotion

Pratiquez la pleine conscience sur les sensations physiques de l'émotion

Rappelez-vous: vous n'êtes pas votre émotion

Pratiquez-vous à aimer vos émotions



GÉRER LES ÉMOTIONS EXTRÊMES (DOC 23)

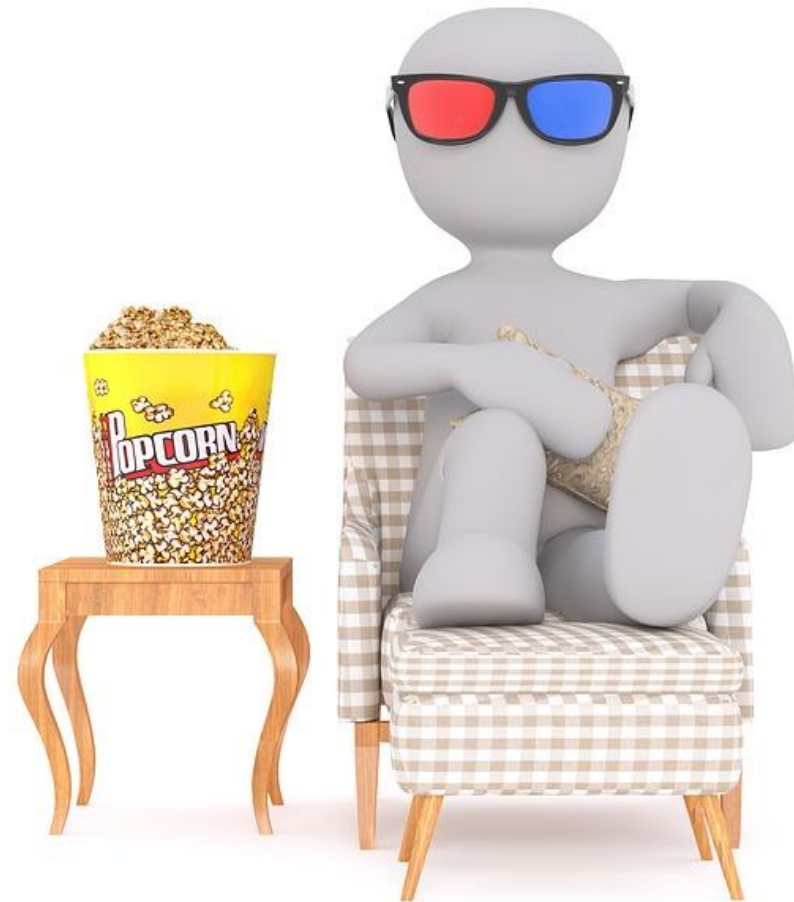
- Observer et nommer le fait que vous êtes à votre point de rupture par rapport à vos capacités
- Stratégies de survie aux crises: REE, le sage accepte, les 5 sens, IMPROVE
- Pleine conscience de l'émotion actuelle
- Autres stratégies: vérifier les faits, action contraire, résolution de problèmes



**SESSIONS 11:
TOLÉRANCE À LA DÉTRESSE:
SAGE ACCEPTE, APAISEMENT DES
5 SENS, AMÉLIORER LE MOMENT
PRÉSENT**

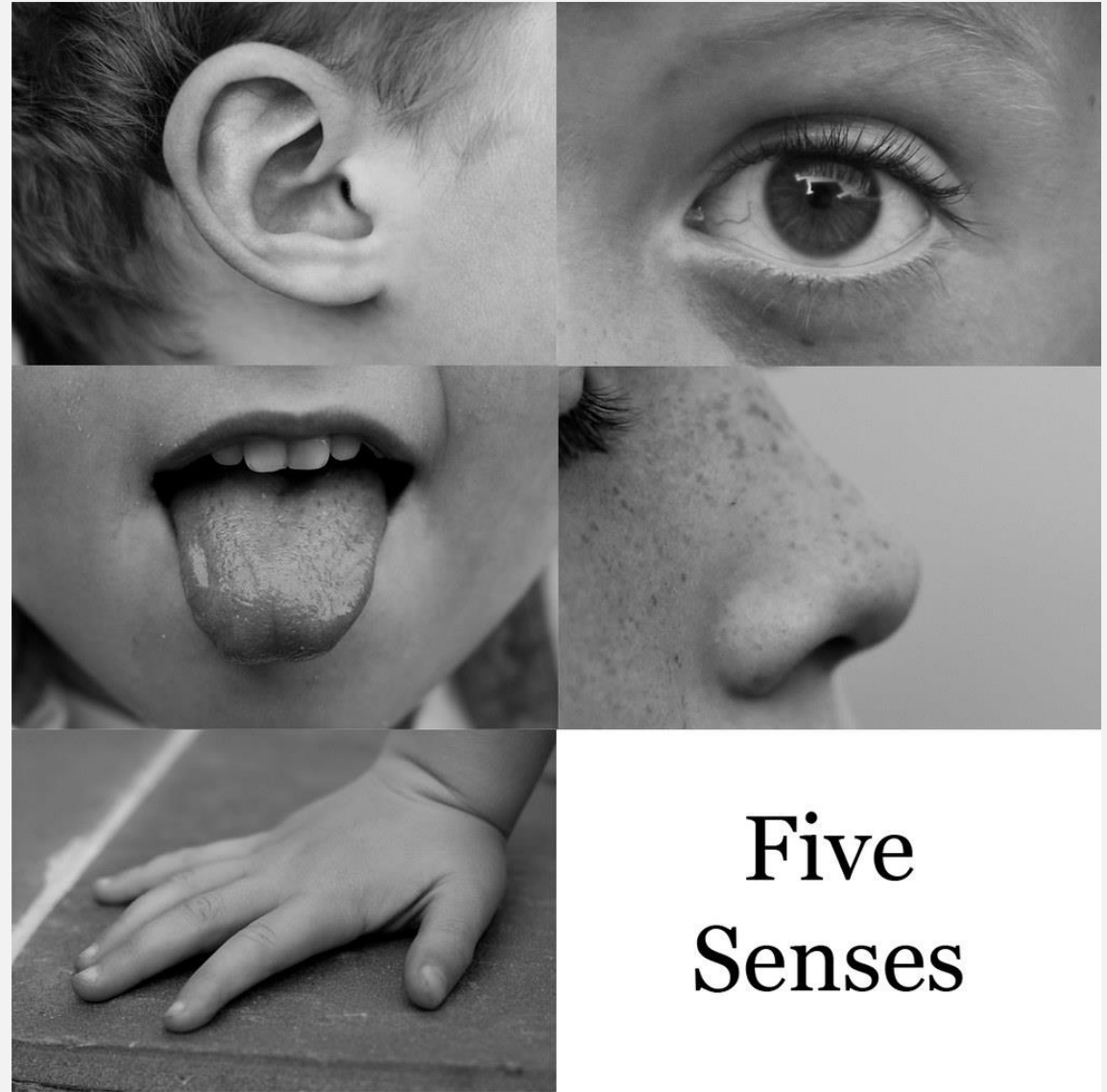
LE SAGE ACCEPTE: SE DISTRAIRE DES ÉVÉNEMENTS ÉMOTIONNELS

- **A**ctivités
- **C**ontribution
- **C**omparaisons
- **É**motions
- **S'**échap**P**er
- **c**ogni**T**ions
- **s**Ensations



APAISEMENT DES 5 SENS

- Ouïe
- Toucher
- Goût
- Vue
- Odorat



Five
Senses

AMÉLIORATION DU MOMENT PRÉSENT (IMPROVE)

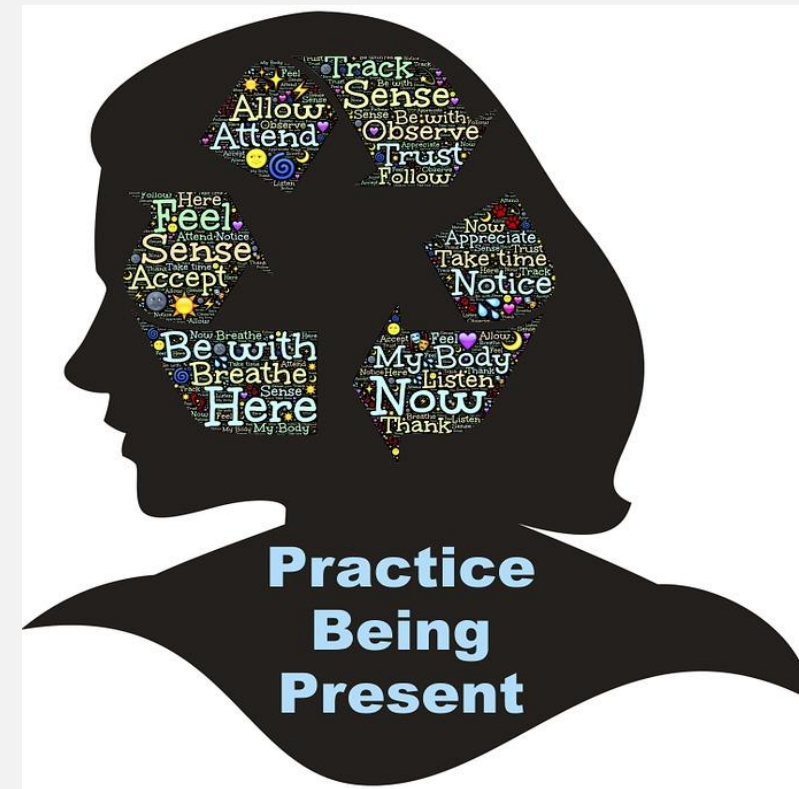
- Imagerie mentale
- Maintien du sens
- Prière
- Relaxation
- Concentration sur une chose à la fois
- Vacances
- Encouragement



SESSION 12: TOLÉRANCE À LA DÉTRESSE: ACCEPTATION RADICALE, CHANGER D'ÉTAT D'ESPRIT

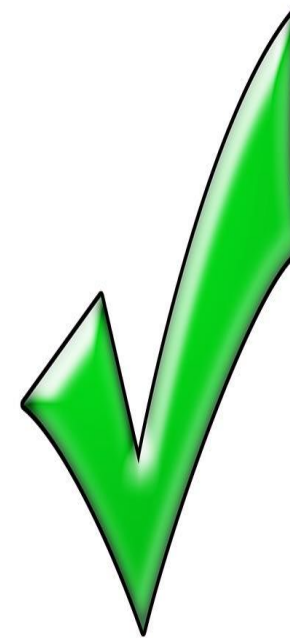
ACCEPTATION RADICALE (DOCUMENT 2-8 ET DEVOIR 1, 3A)

- Acceptation radicale
- Changer d'état d'esprit
- Ouverture et volonté
- Pleine conscience des pensées
- Demi-sourire



ACCEPTATION RADICALE (DOC 3 ET 4, DEVOIR 1)

- Acceptation:
 - Reconnaître ce qui est
 - Vérité complète
 - Ne pas se battre contre la réalité
- Acceptation radicale: du plus profond
- N'est pas:
 - Approbation
 - Passivité
 - Résistance au changement



ACCEPTATION RADICALE (DOC 3 ET 4, DEVOIR 1)

1. À voix haute
2. Pensée + concentration sur les sensations corporelles
3. Imaginer croire
4. Réviser en détail
5. Détendre son corps
6. Imaginez ce que vous faites si vous y croyez
7. Agir comme si on avait accepté
8. Ouvert aux conséquences du fait que la réalité est comme elle est
9. S'ouvrir à la déception, la tristesse, le ressentiment



CHANGER D'ÉTAT D'ESPRIT (DOC 5, DEVOIR 2)

- Choix d'accepter ou rejeter la réalité (faire les pour/contre)
- Engagement
- Le faire encore et encore
- Laisser aller le découragement, la honte et la culpabilité



**SESSION 13:
TOLÉRANCE À LA DÉTRESSE:
OUVERTURE ET VOLONTÉ, DEMI-
SOURIRE, PLEINE CONSCIENCE
DES PENSÉES**

OUVERTURE ET VOLONTÉ (DOC 6, DEVOIR 2)

Prêt à faire seulement ce qui est nécessaire, sans réserve

Écouter l'esprit sage

Faire pleinement partie de la réalité

Remplacer l'obstination:

- Regarder le train passer

- Abandonner

- Ne pas faire ce qui fonctionne

- Réparer toutes les situation

- Refuser de tolérer la réalité

- Être en contrôle

- Moi, moi, moi, maintenant



DEMI-SOURIRE (DOC 8)

- Relaxe votre visage, du haut de votre front jusqu'au menton
- Laissez les 2 coins de vos lèvres remonter légèrement
- Expression faciale sereine
- Quand:
 - au lever
 - temps libres
 - Musique
 - Irrité
 - Allongé
 - Assis
 - En regardant une personne détestée



PLEINE CONSCIENCE DES PENSÉES (DOC 7, DEVOIR 4)

- Observer les pensées:
 - Noter
 - Prendre du recul
 - Transitoires
- Pratiquez-vous à tolérer vos pensées:
 - Eviter de retenir, chasser, analyser, juger.
 - Volonté et ouverture
- Vous n'êtes pas vos pensées:
 - Éviter d'agir
 - Se rappeler des pensées différentes
 - catastrophe=esprit émotionnel
- Pensée répétitive:
 - Voix haute
 - Chantez
 - Images (son, couleur, animal)



QUOI FAIRE QUAND LES STRATÉGIES NE FONCTIONNENT PAS (DOC 24)

- Sensibilité biologique: PLEASE
- Utiliser les compétences
- Identifier renforçateurs: si les émotions me communiquent un message, me motivent à faire quelque chose, me valident au sujet de mon identité ou me font du bien:
 - Compétences interpersonnelles
 - Identifier nouveaux renforçateurs
 - Auto-validation
 - Avantages-désavantages de changer l'émotion
- Vérifier votre humeur: si ne met pas les efforts requis pour solutionner le problème:
 - Avantages-désavantages d'utiliser les compétences
 - Acceptation radicale et volonté
 - Pleine conscience: Participer-ce qui est efficace
- Si surcharge émotionnelle: résolution de problème si oui, pleine conscience de l'émotion sinon
- Vérifiez les fausses croyances:
 - jugements sévères à propos des émotions
 - croyances que émotions et identité sont la même chose

SESSION 14: EFFICACITÉ INTERPERSONNELLE: DEAR MAN GIVE FAST

EFFICACITÉ INTERPERSONNELLE: OBJECTIFS

Obtenir ce que vous voulez
et ce dont vous avez besoin
des autres de façon habile

Bâtir des relations

Emprunter la voie du milieu



FACTEURS QUI DIMINUENT L'EFFICACITÉ INTERPERSONNELLE (DOC 3)

- Manque de compétence
- Émotions (colère, peur, culpabilité...)
- Indécision: demander trop/rien, dire non à tout/rien
- L'environnement:
 - Autres ont trop de pouvoir
 - Autres menacent
 - Autres vont nous punir

DEAR MAN:
OBTENIR CE QUE VOUS
SOUHAITEZ (DOC. 8, DEVOIR 3)

Décrivez

Exprimez

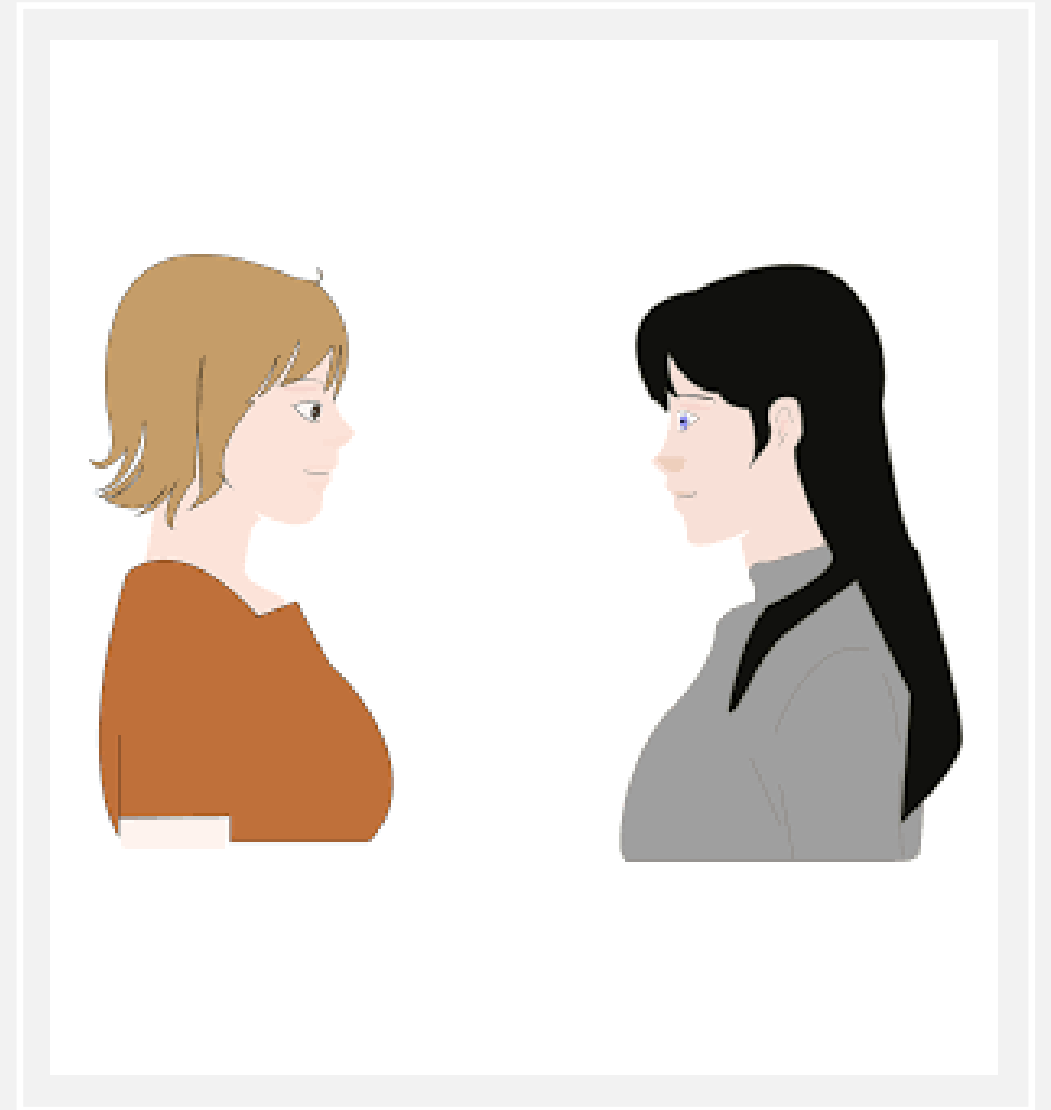
Affirmez-vous

Renforcez

Maintenez vos objectifs

Ayez l'air confiant

Négociez



GIVE: MAINTENIR LA RELATION (DOC 9)

Gentil

Soyez Intéressé

Valider

Soyez Enthousiaste



**FAST:
GARDER LE RESPECT DE SOI
(DOC.10)**

- Franc, vrai, honnête
- Aucune excuse
- Soyez juste,
équitable
- Tenez à vos valeurs



SESSION 15: EFFICACITÉ INTERPERSONNELLE: VALIDATION INTERPERSONNELLE



VALIDATION

Trouver la parcelle de vérité
Comportements ont des causes=compréhensibles
Vérifier les faits

Dire que son expérience
est:

VRAIE LOGIQUE
COMPRÉHENSIBLE

VALIDATION INTERPERSONNELLE

Quoi?

- Ce qui est valide,
- Les émotions et les pensées de la personne,
- Souffrance

Pourquoi?

- Améliorer les relations,
- Résolution de problème,
- Ne pas prouver qu'on a raison

COMMENT VALIDER

- Être attentif
- Réflexion
- Lecture de la pensée
- Comprendre
- Valider ce qui est valide
- Démontrer l'égalité



Thanh-Lan Ngô, basé sur Neacsiu et Linehan (2014)

AUTO-VALIDATION

Est-ce que je ressens vraiment ceci?

Devrais-je me sentir ainsi?

Peut nous amener à justifier la validité de notre expérience...conflit

But:

Diminue l'anxiété

Laisser aller la souffrance associée au fait d'avoir à se justifier

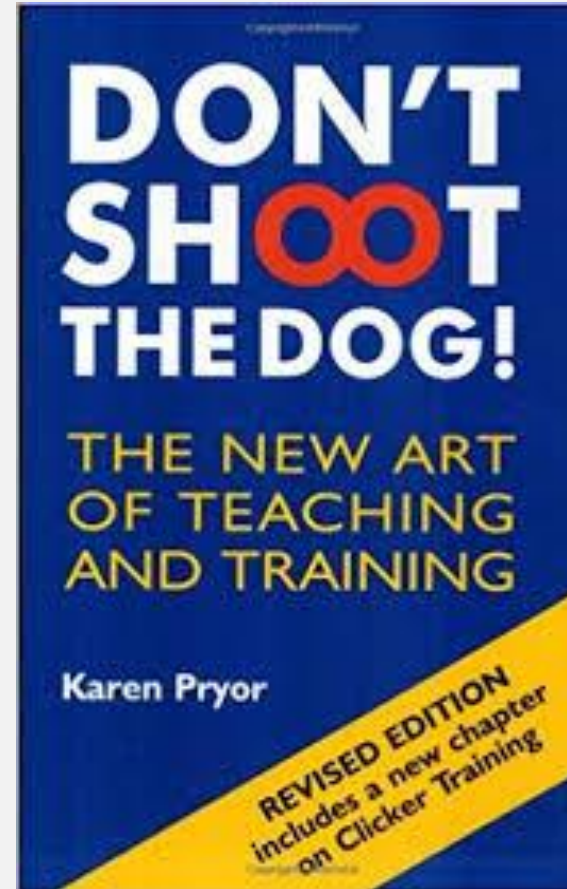


SESSION 16: PRINCIPES COMPORTEMENTAUX DANS UNE RELATION



Thanh-Lan Ngô, basé sur Neacsiu et Linehan (2014)

STRATÉGIES POUR
AUGMENTER LA
PROBABILITÉ
D'OBTENIR LES
COMPORTEMENTS
SOUHAITÉS



RENFORCEMENT

- Renforcement: **augmente** la fréquence du comportement initial
 - Renforcement positif: par présentation d'une conséquence que la personne aime, veut (une récompense)
 - Renforcement négatif: par retrait d'un conséquence négative (un soulagement)
 - Renforcement vicariant: renforcement appliqué à un autre individu que le sujet peut observer (loterie)



FAÇONNEMENT (*SHAPING*)

Renforcement de petits pas qui mènent vers le but

Lorsque le nouveau comportement se stabilise, demandez un peu plus avant de renforcer

Continuer jusqu'à ce qu'on obtienne le comportement désiré





STRATÉGIES POUR DIMINUER LE COMPORTEMENT

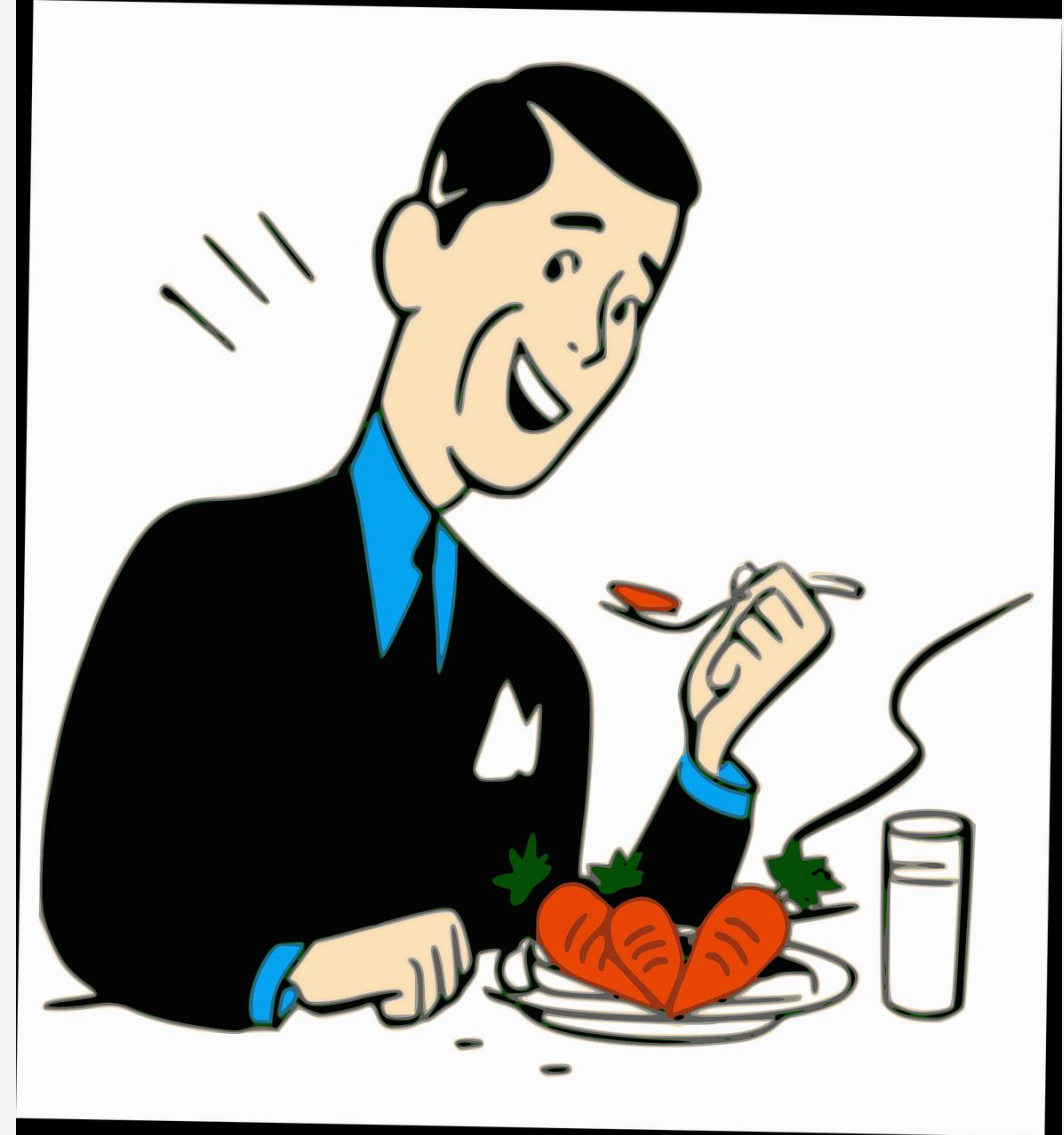
EXTINCTION

L'extinction diminue la fréquence du comportement en retirant toutes les conséquences qui le maintiennent (renforçateurs)



SATIÉTÉ

- Offrir un soulagement ou ce qu'on veut avant que le comportement ne se présente
- Diminue la motivation pour le comportement et diminue donc la fréquence





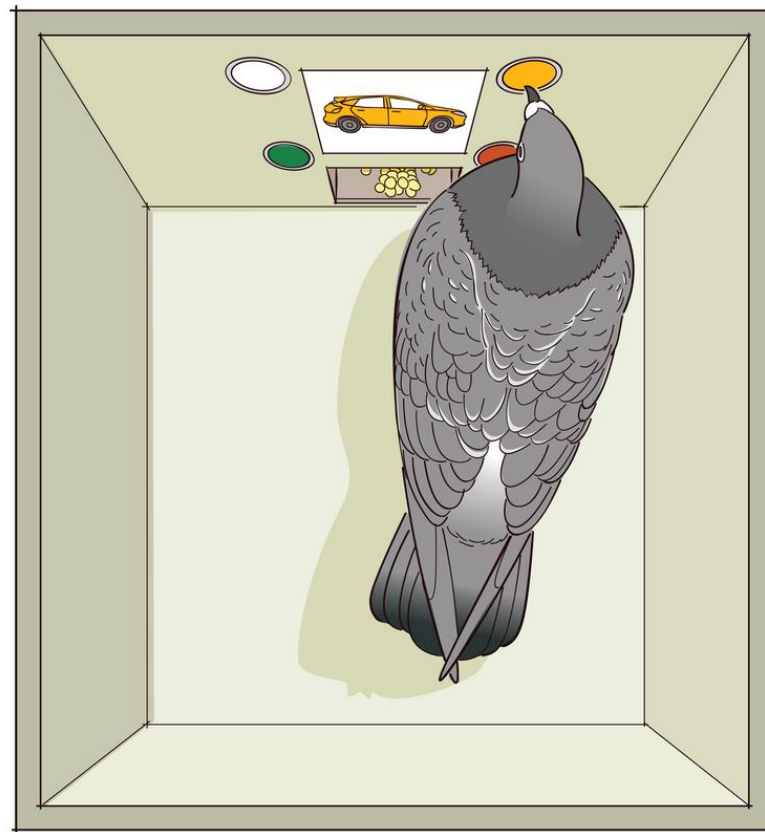
Augmenter
comportement



Affaiblir
comportement



RÉSUMÉ



Thanh-Lan Ngô, basé sur Neacsiu et Linehan (2014)



Diminuer
comportement



CONSEILS POUR UTILISER LES STRATÉGIES COMPORTEMENTALES DE FAÇON EFFICACE

but		conséquence
Augmente le comportement	renforcement	Ajouter conséquence positive Éliminer conséquence aversive
Affaiblit le comportement	extinction	Éliminer renforçateur Soulagement avant le comportement non désiré
Élimine le comportement	punition	Ajouter conséquence aversive Enlever conséquence positive

TOUTES LES CONSÉQUENCES NE SONT PAS ÉQUIVALENTES



Contexte: un renforcement dans un contexte peut être une punition dans une autre



Quantité: si le renforcement est insuffisant ou trop, ne fonctionnera pas



Conséquences naturelles fonctionnent mieux



Se demander quelle conséquence l'individu pourrait tenter d'obtenir (renforcement) ou éviter (punition)



Observer les changements au niveau du comportement lorsque la conséquence est appliquée

UN
COMPORTEMENT
APPRIIS DANS UNE
SITUATION PEUT NE
PAS SE PRODUIRE
DANS UNE AUTRE
SITUATION

Q1: IDENTIFIER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EFFICACES

1. Pour augmenter un comportement, il est préférable d'attendre que le comportement soit parfait avant de renforcer pour éviter que la personne pense qu'elle peut en faire moins
2. Il est préférable de renforcer de petites améliorations pour éviter que la personne se décourage

Q2: IDENTIFIER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EFFICACES

1. La punition la plus efficace est la colère intense et la critique rapide
2. Il est préférable de trouver une punition qui est proportionnelle à la sévérité du comportement problématique

Q3: IDENTIFIER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EFFICACES

1. Il vaut mieux renforcer le comportement immédiatement après qu'il survienne
2. Il est préférable d'attendre un peu pour que la personne ne s'attende pas à recevoir une récompense à toutes les fois

Q4: IDENTIFIER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EFFICACES

1. On récompense souvent les comportements problématiques sans s'en rendre compte
2. On ne récompense pas les comportements problématiques parce que c'est stupide

Q5: IDENTIFIER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EFFICACES

1. Si le comportement problématique permet d'obtenir ce qu'on veut, il vaut mieux punir ces comportements pour les arrêter
2. Il est préférable de cesser de les renforcer et récompenser les comportements plus habiles

Q6: IDENTIFIER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EFFICACES

1. Lorsqu'on punit, il est préférable d'utiliser une punition non spécifique puisqu'on ne peut l'éviter
2. Il est préférable d'utiliser une conséquence négative spécifique et limitée dans le temps

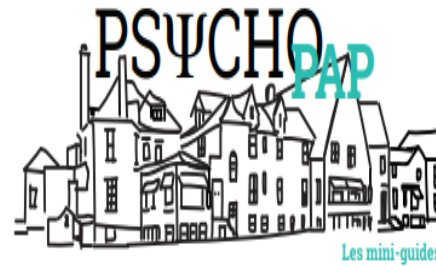
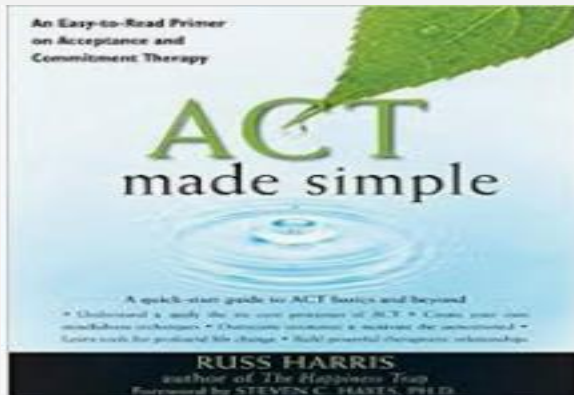
Q7: IDENTIFIER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EFFICACES

1. Si le comportement méchant d'une personne vous blesse, il vaut mieux la punir en retirant des cadeaux qu'on a donné dans le passé
2. Il est préférable de ne pas donner de récompenses jusqu'à ce que le comportement s'améliore

Q8: IDENTIFIER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL EFFICACES

1. Lorsque le comportement puni s'arrête, il vaut mieux récompenser un comportement alternatif souhaitable
2. Il vaut mieux continuer la punition pour envoyer un message clair que le comportement est inacceptable

THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT



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

basée sur la matrice:
un mini-guide de pratique

première édition

Russ Harris
Préface de Pierre Cousineau, Ph. D.
**LE PIÈGE DU
BONHEUR**

Créez la vie que vous voulez



LES ÉDITIONS DE
L'HOMME



QU'EST-CE QUE ACT?

- Une TCC contextuelle
- Basée sur la théorie des cadres relationnels
- Focus sur les processus vs techniques
- Transdiagnostique

MESSAGE CLÉ

- Pensées, émotions, sensations négatives ne sont pas toxiques en soi pour la santé des êtres humains, leur comportement ou leur bien être
- 2 contextes psychologiques qui peuvent créer la toxicité:
 - Évitement expérientiel
 - Fusion cognitive



ÉVITEMENT EXPÉRIENTIEL

- Plusieurs comportements mésadaptés résultent de tentatives contre-productives d'éviter ou réprimer des pensées, émotions ou sensations corporelles
- Évitement comportemental des situations qui peuvent engendrer des expériences internes non-désirées
- Ceci contribue au développement et au maintien de différentes formes de psychopathologies





SUPPRESSION DE LA PENSÉE

- Diminue la détresse initialement
- À long terme, augmentation des images ou pensées intrusives et sentiment d'échec parce qu'on n'arrive pas à contrôler le phénomène
- Amène augmentation des efforts de contrôle des images et des pensées
- Associée à pronostic négatif (ex. ESPT)

FUSION COGNITIVE

- L'assimilation de la personne et ses pensées et ses émotions (pouring together)
- Répondre aux pensées et aux histoires qui nous concernent au niveau de la signification littérale (ne peut pas voir que les pensées sont des pensées, vs la réalité)
- Phénomène naturel caché dans les processus de langage et de pensées
- Fusion: non conscient des processus de pensées et des émotions, le contenu psychologique domine le comportement



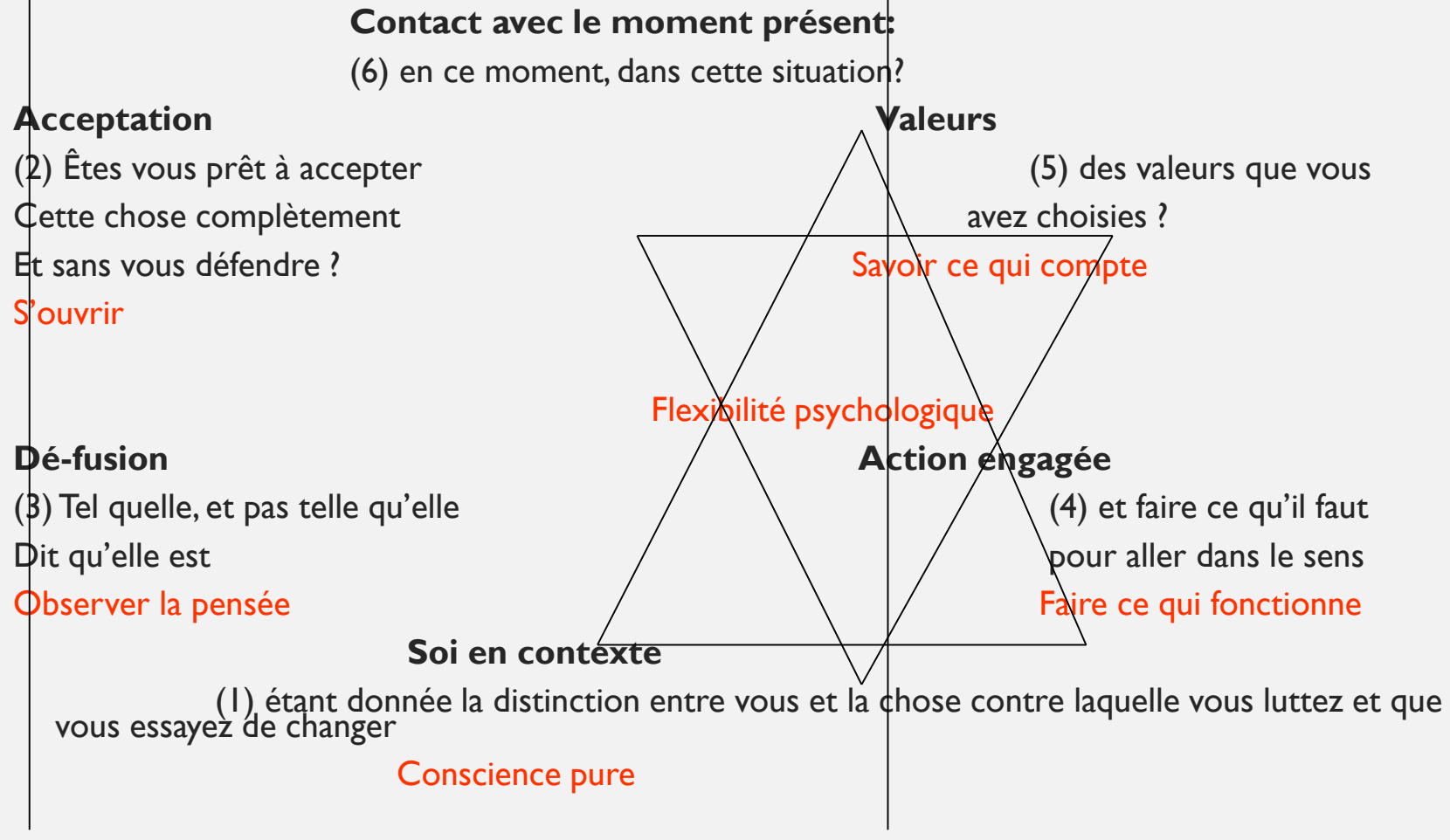
BUT

- Augmenter la qualité de vie
- Les problèmes sont créés et perpétués par notre attitude envers les problèmes (évitement, contrôle, non acceptation), le langage utilisé
- Donc permettre aux pensées d'émerger tout en agissant afin d'avoir une vie qui a un sens

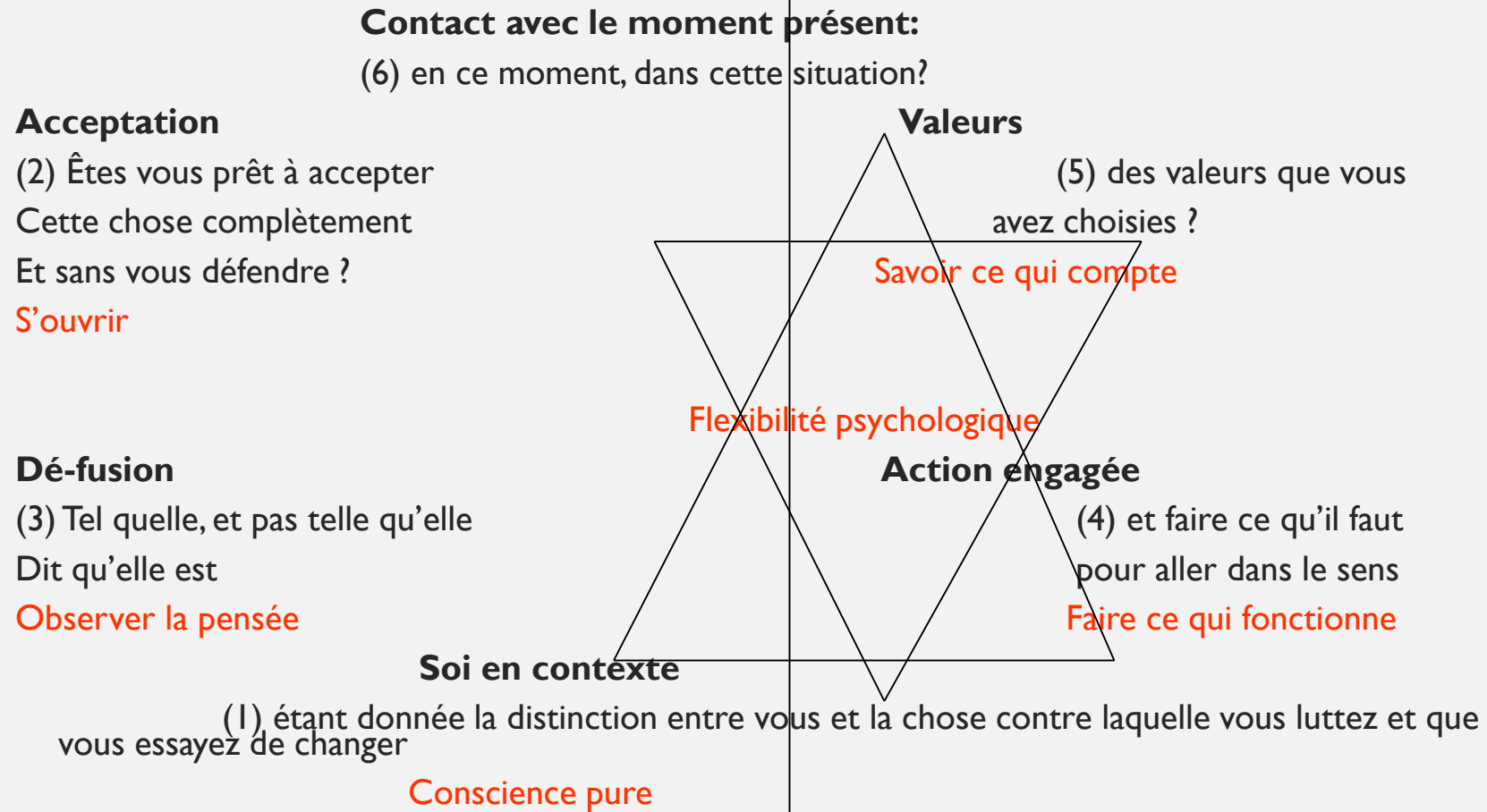


FLEXIBILITÉ PSYCHOLOGIQUE: ÊTRE
EN CONTACT AVEC LE MOMENT
PRÉSENT ET SELON LA SITUATION,
MODIFIER OU MAINTENIR LE
COMPORTEMENT SELON LES
VALEURS CHOISIES

PLEINE CONSCIENCE



CLARIFIER LES VALEURS POUR ORIENTER L'ACTION



HEXAFLEX (HAUES, 2013)

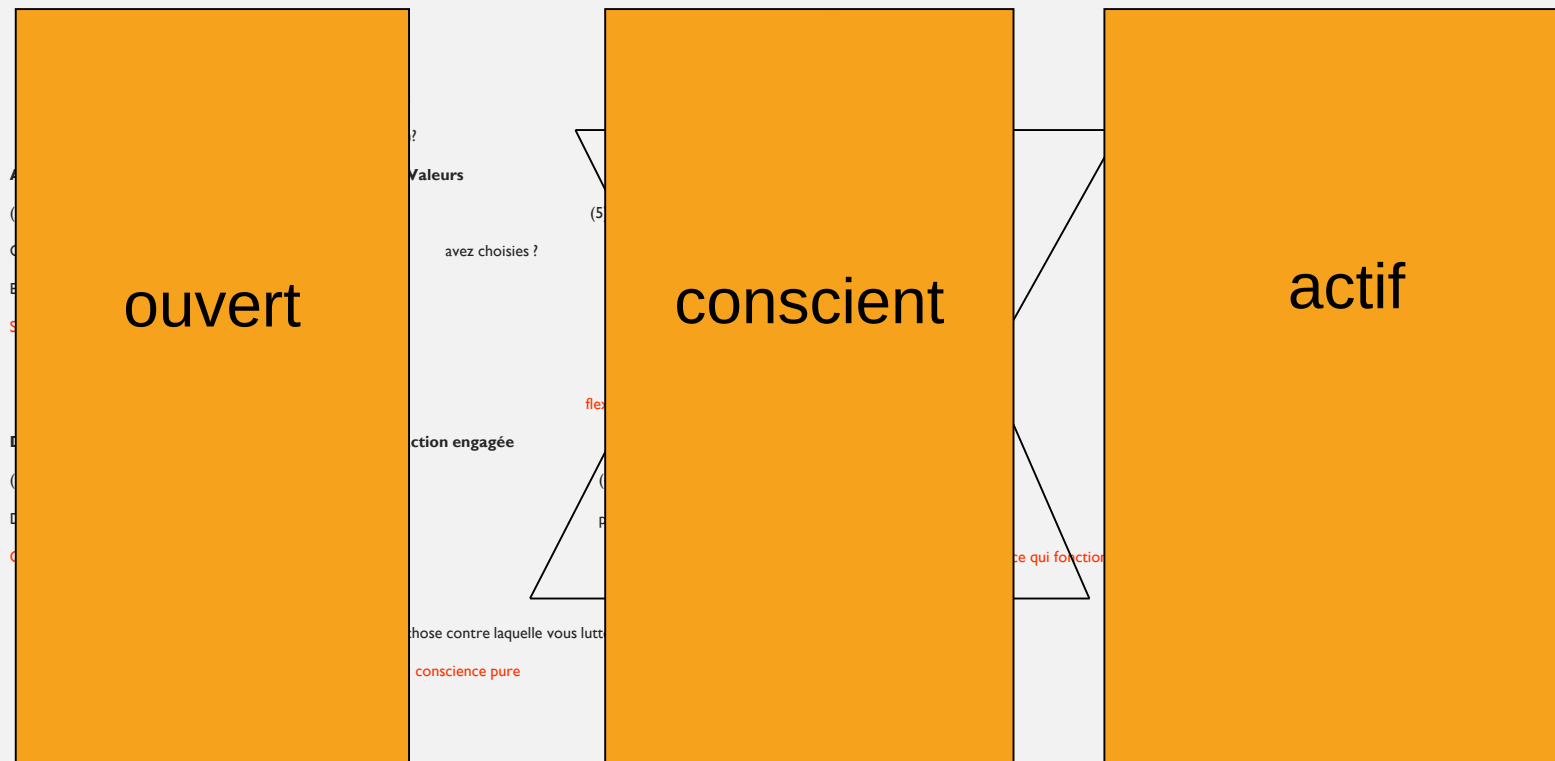
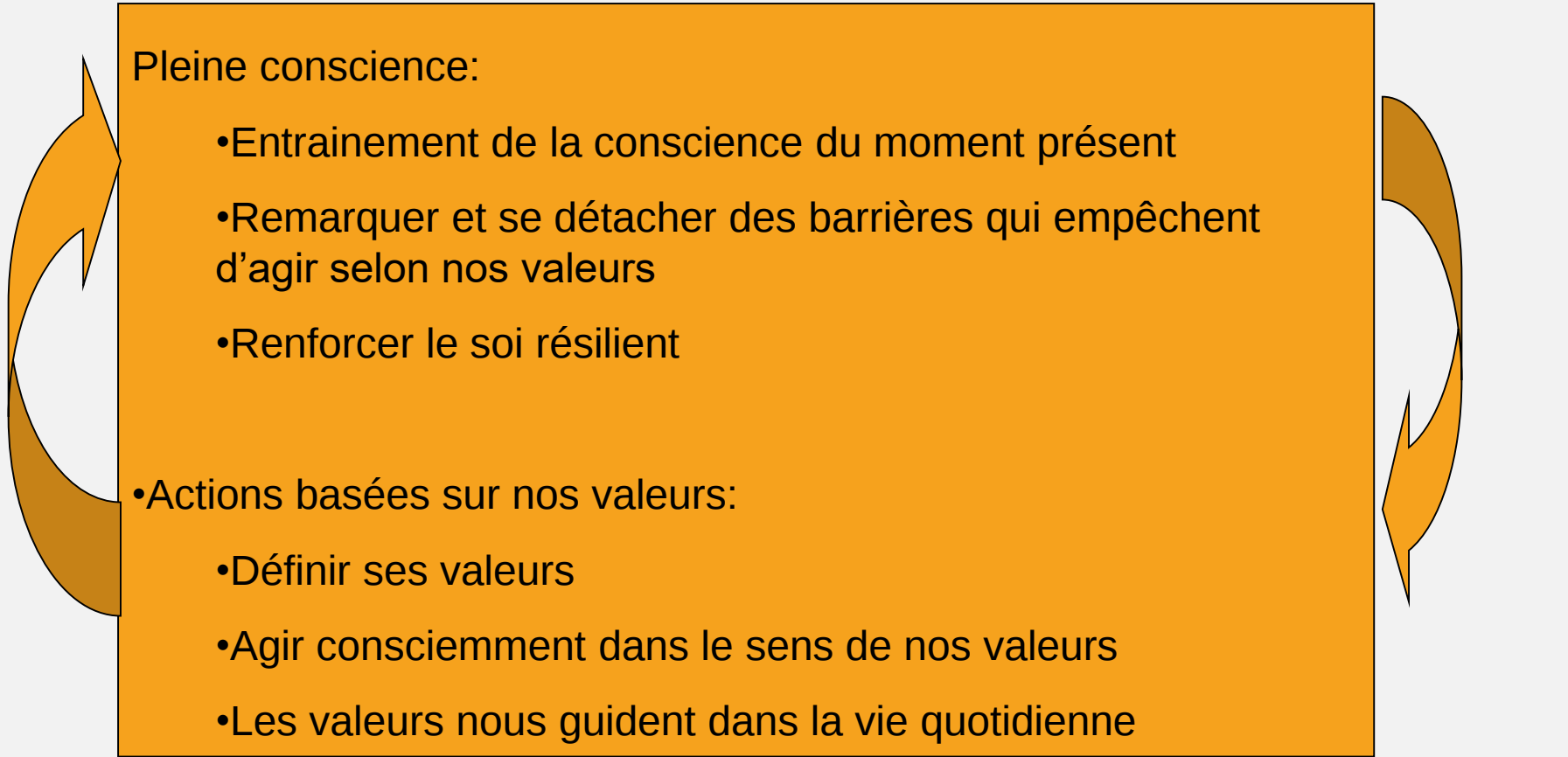


DIAGRAMME DES 2 HABILETÉS (FLAXMAN, 2013)



Pleine conscience:

- Entraînement de la conscience du moment présent
- Remarquer et se détacher des barrières qui empêchent d'agir selon nos valeurs
- Renforcer le soi résilient

•Actions basées sur nos valeurs:

- Définir ses valeurs
- Agir consciemment dans le sens de nos valeurs
- Les valeurs nous guident dans la vie quotidienne

TAE: ÉLÉMENTS SPÉCIFIQUES

- Utilise les principes de la pleine conscience plutôt que les pratiques formelles
- Engagement par rapport aux valeurs
- Approche flexible, acceptation des obstacles
- Les pensées sont les pensées, l'objet de contemplation
- Les tentatives de contrôle sont le problème, pas la solution

EFFICACITÉ

- Selon la division 12 de l'*American Psychological Association* (APA):
 - *Evidence de haute qualité* pour la douleur chronique
 - *Evidence de qualité modérée* pour la dépression, l'abus de substances, l'anxiété mixte (TPA, AS, TOC, TAG) et les troubles psychotiques

THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT CHEZ LES PSYCHOTIQUES (BACH ET HAYES, 2002)

- N=80 patients psychotiques hospitalisés
- Durée de l'étude: 4 mois
- TAE vs TU
- 4 sessions:
 - 1: noter les symptômes sans y croire ou agir
 - 2: accepter les symptômes sans vouloir les contrôler
 - 3: identifier les valeurs du patient et les comportements compatibles avec
 - 4: révision
- Diminue:
 - La croyance aux symptômes psychotiques
 - Le taux de ré-hospitalisation de moitié: 40% à 20%
- À 1 an (Bach, 2012): moins d'hospitalisations
- Revue de la littérature (Yidiz, 2019): 11 études, efficace pour la dépression, anxiété et hallucinations chez les patients psychotiques

ÉTAPES DE LA THÉRAPIE

Accepter les symptômes

Les pensées ne sont que des pensées
et notre interprétation est superflue

Se séparer du délire

Engagement face aux valeurs (ex. ne pas
être hospitalisé malgré les symptômes)

ACT EN GROUPE

- Douleur (McCracken, 2013): vs TU: moins de dépression, plus amélioré à 3 mois acceptation, plus fonctionnel, moins de dépression <https://www.div12.org/wp-content/uploads/2015/06/ACT-for-Chronic-Pain-manual-McCracken.pdf>
- Arrêt tabagique (McLure, 2018): vs TCC: égal
- Crainte excessive d'avoir une maladie (Eilenberg, 2016): vs LA: immédiatement après le groupe, moins d'inquiétudes; arrêt de travail moins long pendant les 2 années suivant la randomisation http://funktionellelidelser.dk/fileadmin/www.funktionellelidelser.au.dk/Publikationer/ACT_Manual.pdf
- Psychose et trauma (Spidel, 2018): vs TU: diminution BPRS et GAD, acceptation, collaboration au traitement
- Fibromyalgie (Luciano, 2017) vs rx: moins coûteux
- Trouble lié à l'usage de substances (Azkhosh, 2016): vs NA: bien être psychologique et flexibilité psychologique
- Psychose (Johns, 2016): acceptabilité, satisfaction, fonctionnement, humeur <http://drericmorris.com/wp-content/uploads/2014/10/ACT-for-Life-Groups-Manual-2012.pdf>
- Psychose et dépression (Gumley, 2017): moins de dépression et plus de flexibilité psychologique à 5 mois
- Anxiété sociale (Toghiani, 2019): améliorée
- ACV (Large, 2019, Majumdar, 2019): vs TU: acceptation, ajustement, dépression, plus d'espoir

ACT S'ENSEIGNE BIEN EN GROUPE

Métaphores interactives qui peuvent s'illustrer avec plusieurs participants (passagers sur le bus)

Écouter les réactions des autres peut améliorer l'apprentissage

Plus facile de voir l'impact du contenu psychologique sur les autres

S'engager publiquement peut augmenter la motivation à suivre ses engagements

Diminue les préjugés, augmente la compassion pour soi, facilite la normalisation: je ne suis pas seul

CONTACT AVEC
LE MOMENT
PRÉSENT

Être ici et maintenant,
pleinement conscient de notre
expérience plutôt qu'être
perdu dans nos pensées

Cibler l'attention de façon
flexible sur le monde
psychologique intérieur et le
monde matériel extérieur

Pensées/émotions moins
adaptées

valeurs

Pensées/
émotions moins
adaptées

valeurs

UTILISATION DES MÉTAPHORES

- Expérientielles
- Cibles des classes de comportement plutôt que des actions particulières
- Développement d'une microculture du groupe
- Langage commun
- Répétition et formats multiples améliore la fluence
- Les processus de groupe améliorent la cohérence fonctionnelle:
 - Nombreux exemples
 - Différentes expériences peuvent être similaires sur le plan fonctionnel
- Éviter d'en présenter trop: 1 ou 2 à chaque fois, cibler le processus de changement expérientiel vs comprendre par la logique, approcher plutôt qu'analyser (élargir le répertoire des actions puis comprendre)

INTRODUCTION DES MÉTAPHORES



HISTOIRE



BLAGUES



AGIR LA
MÉTAPHORE

PASSAGERS SUR L'AUTOBUS



DISCUSSION



Quels sont vos passagers?



Comment y répondez vous?



Qu'est ce qui est important pour vous?

RÉTROACTION

Découvertes inattendues

Observations clés

Impasses

Questions

VALEURS EN GROUPE



VALEURS

Énoncés à propos de ce que nous aimerions faire dans la vie, ce qui est important pour nous, comment nous aimerions agir quotidiennement. Elles sont les principes directeurs qui nous guident et qui nous motivent dans notre vie

QUELLES SONT LES
CHOSSES QUI SONT
IMPORTANTES POUR
VOUS ?



VOTRE VIE DOIT ÊTRE
À PROPOS DE QUOI ?



QU'EST-CE QUI VOUS
EMPÊCHE D'AGIR ?



VERS QUELLE
DIRECTION
VEUT-ON SE
DIRIGER ?



SI VOUS POUVIEZ ÊTRE PLUS
PRÉSENT... QU'EST-CE QUI VOUS REMPLI?

TROUVER LES VALEURS

Qu'est ce qui compte dans votre vie?

Que feriez vous s'il n'y avait pas d'obstacles ?

Valeurs vs buts

Équilibre entre garder ses valeurs pour soi et vérifier que le patient comprend

Échaffaudage

Focus sur les domaines clés: les autres, santé, développement personnel, activité significative, spiritualité

Exercices écrits, discussion en petit groupe

TROUVER LES VALEURS



Mots clés (dont on peut se rappeler)



Connexion émotionnelle aux valeurs (révéler ses propres valeurs)



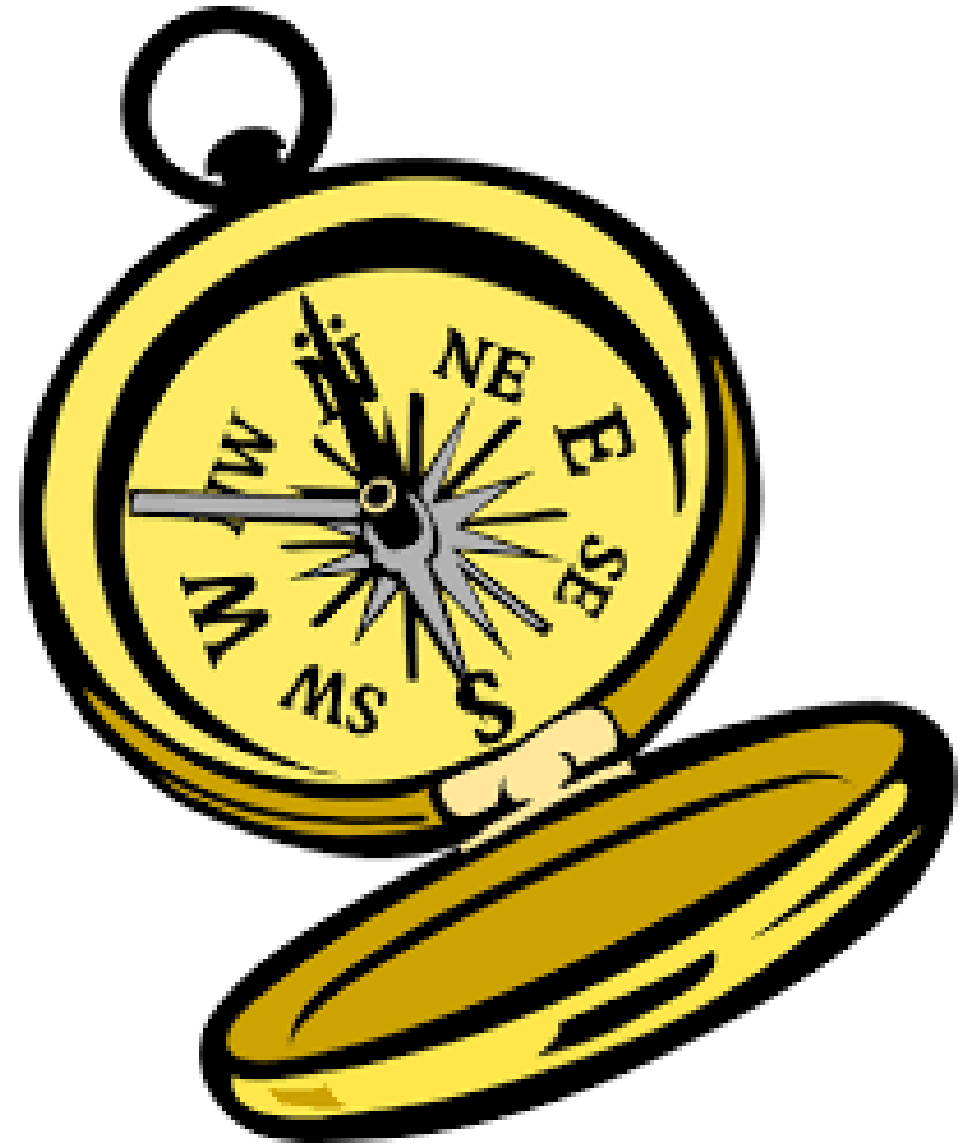
Si ne connaît pas ses valeurs:

Trouver quelque chose d'important pour vous

Penser à des moments où vous vous sentiez ouvert, engagé, en vie

Essayez différentes choses pour voir ce qui correspond

MÉTAPHORE DU COMPAS



Flaxman, Morris, Oliver, Chrisodoulou (2013). ACT in groups. BABCP, London

PERMETTRE À LA
VIE SIGNIFIANTE
D'ÉMERGER



QU'EST CE QUI EST IMPORTANT DANS VOTRE VIE ?

Relations

ex être aimant
avec ma
conjointe

Croissance
personnelle
ex. soigner ma
santé

Travail/éducation

Ex. un travail qui
me satisfait

Loisirs

Ex. activités en
famille

TIRÉ PAR LE
VENT



ESSAYER LES
VALEURS POUR
TROUVER CE QUI
CORRESPOND



EXERCICE DE SÉLECTION DE CARTES

- En paires:
 - Qu'est ce qui est important pour vous ?
 - Vous aimeriez que votre vie soit à propos de quoi ?
 - Si vous pouviez changer une chose dans votre vie ça serait quoi ?

RÉTROACTION

Qu'avez-vous remarqué ?

Quelque chose de nouveau ou surprenant?

Qu'est ce qui est important pour vous?

Que feriez vous moins ou plus ?

Être à l'affut des obstacles-passager et normaliser

BUTS

Spécifiques

Mesurables

Atteignables

Réalistes

Dans une limite de temps

PARTAGER
ACTIONS EN LIEN
AVEC LES VALEURS

Appeler ma mère

Jouer de la guitare

Aller au gym à chaque semaine

Finir une chanson

Courir une fois par semaine

Passer du temps avec ma famille

Moins de temps devant la tv

Prendre la bicyclette vs l'auto

VALEURS ET BUTS

Mes buts sont:

Mes actions pour
atteindre mes buts sont:

Mes valeurs qui guident
ces actions sont:

ACTION ENGAGÉE



ACTION
ENGAGÉE

Actions de plus en plus
diversifiées guidées et
motivées par les valeurs.



Action flexible:

s'adapter aux défis
présentés par la
situation en persistant
dans notre
comportement

ou en le modifiant

faire ce qu'il faut pour
vivre selon nos valeurs

EXERCICES DES ACTIONS MOTIVÉES PAR LES VALEURS



Choisir une valeur pour cette semaine et trouver des actions qui correspondent à cette valeur



Noter des obstacles internes qui vous empêcheront d'agir (des pensées, émotions)



Choisir 4 actions qui vont incarner cette valeur cette semaine (2 simples et 3 qui représentent un petit défi). Êtes vous en mesure de permettre à ces obstacles d'être présents alors que vous agissez dans le sens de vos valeurs ?

DÉFUSION

Fusion: être pris dans nos pensées et les laisser dominer notre comportement

Défusion: se séparer de nos pensées, lâcher prise plutôt qu'être prisonnier de nos pensées



DÉFUSION



Exposer les pensées comme des pensées plutôt que le reflet exact de la réalité



Modifier notre conscience et relations à la pensée



Être avec les pensées dans un nouveau contexte: perturber les fonctions verbales débilite même si la forme de la pensée est inchangée

DÉFUSION



SOI EN CONTEXTE

Un point de vue duquel observer les pensées et les émotions, un espace où ils peuvent évoluer.

On accède à cet espace psychologique en remarquant qu'on remarque ou en étant conscient d'être conscient

On peut observer l'expérience sans être pris pas elle

Conscience pure: conscience de notre conscience

UTILISER LA DÉFUSION

- Habiletés pratiquées pendant tout le groupe
- Être un modèle de défusion:
 - Patient: *je me suis senti mal pendant cet exercice*
 - Thérapeute: *mon cerveau me dit de faire quelque chose pour vous enlever ces anxiétés...vite se débarrasser de ces passagers !*
- En groupe, on peut remarquer lorsque les autres se font happer par leur pensées (ex. *moi aussi j'ai eu ce genre de passager qui me disait que je serais incapable de rester assis une demi heure*)

- La défusion est toujours temporaires
- On utilise cette habileté lorsqu'elle empêche d'agir de façon habile lorsque la pensée est un obstacle (prendre du recul, se désengager de la pensée)
- Ne pas trop expliquer
- Utiliser le corps dans les interventions pour ne pas être happé par le langage

- Équilibre entre le respect et la légèreté lorsqu'on parle des pensées:
 - Commencer par ses propres pensées
 - Sans jugement, compassion
 - Ubiquité des pensées et émotions négatives
 - Laisser le choix au participant
 - Petit groupe



DÉFUSION

ETAPES

Focus sur le processus
vs le contenu (c'est
l'inquiétude...)

Violer les paramètres
du discours et le style

Cibler la
rationalisation: *je ne l'ai
pas fait parce que...*

Distinguer langage
formel et arbitraire:
noter les évaluations
(post-it: *je ne vaux rien*)

UTILISER LES
PHRASES
SUIVANTES

Le cerveau

Le cerveau invente des histoires

La machine à mot

Remercier votre cerveau

Le cerveau aime les histoires d'horreur

C'est une pensée intéressante, est-ce que c'est un
passager habituel?

Et que répond votre cerveau?

EXERCICE

Écrire une valeur et un but associé

Écouter ce que le cerveau dit: quel est l'obstacle présenté à l'atteinte de ce but?

Ajuster sa posture pour refléter la façon de porter cette pensée dans votre vie (réfléter l'intensité, son influence, son poids)

Chanter la pensée (sur l'air de Bonne Fête, Frère Jacques) ou la dire dans une voix de personnage de dessin animé

En parler en groupe

RÉTROACTION

Comment c'était ?

Quel a été l'impact
sur votre pensée
lorsque vous l'avez
traité ainsi ?

Est-ce que quelque
chose a changé?

Y a-t-il une différence
entre cette façon de
faire et la façon dont
vous la traitez à
d'autres moments?

Qu'est ce qui se
passerait si vous étiez
capable d'être avec
vos pensées de cette
façon?

Attention:

- Ne pas expliquer trop longtemps
- Être ludique
- Accepter toutes les réponses

Message clé:

- On s'attache fréquemment aux pensées
- Ce n'est pas un problème en soi (ex. lire un livre)
- C'est utile de pouvoir choisir de prendre du recul parce que peut interférer avec les actions

ACCEPTATION

- Acceptations: permettre à nos pensées et émotions d'être ce qu'ils sont, peu importe s'ils sont plaisant ou déplaisant, s'ouvrir et leur permettre d'être présents, ne pas lutter contre eux, les laisser venir et partir tels qu'ils le feront naturellement
- Acceptation et défusion intimement liés
- On ne peut pas se débarrasser de la pensée, l'émotion, mais on peut y réagir différemment

EXERCICE DE L'EXPRESSION PHYSIQUE

- Penser au problème
- Noter les sensations physiques
- Couleurs associées
- Imaginer en forme d'objet
- Le sortir
- Le remettre à l'intérieur

EXERCICE DE L'EXPRESSION PHYSIQUE

Tradition Gestalt

Cultiver l'acceptation émotionnelle

Créer une distance entre la personne et les émotions

Observer le contenu émotionnel tel qu'il est

Y réagir différemment

Conséquences varient

ACT FOR LIFE

<http://actforpsychosis.com/resources>

<http://drericmorris.com/wp-content/uploads/2014/10/ACT-for-Life-Groups-Manual-2012.pdf>

4x2h, hebdomadaires

6-8 participants par groupe

2-3 enseignants

Métaphore du bus

Acteurs vidéo pour permettre aux participants d'évoluer à leur rythme

Éléments clés:

- Clarification des valeurs
- Exercices de pleine conscience
- Volonté
- Défusion
- Action engagée-à l'extérieur des sessions

STRENGTHEN YOUR WELLBEING: AU TRAVAIL

Bond, F.W., Flaxman, P.E. and Livheim, F. (2013). *The Mindful and Effective Employee An Acceptance and Commitment Therapy Training Manual for Improving Well-Being and Performance*. New Harbinger Publications.

- 4x2h (hebdomadaire et après 7 semaines)
- 6-10 participants par groupe
- 1 entraîneur
- Passager sur le bus
- Pleine conscience et clarification des valeurs
- Structure d'une session:
 - Pleine conscience
 - Révision des tâches à domicile
 - Nouvelle technique de pc
 - Travailler sur les valeurs
 - Tâche à domicile

ENTRAINEMENT À LA RÉSILIENCE PERSONNELLE

- 3x1/2 journée
- S1: pleine conscience, introduire les valeurs, les cartes, 3 actions dans la prochaine semaine, remarquer l'impact
- S2: pleine conscience, révision de la tâche à domicile, observer l'impact des pensées, émotions, sensations, prendre du recul, appliquer la valeur à 1 ou 2 domaines de la vie, 4 buts dans le prochain mois, 3 dans la prochaine semaine, devant tous
- S3: un mois plus tard, pleine conscience, évaluer la congruence avec les valeurs dans les dernières 2 semaines, être en contact avec les valeurs, exercices d'acceptation et défusion, contact avec soi résilient, planifier les buts et actions, réfléchir sur l'impact du travail et s'engager publiquement

GROUPE ADOLESCENTS: 7 SESSIONS

Où suis-je ? J'agis selon la douleur ou mes valeurs

Pensées: prisonnier ou flexible-remarquer le lien entre les pensées et le comportement

Bonne volonté (ne pas contrôler, accepter)

À l'intérieur de mon cerveau (observer le caractère automatique de mes pensées et émotions, défusion)

Pleine conscience

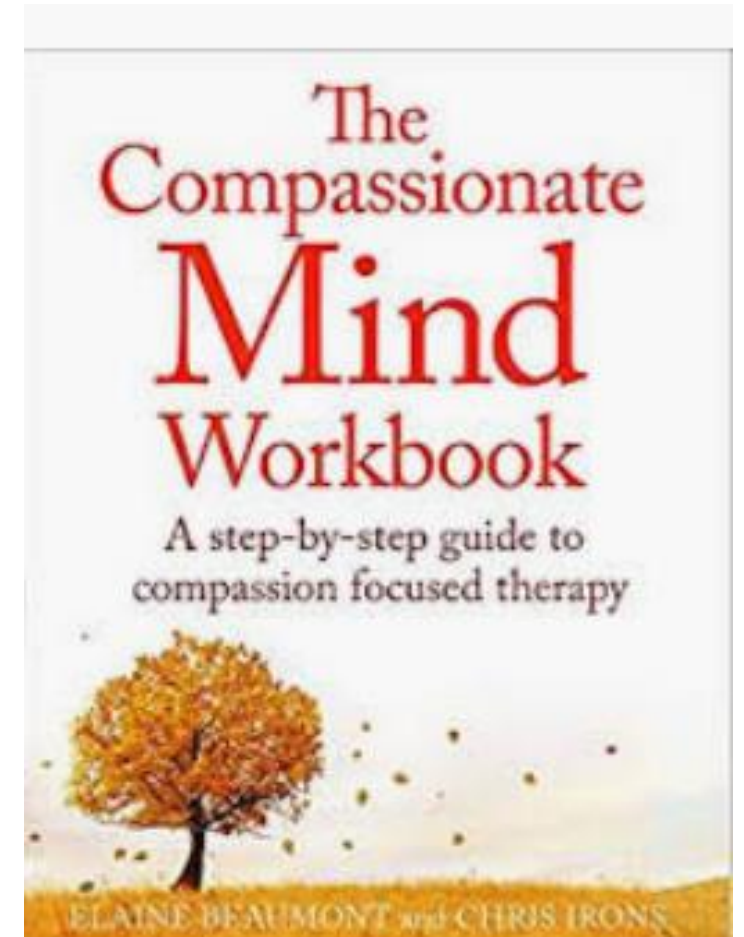
Ce que je valorise (clarifier les valeurs)

Agir (actions engagées)

THÉRAPIE FOCALISÉE SUR LA COMPASSION

Paul Gilbert

<https://www.compassionatemind.co.uk/>



EXEMPLES D'ADAPTATION

Compensation: combler les déficits

Cacher

Agression: menacer les autres de ne pas remarques,
externaliser (pas moi)

Évitement: des situation où je peux me sentir honteuse

Projection: autres me voient comme je me voit

Dissociation: agir sans ressentir

Engourdir: substances

LA DANSE DE LA HONTE

Centré sur la menace de façon automatique

Spirale: défense extrême (dominance-soumission)

Ne peut pas réparer la relation donc maintien de la dissociation, évitement, minimisation, externalisation, rumination

Thérapie: normaliser, analyse du comportement, focus sur la menace-protection de soi, focus sur la compassion

AUTO-CRITIQUE

Mauvaises relations (Zuroff, 1999):
dépendant, ne se sentent pas connectés

Plus critiques lorsque humeur déprimée
(Teasdale et Cox, 2001)

Répondent moins bien à la TCC standard
(rektor, 2002)

Dans la psychose: 70% des voix sont
malveillantes, commandes (menaces),
insultes

AUTO-CRITIQUE

Style:

- Comparaison sociale
- Personnalisation et se blâmer
- Se critiquer/condamner

Forme:

- S'attaquer (frustration)
- Auto-critique (pour améliorer/corriger)
- Dégout (pour blesser et détruire)

PEURS

Externe: rejet, si on me voit on va devenir menaçant

Interne: peur de ne pas réussir, peur de certaines émotions ou fantasmes ou souvenirs

Incapable d'accepter des limitations

STRATÉGIE DE SOUSSION

Conscient de l'autre puissant

Éviter de le provoquer

Moduler la colère et le
comportement agressif

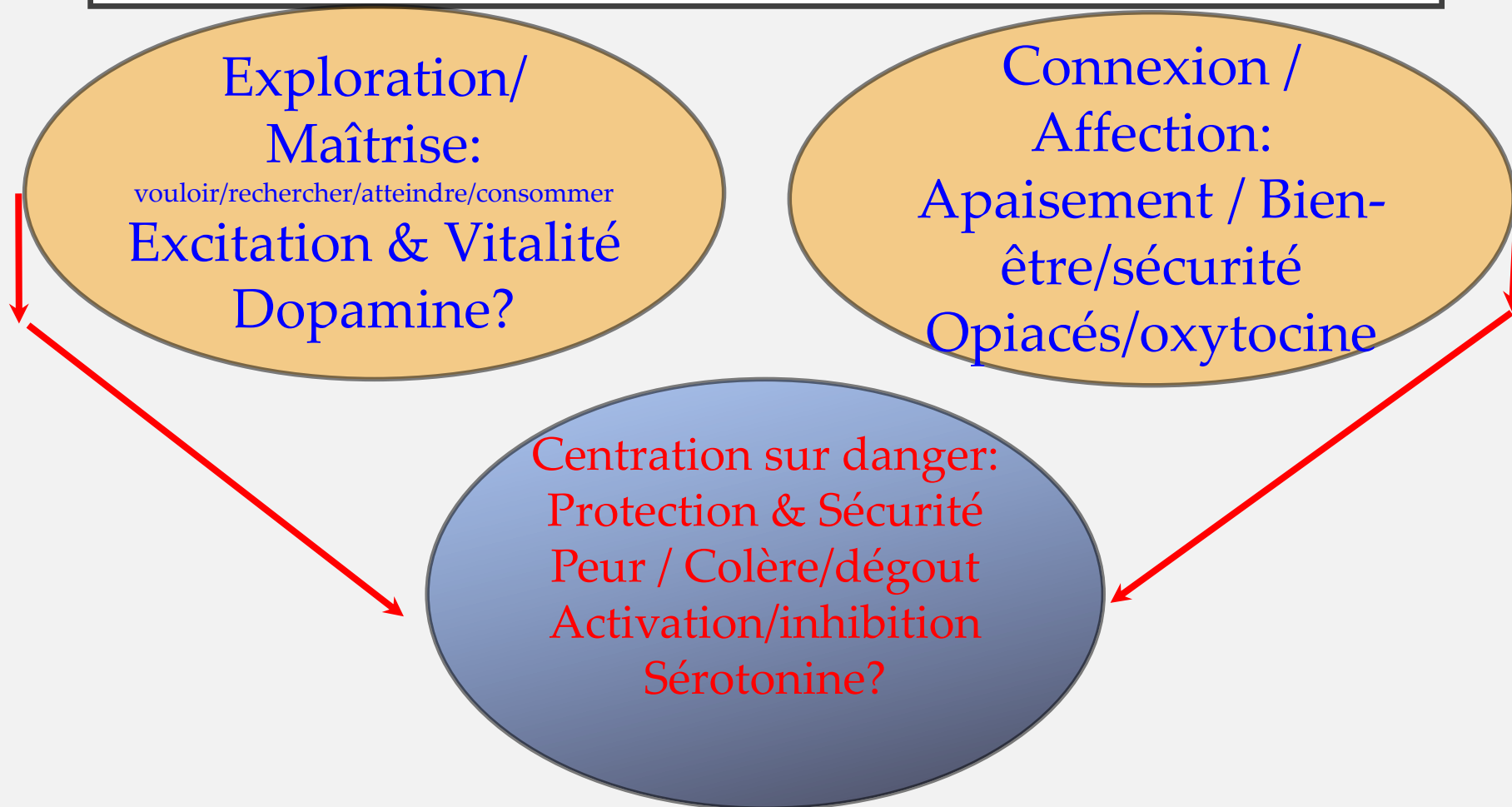
Auto-critique si échec

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

- Imaginer la partie auto-critique (30 secondes): est-ce qu'elle tient compte de l'évidence contre, conscience émotionnelle du pouvoir et dommage, nommer
- Analyse fonctionnelle: c'est un comportement sécurisant (avertissement de menace, souvenir, habitude, éviter agression, identité, régulation de l'affect), explorer la dyade victime-abuseur, origine de la voix, origine de la soumission, fonction (améliorer, ridiculiser, détruire), ce qui est caché, peur de cesser
- Alternative raisonnable
- Fiche mémo
- Jouer le rôle dominant
- Pleine conscience de l'autocritique

TYPES DE SYSTÈMES DE RÉGULATION DES ÉMOTIONS

(GILBERT)



TYPES DE SYSTÈMES DE RÉGULATION DES ÉMOTIONS

(GILBERT)



FOCUS DE LA THÉRAPIE: SYSTÈME DE CONNEXION- ATTACHEMENT

Ce système est sensible aux indices de sécurité sociale, d'acceptation

Permet de réguler les autres systèmes

Thérapeute:

- Favoriser le sentiment de sécurité interpersonnelle,
- Tolérer et se sentir en sécurité avec ce qui est exploré
- Remplacer l'auto-critique par la compassion pour soi

INVESTIGATION BASÉE SUR LA MENACE VS LA COMPASSION

Menace

- Trouver la faute
- Critique qui vient d'en haut
- Punir, condamner
- Passé: blâmé, humilié
- Émotions: anxiété, colère, frustration, mépris
- Solution basée sur la menace: éviter la menace

Compassion

- Comprendre et reconnaître la souffrance
- Collaboration, exploration, partager la solution
- Faire de son mieux: ouvert à apprendre de ses erreurs
- Émotions: regret, tristesse
- Ouvert à la souffrance, aux difficultés



TRAVAILLER AVEC COMPASSION

- Démontrer les attributs et les compétences de la compassion pour servir de modèle au patient:
 - Attention au bien être: motivé pour prendre soin afin de diminuer la détresse et favoriser le développement du patient
 - Sensibilité: à la détresse et aux besoins, reconnaître et distinguer les émotions et besoins du patient
 - Sympathie: être ému par les émotions et la détresse du patient. Patient ressent que le thérapeute s'est engagé et n'est pas passif ou distant
 - Tolérance à la détresse: contenir, rester et tolérer des émotions plutôt que d'éviter, fermer, contredire, invalider, nier les émotions. Le patient sent que le thérapeute peut contenir ses émotions et celles du patient. Il n'est pas apeuré ou peut les contenir et agir de façon appropriée
 - Empathie: tenter de comprendre la signification, les fonctions, les origines du monde intérieur pour saisir leur point de vue. Plus d'effort que la sympathie. Auto-empathie et la capacité de prendre un recul et comprendre ses pensées et émotions.
 - Non-jugement: ne pas condamner, critiquer, rejeter, humilier. Pas la non-préférence. Expérience du moment tel qu'il est

COMPÉTENCES
DE LA
COMPASSION

- Créer une atmosphère chaleureuse, gentillesse, soutien
- Enseigner la pleine conscience des pensées, émotions et comportements
- Au lieu d'utiliser un ton intimidant, agressif, froid lorsqu'on modifie les pensées, être encourageant et soutenant

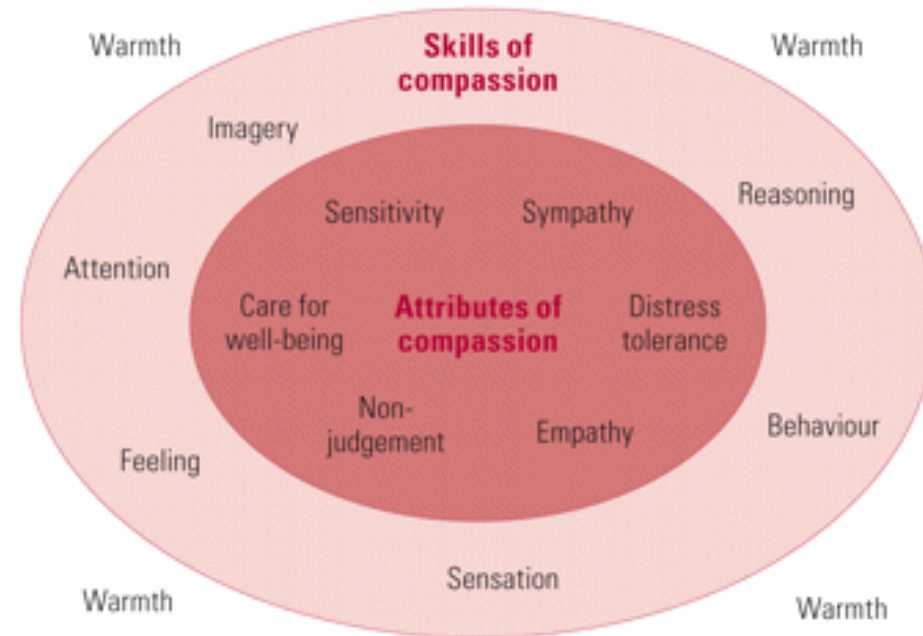


FIG 2 Multimodal compassionate mind training: the key aspects and attributes of compassion (inner ring) and the skills training required to develop them (outer ring). From Gilbert (2009) with permission of Constable and Robinson.

ATTENTION COMPATISSANTE

- Diriger l'attention de façon productive (aider et se soutenir)
- Se souvenir de moments compatissants (p.ex. lors de conflits, on oublie ce qu'on aime, refocaliser l'attention pour avoir une vision équilibrée)
- Identifier les forces du patient (ex. courage, gentillesse, capacité d'adaptation antérieure) et demander au patient de focaliser l'attention sur ces qualités, souvenirs positifs et renforcer ces qualités
- Pleine conscience des activités de la vie quotidienne pour encourager l'appréciation et la gratitude (goût de la nourriture, couleurs du ciel, musique)
- Pour se libérer de la dominance du système de centration sur la menace, passer du focus sur les problèmes et difficultés potentielles sur le moment présent

RAISONNEMENT COMPATISSANT

- Utiliser des techniques de la TCC, DBT, mentalisation pour obtenir un raisonnement équilibré
- Pensée alternative doit être ressentie comme étant soutenance et aidante (vs seulement logique)
- Thérapeute écoute chaleureusement, valider les émotions et pensées du patient
- Focus sur les pensées a/s de l'humeur actuelle, le futur, leur vision d'eux même
- Identifier les fonctions de la pensée critique et la peur de l'abandonner, identifier les problèmes associées à la rumination et focus compatissant sur la pensée

COMPORTEMENT COMPATISSANT

- Diminuer la détresse et favoriser le développement
- S'exposer vs éviter des réalités difficiles: courage via la collaboration, sentiment de chaleur, compassion et gentillesse (comme un parent)
- Buts:
 - atténuer le système centré sur la menace,
 - apprendre de nouvelles défenses (affirmation de soi),
 - stimuler l'affect positif car peur de s'amuser, d'être gentil avec soi-même (émotion n'est pas familière, pris par surprise): exposition aux émotions positives
- Focus sur le processus plutôt que sur la tâche: se féliciter d'avoir fait un effort plutôt que se critiquer de ne pas avoir atteint le but (apprendre à apprécier l'effort). Société renforce le fait qu'arriver deuxième n'est pas acceptable

IMAGERIE COMPATISSANTE

- Générer la compassion
- Explorer l'image de la compassion:
 - Imaginer l'expression du visage, le ton de voix
 - Expression des émotions associées avec différentes images (même si ce n'est pas un être humain, on doit les imaginer avec une sagesse, force, chaleur et non-jugement)
 - S'imaginer comme étant une personne compatissante: ressentir l'expression faciale, postures, tons de voix, styles de pensée, pratiquer tous les jours (méthode)

ÉMOTION COMPATISSANTE

- Ressentir la compassion des autres, ressentir la compassion pour autrui et pour soi-même
- Relation thérapeutique
- Focus de l'attention

SENSATION DE COMPASSION

Explorer les émotions
dans le corps lorsque
d'autres sont
compatissants et
lorsqu'on est
compatissant envers soi-
même

IMPORTANCE DE L'AUTO- COMPASSION

- Les pensées et les images active différentes parties du cerveau
- Analogie avec l'image d'un repas: imaginer un repas va stimuler la salive: pouvoir physiologique de nos pensées, souvenirs et images
- Comment se sentiraient-ils si quelqu'un les critiquait constamment, se fâchaient lorsque les choses n'allaient pas bien: anxiété et dépression générées par le système de centration sur la menace
- Recevoir la gentillesse soulage, sécurise car stimule le système correspondant: pensées compatissantes pour stimuler ce système

ÉTUDES

- Diminue les symptômes de dépression:
 - Chez Japonais avec DM (Asano, 2017)
 - Chez Iraniens avec DM (Noorbala, 2013): et anxiété
 - Chez les psychotiques: et perception humiliation par autrui, meilleure estime personnelle, moins de psychopathologie (Laithwaite, 2009; Braehler, 2013)
 - Chez les vétérans avec TLU comorbides: et plus de pleine conscience, de compassion (Scheid, 2019)
 - Chez les patients avec douleur chronique (Penlington, 2019)
 - Chez les patients déments (Craig, 2018; Collins, 2018): moins anxieux, plus d'auto-compassion/meilleure QdV
 - Chez des patients avec trauma crânien (Ashworth, 2015): moins d'auto-critique, moins d'anxiété, plus grande capacité à se rassurer
- Chez les patients avec DI (Clapton, 2018): moins d'autocritique
- Chez les patients avec trouble alimentaire (Kelly, 2017): plus d'auto-compassion, moins de peur d'auto-compassion, de honte
- ECA sur groupe transdiagnostique (n=58): moins de psychopathologie, peur d'auto-compassion, plus de sécurité sociale (Cuppige, 2018)
- Sur internet: diminue les sx dépressifs, anxiété et améliore auto-compassion (Krieger, 2019)

MÉDITATION POUR LES MÉDECINS



ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ET ANXIÉTÉ EN MÉDECINE

(DYRBYE, 2006; QUILL, 1990; RUTLEDGE, 2009; THOMAS, 2004; ZUARDI, 2011)

Sondage 704 médecins de famille au Royaume Uni (Chambers, 1994):

- Anxiété 31%
- Épuisement et stress 61.7%
- Insomnie 46.7%

451 MD en Chine (Shen, 2012): 18% anxiété, 31.7% dépression

Épuisement professionnel: 25-60% (Goerhing, 2005, Panagopoulou, 2006; Renzi, 2005)

Plus d'insatisfaction concernant l'équilibre travail-maison et de sx d'épuisement (Shanafelt, 2012)

S'occupent moins de leurs besoins et hésitent à consulter autrui (Wallace, 2009)

ACM (Myers, 2003): 25% des MD qui s'auto-diagnostiquent déprimés envisagent consulter et 2% consultent

60% des MD résidents rapportent l'épuisement professionnel (McCray, 2008)

30% absentéisme NHS est dû au stress (Picker institute, 2012)

STRESS CHEZ LES MÉDECINS (LEE, 2009, WALLACE, 2009)

Travail posté

Longues journées

Grand nombre de
patients

Pression de temps

Mauvaises
habitudes de
sommeil

Attentes de
performance

Faire face à la
souffrance, peur,
échecs, mort

Interactions
difficiles avec
patients, famille,
personnel

MÉTA-ANALYSE MBSR MODIFIÉ POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (BURTON, 2017)

- Stress:
 - Diminue la satisfaction des patients, la qualité des soins, l'empathie,
 - Augmente le nombre d'erreurs médicales (Krasner, 2009) et le temps de récupération des patients (Shanafelt, 2002; Vahey, 2004)
- MBSR a un effet modéré sur le stress
- Lamothe (2016): diminue épuisement professionnel, stress, anxiété, dépression, améliore l'empathie
- Jannssen (2018) chez les employés: moins d'épuisement émotionnel, de stress, de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété de stress occupationnel, plus de pleine conscience, accomplissement personnel, auto-compassion, meilleur sommeil, relaxation

MBCT MODIFIÉE POUR LES THÉRAPEUTES NON MALADES

(RUTHS, 2012, DE ZOYSA, 2014, HORTYNSKA, 2016)

- N=27
- Modification: pensées comme des événements mentaux, activation comportementale, identifier où ressent la détresse, lien entre les pensées-émotions-corps-comportements, identifier signe de rechute pour la détresse et plan d'action
- Si continuent à pratiquer: diminution signification de l'inquiétude, anxiété, psychopathologie générale
- Plus ils continuent: plus améliorent la pleine conscience et l'attention, bien-être général, diminution de la psychopathologie, anxiété, inquiétudes

PLEINE CONSCIENCE AIDE LE THÉRAPEUTE

- Travailler avec des patients aux **problématiques complexes**:
 - **Réactions émotionnelles** intenses mènent à la distanciation, au désespoir etc...
 - **Responsabilité légale**
- Permet de **voir le patient dans sa globalité** et penser aux **buts à long terme** plutôt que comme un problème à régler, une façon de diminuer l'évitement expérientiel
- Permet **d'accepter sa propre réaction**
- En pratiquant la méditation, le thérapeute peut rester **flexible**
- Méditation peut améliorer l'acceptation (Hayes, 2004), l'**empathie** et **diminuer l'épuisement professionnel** (Krasner, 2009), **améliorer l'issue du traitement** (Grepmair, 2007)
- **Suggestion: pratique de méditation, méditation avant de voir le patient ou pendant la session si note des émotions**

CONCLUSION

- **Méditation de pleine conscience:** déployer l'attention d'une certaine façon (délibérément, expérience vécue au moment présent, sans porter de jugement de valeur)
- **MBSR:** maladies physiques chroniques (douleur, maladies cardiovasculaires, cancer)
- **MBCT:** diminue les rechutes dépressives
- **ACT:** douleur, dépression, l'abus de substances, l'anxiété mixte (TPA, AS, TOC, TAG) et les troubles psychotiques
- **DBT:** auto-mutilations et tentatives de suicide chez les troubles de personnalité limite
- **MB-eat:** moins de crises d'hyperphagie
- **MBRP:** moins de craving
- **CFT:** diminue les symptômes dépressifs
- **Méditation pour le médecin** pour diminuer le stress, épuisement professionnel, anxiété, dépression, améliorer l'empathie

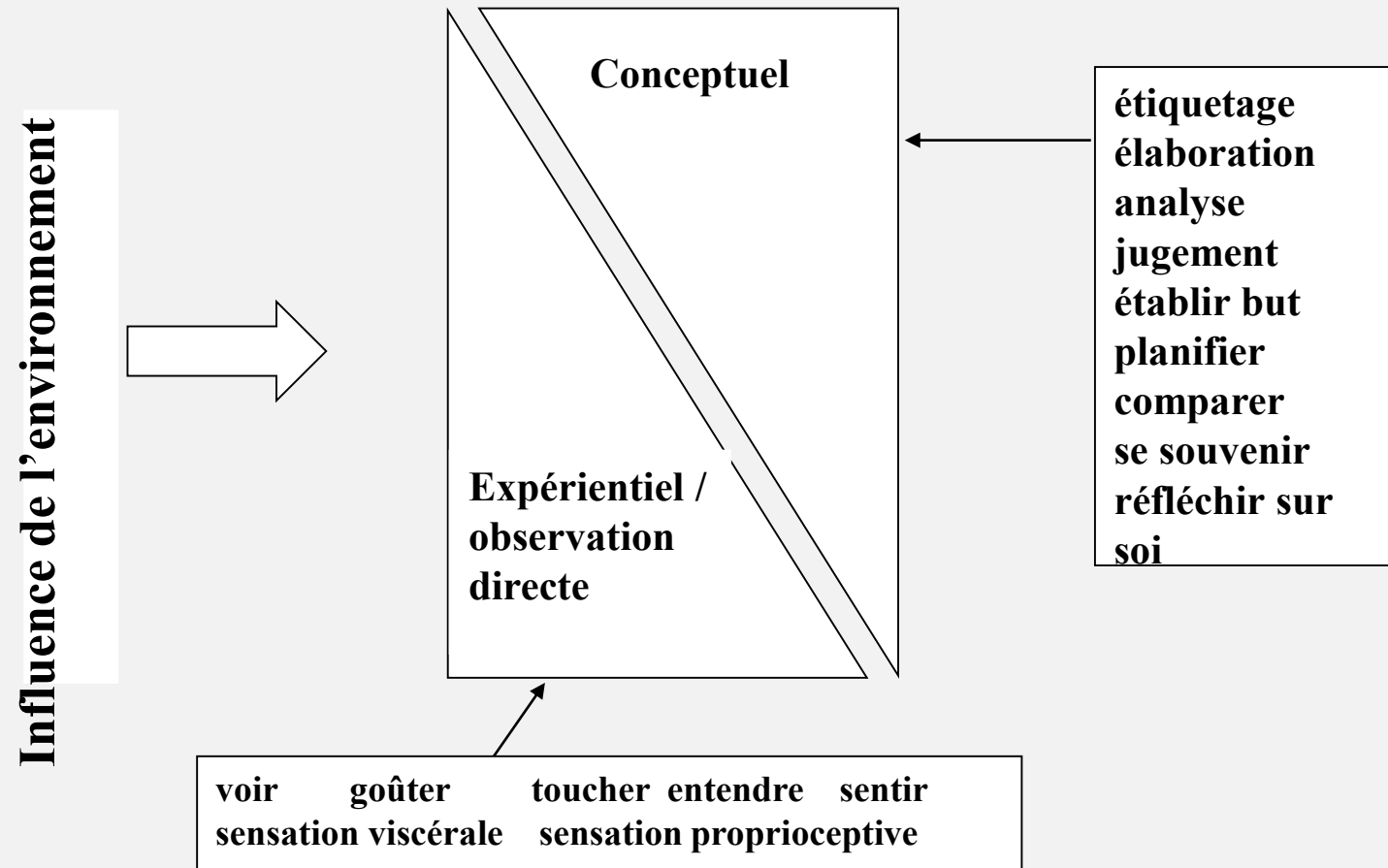
LA THÉRAPIE COGNITIVE BASÉE SUR LA
PLEINE CONSCIENCE
(MBCT)

LE RAISIN

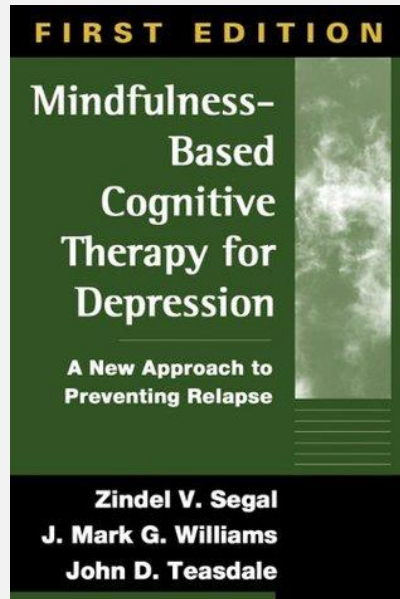
- • Cultive l'expérience directe à travers les
- sens, l'attention sur un objet extérieur, la
- curiosité
- • L'observation du mouvement de notre
- attention
- • Pointe vers notre tendance à évaluer,
- comparer, se rappeler...
- • Expérience différente, pointe vers notre
- capacité à être avec autrement



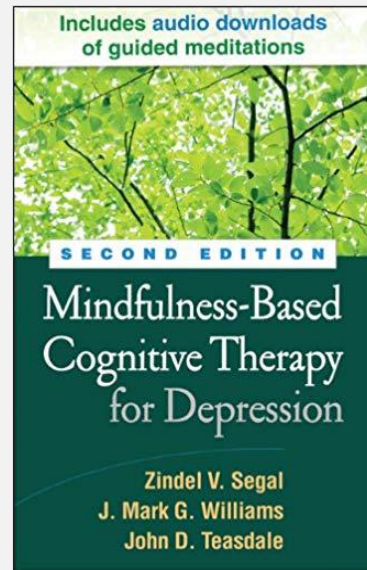
2 MODES DE FOCUS SUR SOI: CONCEPTUEL AND EXPÉRIENTIEL



Création de la MBCT

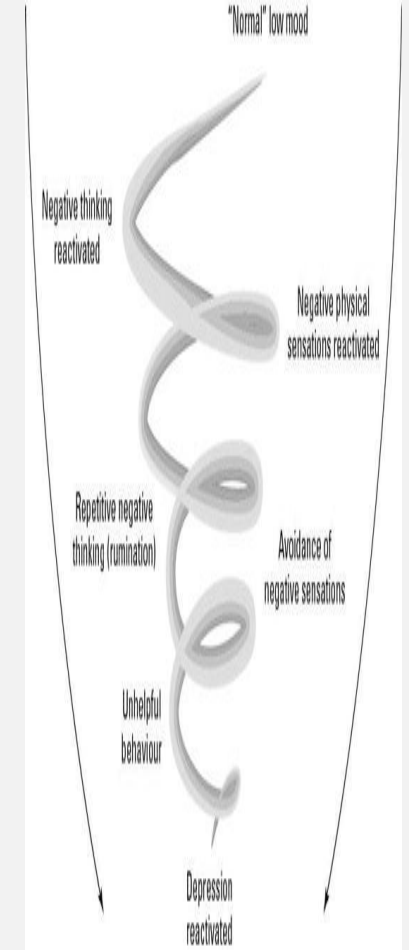


2002

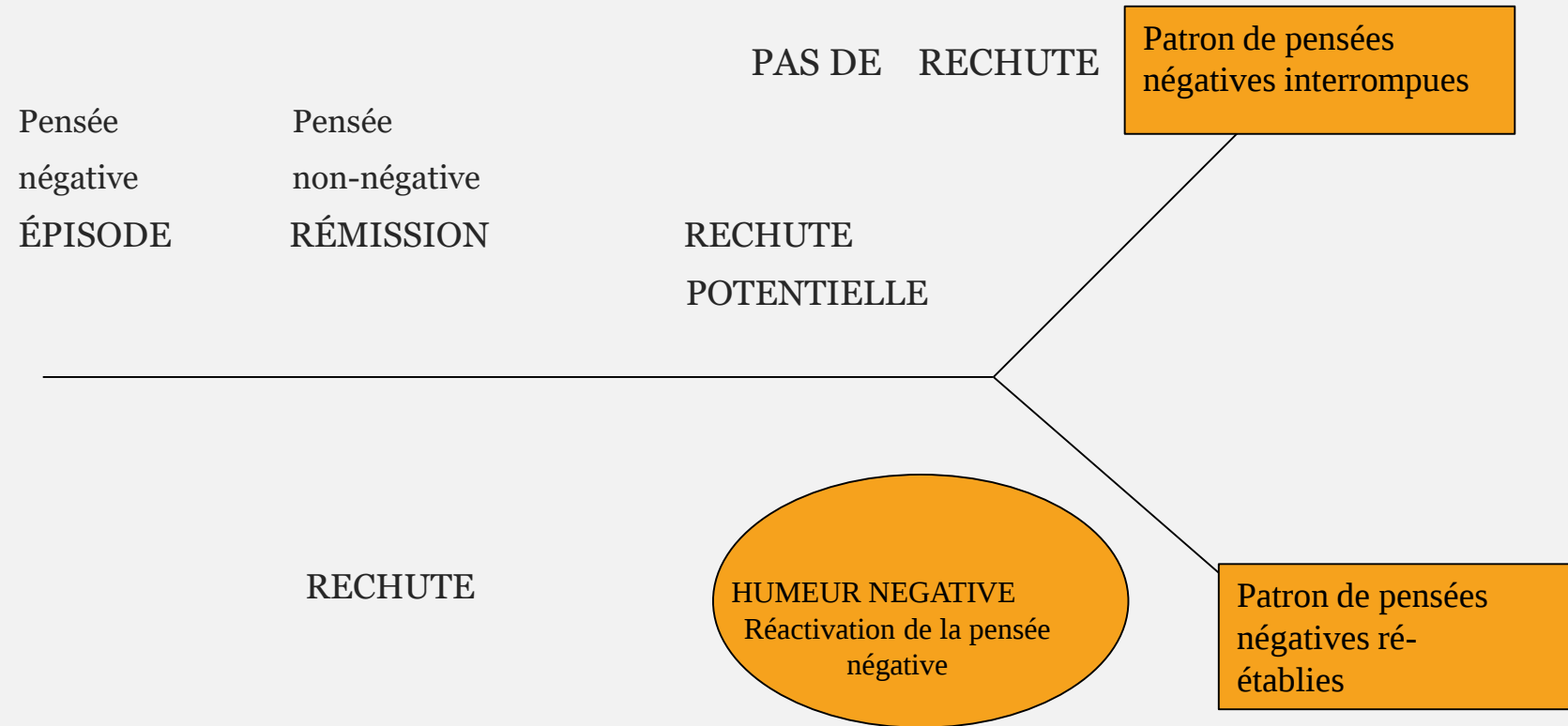


2013

- 1992: trio pour créer une thérapie cognitive de maintien pour prévenir la rechute dépressive
- Approche de groupe pour efficience
- *Activation différentielle* de Teasdale comme modèle
- Décentration des pensées

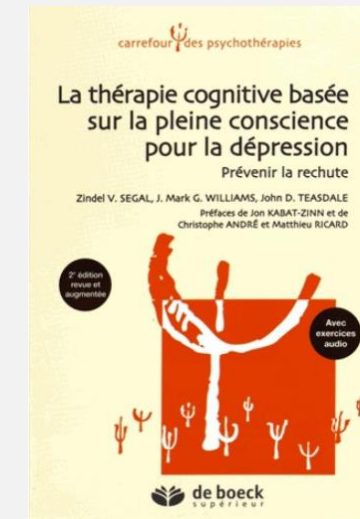
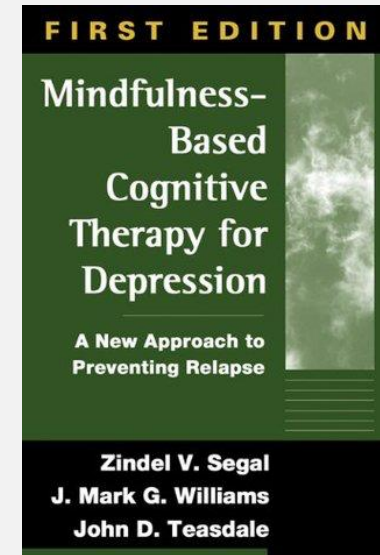


MÉCANISME DE RISQUE COGNITIF



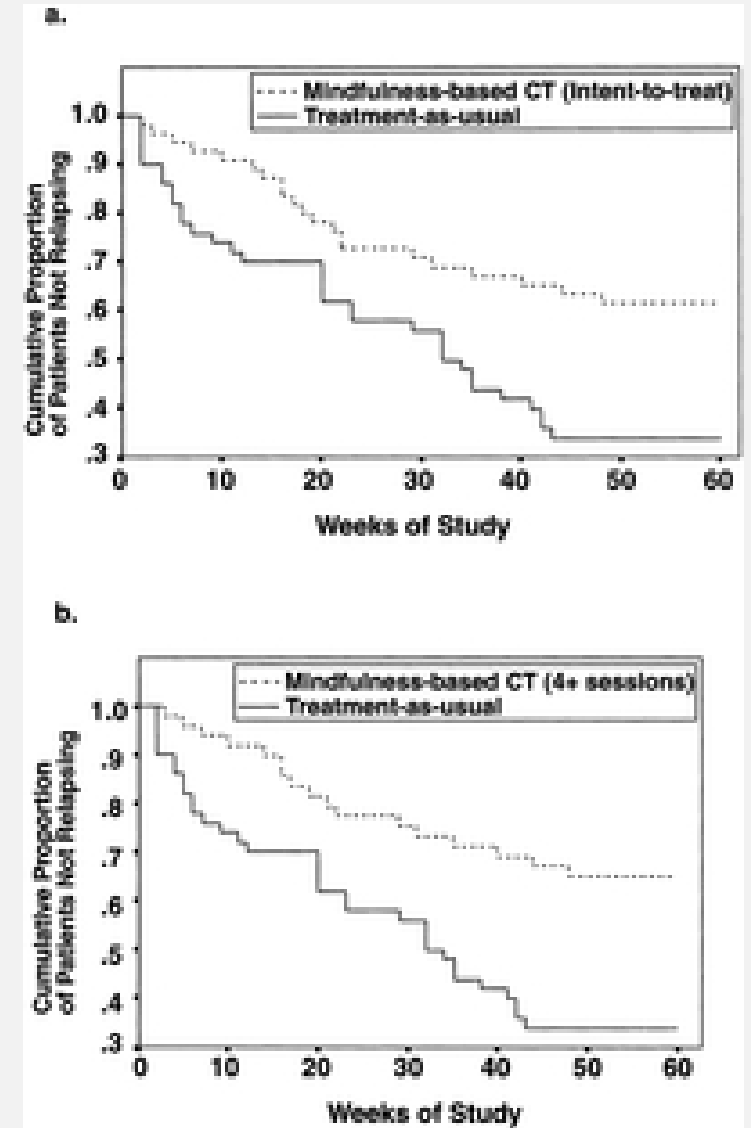
CRÉATION DE LA MBCT

- 1993 : première visite à Kabat-Zinn, régulation attentionnelle, et décentration des pensées
- MAIS il manque quelque chose
- 1995: deuxième visite à Kabat-Zinn, attitude des enseignants: bienveillance acceptation, invitation...vient de leur pratique régulière?
- Décentration en plus des pensées, aussi émotions et sensations



PREVENTION OF RELAPSE/RECURRENCE IN
MAJOR DEPRESSION BY MINDFULNESS BASED
COGNITIVE THERAPY
TEASDALE ET AL, J CONSULT CLIN
PSYCHOLOGY, 2000

- PREMIÈRE ÉTUDE AVEC LE MBCT:
- N=145, 60 semaines de suivi
- 40% vs 66% de rechute, MBCT vs TAU
- Mieux si 3 épisodes que 2 ou moins



PSYCHOTHÉRAPIES RECOMMANDÉES POUR LA DÉPRESSION (CANMAT 2016)

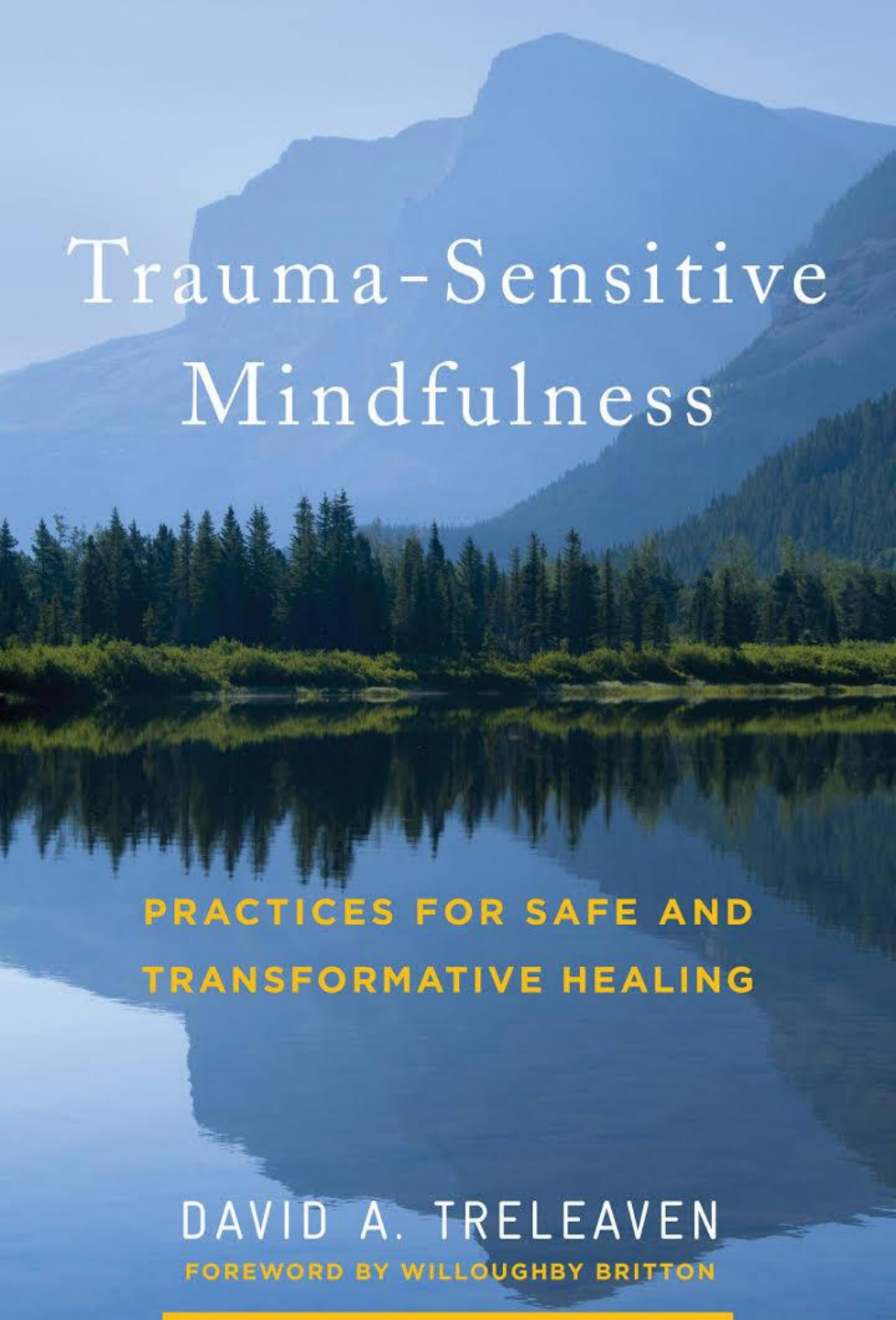
	Acute	Maintenance-relapse prevention
First line	Cognitive behavioral therapy Interpersonal psychotherapy Behavioral Activation	CBT MBCT
Second line	MBCT CBASP Solution focused therapy Short term psychodynamic therapy Telephone and internet delivered CBT and IPT	BA IPT CBASP
Third line	Long term psychodynamic therapy ACT Therapy by videoconference	Long term psychodynamic therapy
Fourth line	Motivational interviewing	

ÉVALUATIONS
INDIVIDUELLES
POUR
INCLUSION
DANS UN
GROUPE MBCT

- Évaluation des critères d'exclusion possibles
- Explications du fonctionnement du groupe
- Échantillon de méditation

CRITÈRES
D'EXCLUSION
POSSIBLES POUR
LE MBCT
BANGOR 2012,
DOBKIN 2012,
SANTORELLI 2014

- Psychose passée/présente
- Dépression sévère
- Abus substance actif
- Trouble de personnalité sévère
- Risque suicidaire/auto-mutilation
- anxiété sociale sévère
- TSPT non résolu
- Dissociation
- Stresseurs importants à venir (pas le moment d'apprendre)



Trauma-Sensitive Mindfulness

**PRACTICES FOR SAFE AND
TRANSFORMATIVE HEALING**

DAVID A. TRELEAVEN
FOREWORD BY WILLOUGHBY BRITTON

LA PLEINE CONSCIENCE SENSIBILISÉE AU TRAUMA

Voir aussi:
Safety toolbox
W. Britton
Brown University

Davidtreleaven.com



MBCT
RENCONTRES 1 À 8

- 2h30, 8 rencontres, 12-20 participants
- Méditations
- Retour sur les pratiques par le dialogue exploratoire
- Exercices de thérapie cognitive
- Explications des pratiques/devoirs à domicile



SEMAINE 1:
LA CONSCIENCE ET
LE PILOTE
AUTOMATIQUE

Le groupe/règles

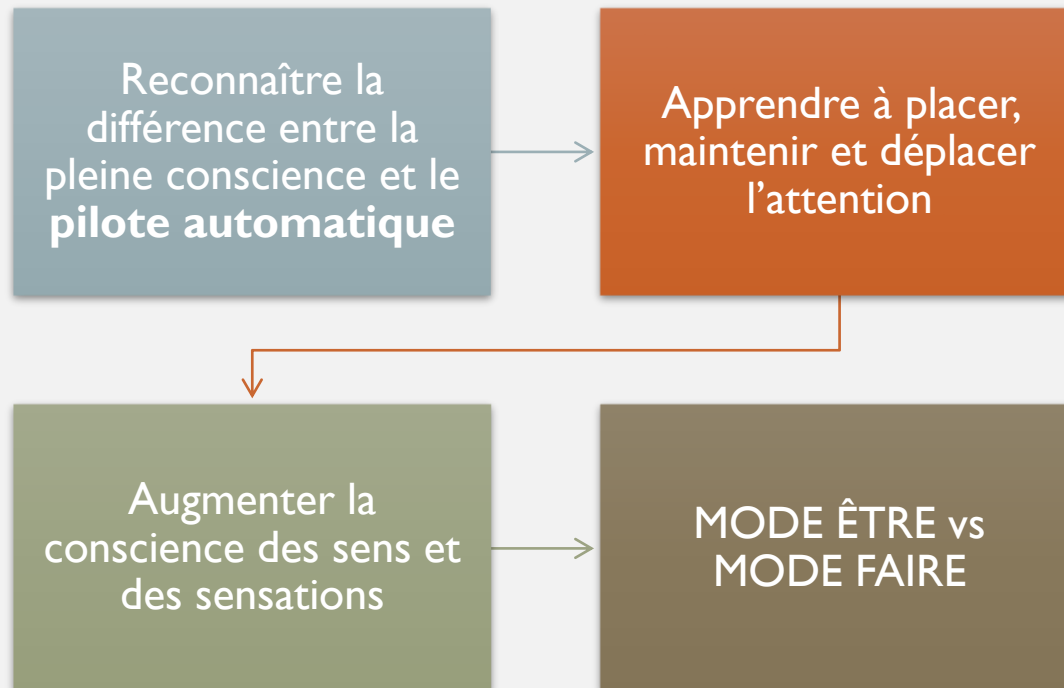
Le raisin

Le scan corporel

Pratiques à domicile:

- Scan corporel
- Activité en pleine conscience

SEMAINE 1: LA CONSCIENCE ET LE PILOTE AUTOMATIQUE POINTS CLÉS



Andréanne Elie et Thanh-Lan Ngô (Center for mindfulness studies)



MODE FAIRE ET ÊTRE

Mode « Faire »	Mode « Être »
Vivre en pilotage automatique	Vivre en pleine conscience et poser des choix conscients
Se rapporter à l'expérience via les pensées	Vivre directement l'expérience
S'attarder dans le passé et le futur	Être pleinement dans le moment présent
Besoin d'éviter, d'échapper, ou de se débarrasser des événements désagréables	Approcher les événements désagréables avec intérêt
Besoin que les choses soient différentes	Permettre aux choses d'être simplement comme elles sont déjà
Voir les pensées comme vraies et réelles	Voir les pensées comme des événements mentaux
Donner la priorité à la réalisation des objectifs	Donner la priorité à la sensibilité de besoins plus vastes

SEMAINE 2: VIVRE DANS SA TÊTE

Scan corporel

Exercice des pensées et émotions (je marche sur le trottoir....)

Pleine conscience de la respiration

Pratiques:

- Calendrier des événements agréables,
- Scan corporel
- Activité en pleine conscience

SEMAINE 2: VIVRE DANS SA TÊTE POINTS CLÉS

Constater le mouvement (normal) de l'attention, curiosité

Méta-cognition de nos habitudes à juger, se juger

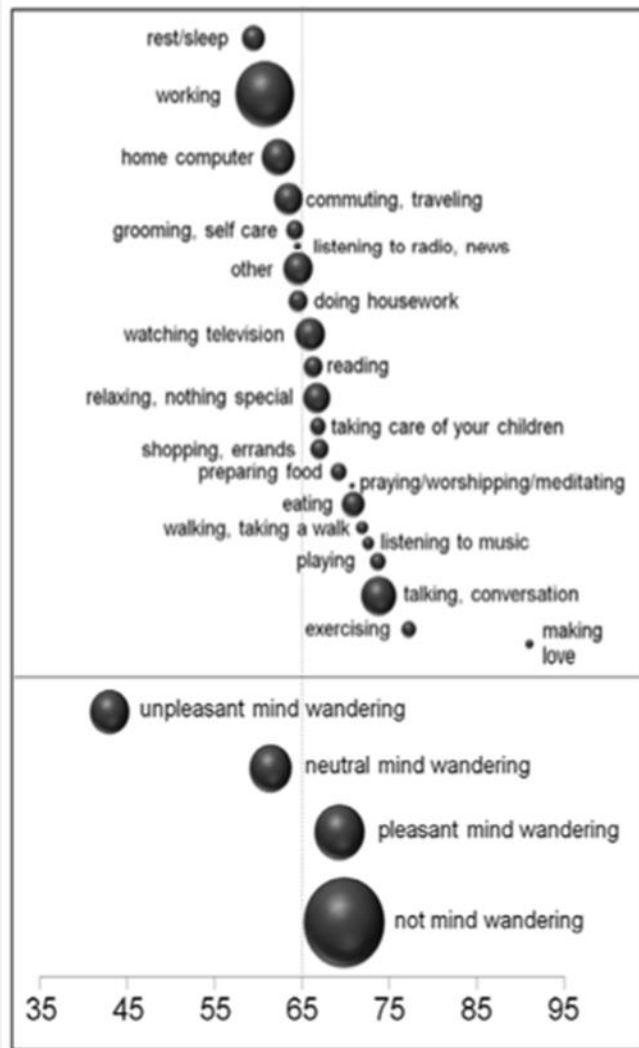
Embûches de la pratique à domicile (ennui, doute, performance...)

Comment nos pensées (et leur quantité) influencent nos perceptions de la réalité



A Wandering Mind Is an Unhappy Mind

Matthew A. Killingsworth* and Daniel T. Gilbert



50%

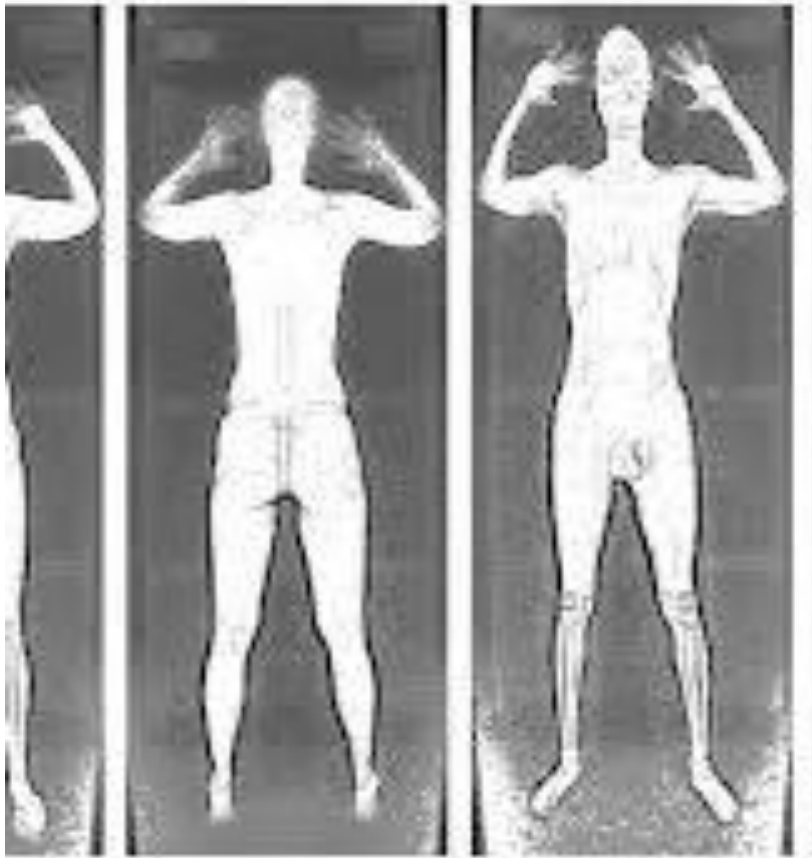
“UN ESPRIT QUI VAGABONDE
EST UN ESPRIT MALHEUREUX”
(KILLINGSWOTH, 2011)

Comment vous sentez-vous en ce moment?

Que faites-vous en ce moment?

Êtes-vous attentif à ce que vous faites en ce moment

Sinon, à quoi pensez-vous?



LE SCAN CORPOREL

L'attention aux sensations du corps de façon séquentielle

Les sensations comme source d'information, agréables, neutres ou désagréables, changeantes, tolérance à cela

Méta-cognition

Pratique plus longue

Aussi important de revenir (sortir des ruminations) que de porter attention

MÉDITATION AVEC LE SOUFFLE



S'ancrer avec les sensations du souffle, et aller vers une sensation physique difficile

Utiliser le corps et le souffle pour rester dans le moment présent (training attention) même avec une difficulté, curiosité vs aversion

Diminue l'évitement expérientiel et la réactivité habituelle en se "pratiquant" avec une sensation corporelle difficile

S'occuper de soi au besoin

SEMAINE 3: RASSEMBLER L'ESPRIT DISPERSÉ

Méditation avec le souffle (et une sensation corporelle intense)

Espace de respiration de 3 minutes

Mouvement en pleine conscience

Pratiques:

Méditation avec le souffle

3 minutes

Calendrier des événements
désagréables



SEMAINE 3

RASSEMBLER L'ESPRIT DISPERSÉ

POINTS CLÉS

- Point d'ancrage de l'attention par le **souffle** comme pratique de distanciation des pensées
- Attitudes:
 - Curiosité patience
 - Laisser être compassion
 - Non-judgment
 - Confiance
 - Non-effort
- Décortiquer l'expérience en ses composantes augmente le niveau de conscience
- Évènements agréables surviennent sans que j'y porte attention
- Le mouvement du corps permet un stimulus accru pour l'attention

SEMAINE 4: RECONNAÎTRE L'AVERSION

Méditation souffle-corps-sons-pensées
et sans objet préférentiel

Retour sur événements désagréables

3 minutes espace respiration en réponse

Pensées automatiques de la dépression
et de l'anxiété

Marche en pleine conscience

Pratiques:

Marche

Méditation

3 minutes en réponse



SEMAINE 4: RECONNAÎTRE L'AVERSION POINTS CLÉS

- Les pensées comme **objet d'attention** comme évènement mental (début)
- Passer d'une attention concentrée à une attention ouverte et réceptive de l'expérience
- Décortiquer l'expérience difficile en ses composantes la rend plus gérable
- «2ième flèche»
- Se tourner vers les difficultés (en utilisant le corps), vs éviter
- Reconnaître ses patterns d'aversion (énergie qu'on met en voulant que les choses soient différentes)
- Se distancier de nos pensées automatiques en groupe

ESPACE DE RESPIRATION DE 3 MINUTES

- Petit moment de pratique formelle répété dans la journée, «portatif»
- N'est pas une façon de s'évader du moment présent, pas un «quick fix»
- Mais de noter les cascades de pensées, émotions habituelles et de s'en désengager



SEMAINE 5: LAISSER ÊTRE ET LÂCHER PRISE POINTS CLÉS

- Méditer avec une difficulté (souffle-corps-sons-pensées/difficulté)
- Territoire de la dépression et de l'anxiété
- Espace de respiration de 3 minutes en réponse à une difficulté
- *La maison d'hôte*
- Pratiques:
 - Méditation avec difficulté
 - 3 minutes et 3 minutes en réponse



SEMAINE 5:
LAISSER ÊTRE ET LÂCHER PRISE
POINTS CLÉS

- Être avec la difficulté différemment:
- Être avec VS vouloir que les choses soient différentes
- Laisser de l'espace pour répondre au lieu de réagir
- Souffrance=douleur X résistance
- Les pensées comme **évènement mental**
- **ACCEPTATION**
- Diminue l'évitement et augmente la tolérance au stress
- Se distancier des s et s de la dépression/anxiété

SEMAINE 6: LES PENSÉES NE SONT PAS DES FAITS

Méditation souffle-corps-sons-
pensées

Exercice du bureau

Signature de la rechute dépressive
ou anxieuse

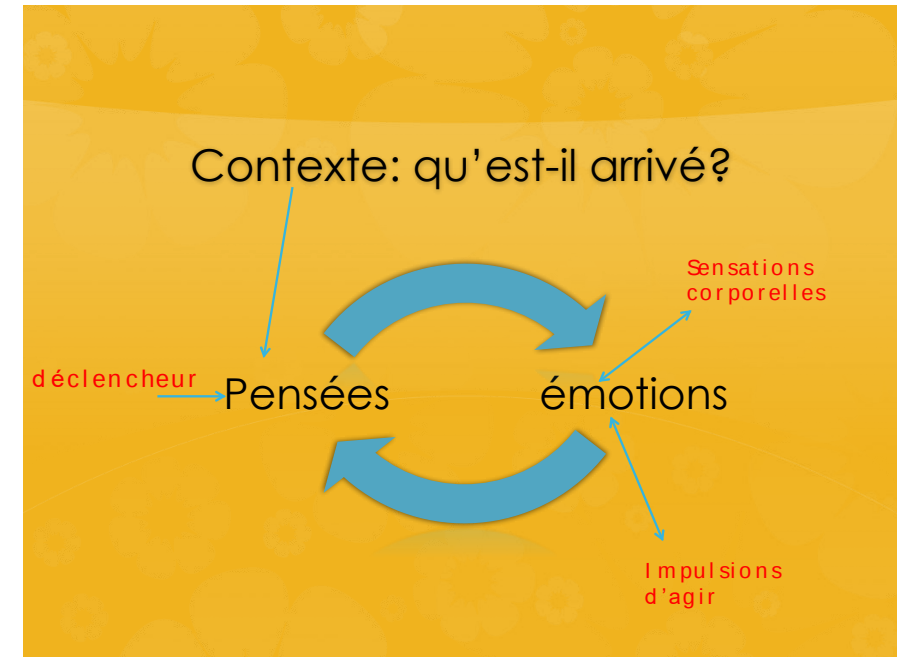
Plan d'action

Espace de respiration

Pratiques:

Méditation au choix

Plan d'action



SEMAINE 6:
LES PENSÉES NE SONT PAS DES FAITS
POINTS CLÉS

- Nous ne sommes PAS nos pensées
- Les pensées sont des événements mentaux
- La défusion
- Nos pensées sont dépendantes de notre état émotionnel et du contexte
- Les signes avant-coureurs de rechute se présentent en «patterns» de pensées, d'émotions et de comportements

MARCHE EN PLEINE CONSCIENCE

- Cultiver l'attention au corps en mouvement,
- Autre focus de l'attention au moment présent, permet:
 - Voir notre tendance à juger, se comparer lors d'un évènement même aussi banal que bouger, lien avec la spirale négative des pensées
 - Apprécier les limites de notre corps, s'occuper de soi
 - Être présent à ce qu'on fait d'habitude sur le pilote automatique



MBCT AUTRES INDICATIONS

Dysthymie (Hamidian, 2013)

Dépression majeure aiguë (Goldberg 2019, Omid, 2013, Barnhofer, 2009; Van Alderen, 2012, Manicavasgard, 2011; Mathew, 2010; Kenny, 2007)

Dépression en rémission partielle (Geschwind, 2012; Kingston, 2007, Clader-Miccus, 2018)

Bipolaires et jeunes à risque (Perich, 2013; Deckersbach, 2012; Weber 2017, Cotton 2019, Lovas 2018)

TOC (Kulz, 2013)

ESPT (King, 2013)

TAG (Wong, 2016; Evans, 2008)

Phobie sociale (Piet, 2010)

Gériatrie (Mathur 2016, Foulk 2013, O'Connor 2013)

Anxiété (Kocovski, 2013, Goldin 2016, Hoge 2015)

MBCT AUTRES INDICATIONS

Hypochondrie (McManus, 2012)

Fatigue chronique (Rimes, 2013)

Épilepsie (Thompson, 2010)

Borderline (Sachse, 2011)

Fibromyalgie (Haugmark 2019)

Oncologie (kingston, 2015, Park, 2018)

Péri et post-partum (Luberto, 2018, Shulman 2018)

Retard mental (Idusohan-Moizer, 2013)

Psychose (Collip, 2013; Chadwick, 2005; Langer, 2012)

Fertilité (Sherratt, 2013)

Cancer (Stafford, 2013; Chambers, 2013; Sharplin, 2010)

Céphalée (Day, 2013)

Diabète (van Son, 2013)

Douleur chronique (Veehof, 2016, Day 2019)

AVENIR ÉTUDES DU MBCT (SEGAL ET DIMIDJIAN 2018)

- Efficace particulièrement pour la dépression avec symptômes résiduels, 3 épisodes et plus, adversité en bas âge
- Trop peu d'études sur la pratique à domicile et les effets du MBCT, sauf une méta-analyse de Crane 2017 qui montre un effet positif mais faible
- Toutefois, la pratique informelle n'est pas assez rapportée, trop subjectif?
- Ce qui risque d'arriver avec les applications et programmes en ligne?

DANGERS POSSIBLES DES APPROCHES BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE

- Sévérité et complexité des problèmes: commencer par stabiliser, favoriser le contrôle comportemental (Hawton, 1998):
 - DM: résolution de problème, activation comportementale
 - TPL: DBT
- Besoin d'un engagement
- Parfois focus sur soi augmente les ruminations:
 - Expliquer que le but n'est pas de se distraire ou de régler le problème mais favoriser des attentes réalistes
 - Si souvenirs traumatiques: TCC et pleine conscience avant ou pendant le groupe
- Si négatif et désespéré:
 - Expliquer que ces pensées sont des jugements et des interprétations
 - Enseigner à décrire et laisser aller ces pensées
 - Si suppression ou évitement des pensées, possibilité que les pensées reviennent en force
- Conclusion: utiliser la MBCT lorsque les patients ne sont pas en crise, expliquer dangers possibles (augmentation initiale de la détresse, possibilité de dissociation)

CONTRE-INDICATIONS

- Troubles d'attention ou de concentration (ex. dépression majeure, abus de substances)
- Idées suicidaires actives sans autres traitements de maintien
- Traumatisme non traité (doit discuter des contenus traumatiques)
- Incapable de tolérer des émotions intenses, difficiles

JOURNÉE DE RETRAITE

- Approfondir sa pratique
- Explorer de nouvelles pratiques, et le silence
- Préparer la suite



SEMAINE 7: COMMENT PUIS-JE AU MIEUX PRENDRE SOIN DE MOI?

- Méditation souffle-corps-sens-pensées et sans objet préférentiel
- Activité nourrissante et drainante
- Plan d'action
- Espace de respiration
- Pratique:
 - Méditation aux choix
 - 3 minutes
 - Plan d'action



SEMAINE 7 :
COMMENT PUIS-JE AU
MIEUX
PRENDRE SOIN DE MOI?
POINTS CLÉS

Prendre soin de soi est important, ainsi que
reconnaître la rechute

Espoir pour le futur, préparer la fin, nourrir la
confiance en soi

Nos perceptions affectent nos états
émotionnels, nos actions aussi

La pleine conscience peut permettre une
réponse choisie et intentionnelle et une action
habile, un changement d'attitude

SEMAINE 8: EXERCER ET ÉLARGIR LES COMPÉTENCES ACQUISES

- Scan corporel
- Espace de respiration
- Ce qui a le plus d'importance pour moi qui pourrait être soutenu par ma pratique
- Méditation finale et exercice de clôture



SEMAINE 8:
EXERCER ET ÉLARGIR LES COMPÉTENCES ACQUISES
POINTS CLÉS

- Pratique au quotidien
- Motivation à poursuivre
- La pleine conscience peut permettre une perspective plus vaste, qui amène une action habile, et peut-être la compassion pour soi
- La fin n'est que le début...

MBCT
DÉVELOPPER UNE
FAÇON DIFFÉRENTE
D'ÊTRE AVEC
(PENSÉES,
SENSATIONS,
ÉMOTIONS,
ÉVÈNEMENTS...)

Revenir avec intention au moment présent

Réguler l'attention

Décentration/ méta-cognition

Diminuer l'évitement expérientiel/ s'exposer durant les pratiques

Réguler la réactivité émotionnelle

Répondre au lieu de réagir

Noter que tout change

Reconnaître les signes de la dépression/de la rechute

Voir les pensées pour ce qu'elles sont

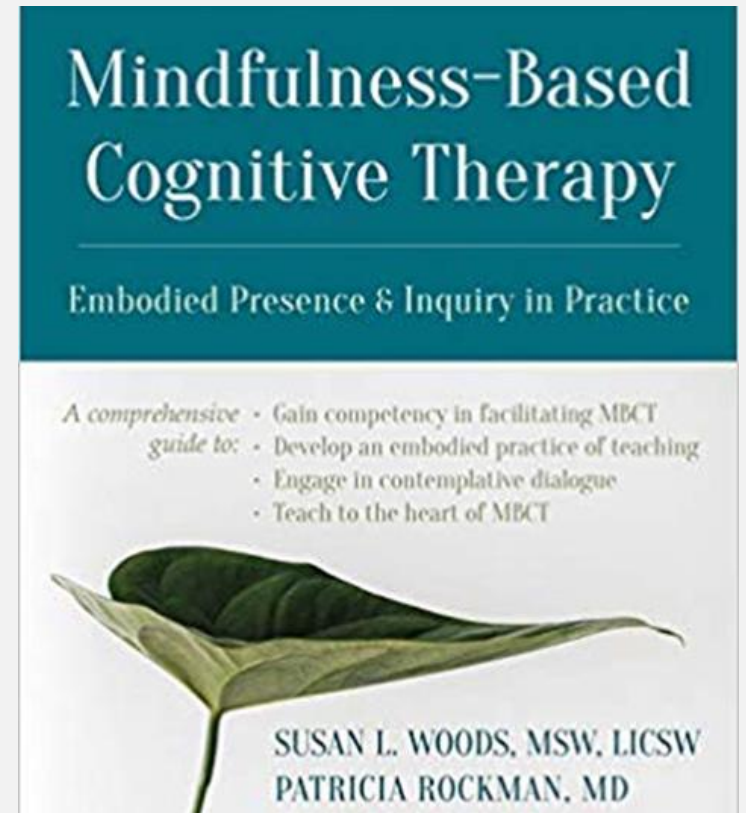
Voir la relation entre P/S/E/et comportement

Reconnaître des activités nourrissantes/drainantes

Avoir de la compassion pour soi

LE DIALOGUE EXPLORATOIRE:

- Exploration en groupe des expériences individuelles/expérientielles
- Permet au groupe d'apprendre des expériences des autres, de voir la normalité des mouvements de l'attention par exemple
- En **incarnant** les attitudes de pleine conscience, l'enseignant propose une nouvelle façon d'être avec ce qui est vs aversion, attachement, jugement, etc...
- Apprentissage individuel vs groupe
- Pas le pourquoi mais toutes les autres questions...



Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Embodied Presence & Inquiry in Practice

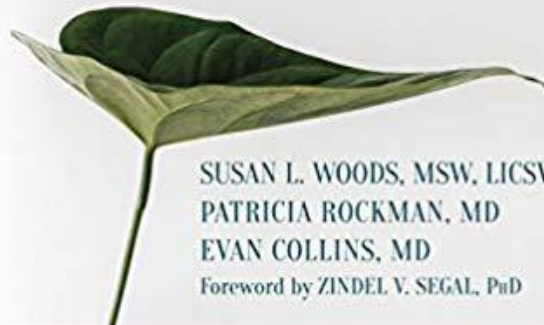
Inquiry in Practice

Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Embodied Presence & Inquiry in Practice

A comprehensive guide to:

- Gain competency in facilitating MBCT
- Develop an embodied practice of teaching
- Engage in contemplative dialogue
- Teach to the heart of MBCT



SUSAN L. WOODS, MSW, LICSW
PATRICIA ROCKMAN, MD
EVAN COLLINS, MD
Foreword by ZINDEL V. SEGAL, PhD

LE DIALOGUE EXPLORATOIRE:

- Niveau 1: exploration, “pister” l’expérience sensorielle, de l’apparition/disparition des pensées, émotions etc.
- Niveau 2: notion de méta-cognition, comment est-ce que je viens de faire (porter attention) est différent de comment je le fais habituellement?
- Niveau 3: Comment cette façon de (porter attention) peut contribuer à mon mieux-être, être utile pour (la dépression, l’anxiété)?

MBCT VS ANTIDÉPRESSEURS DANS LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (KUYKEN, 2008)

- Maintien-Atd (N = 61) vs MBCT-(avec support pour cesser ATD) (N = 62).
- Rechute à 15 mois: MBCT 47%, vs 60% dans le groupe maintien-ATD
- MBCT: moins de symptômes résiduels, comorbidité et meilleure qualité de vie
- Même coût annuel

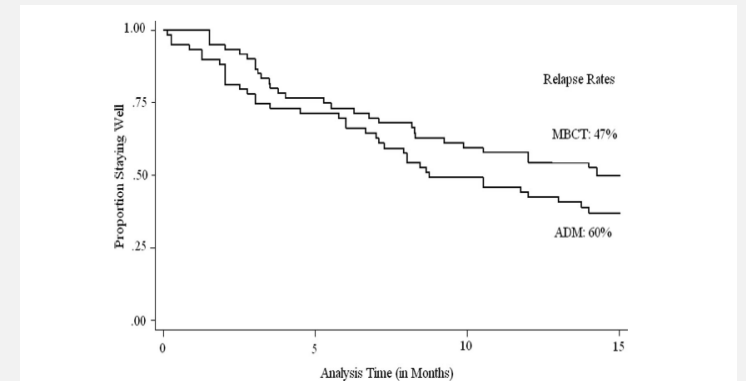
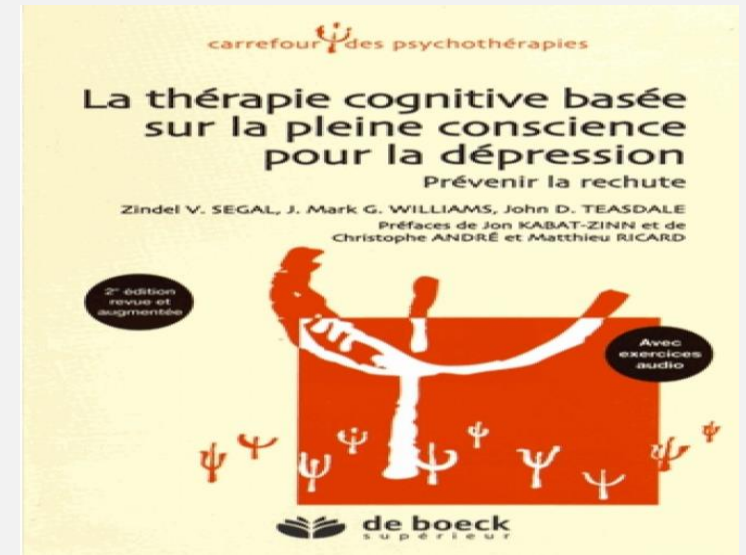
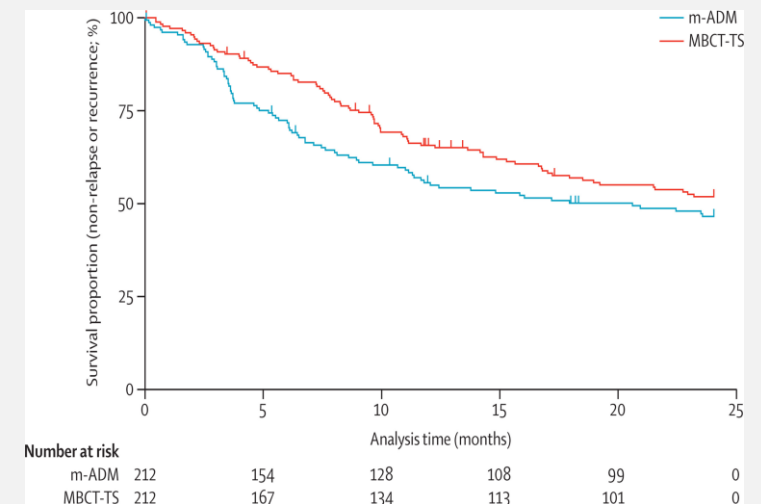
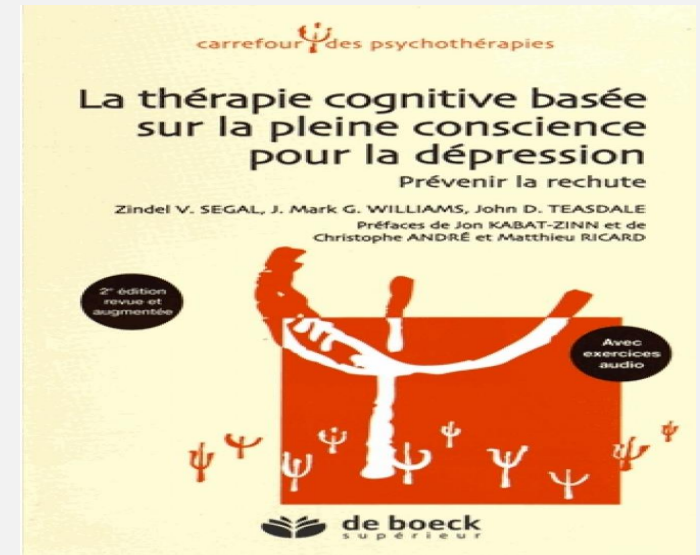
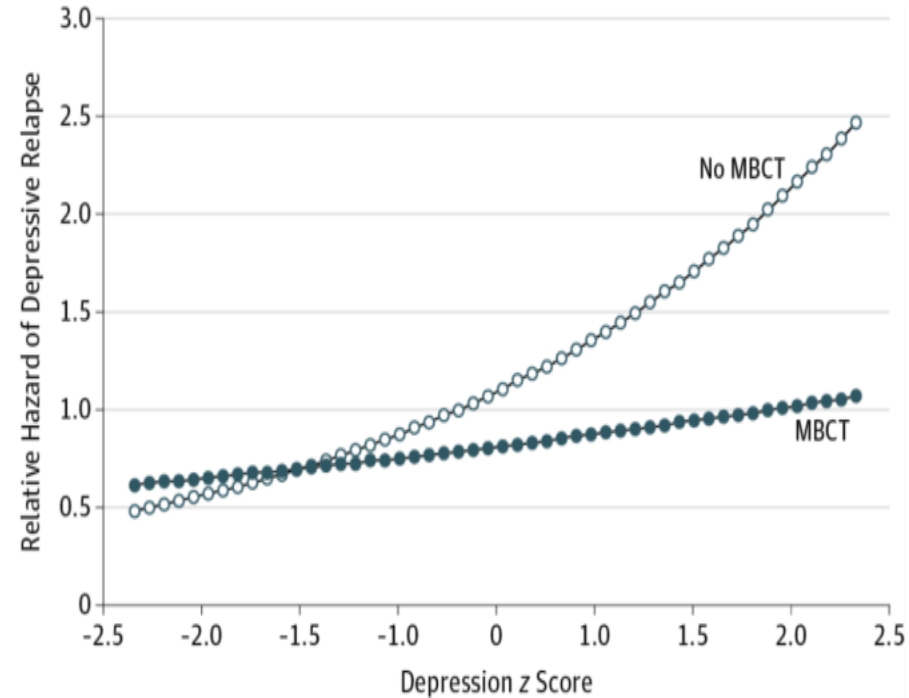
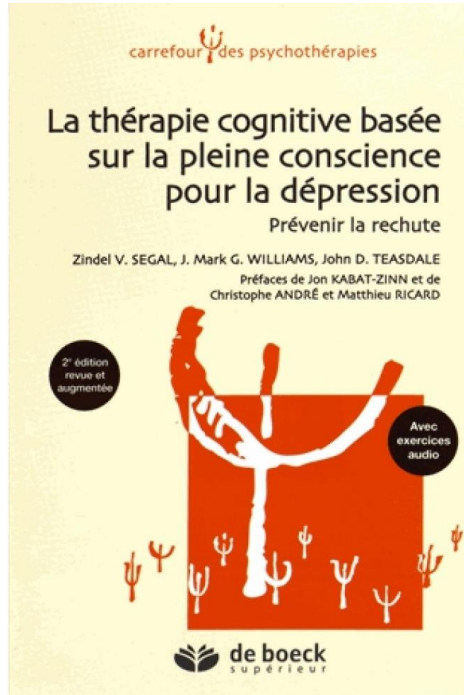


Figure 2. Survival (non-relapse/recurrence) curves comparing relapse/recurrence with major depression for mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and antidepressant medication (ADM) groups over a 15-month follow-up period.

MBCT VS ANTIDÉPRESSEURS DANS LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (KUYKEN, 2015)

- Maintien-ATD (N = 212) vs MBCT-(avec support pour cesser atd) (N = 212)
- MBCT est comparable au maintien-ATD pour 24 mois
- Peut-être plus indiqué si enfance traumatique
- Alternative pour ceux qui veulent cesser ATD et sont plus à risque de rechute



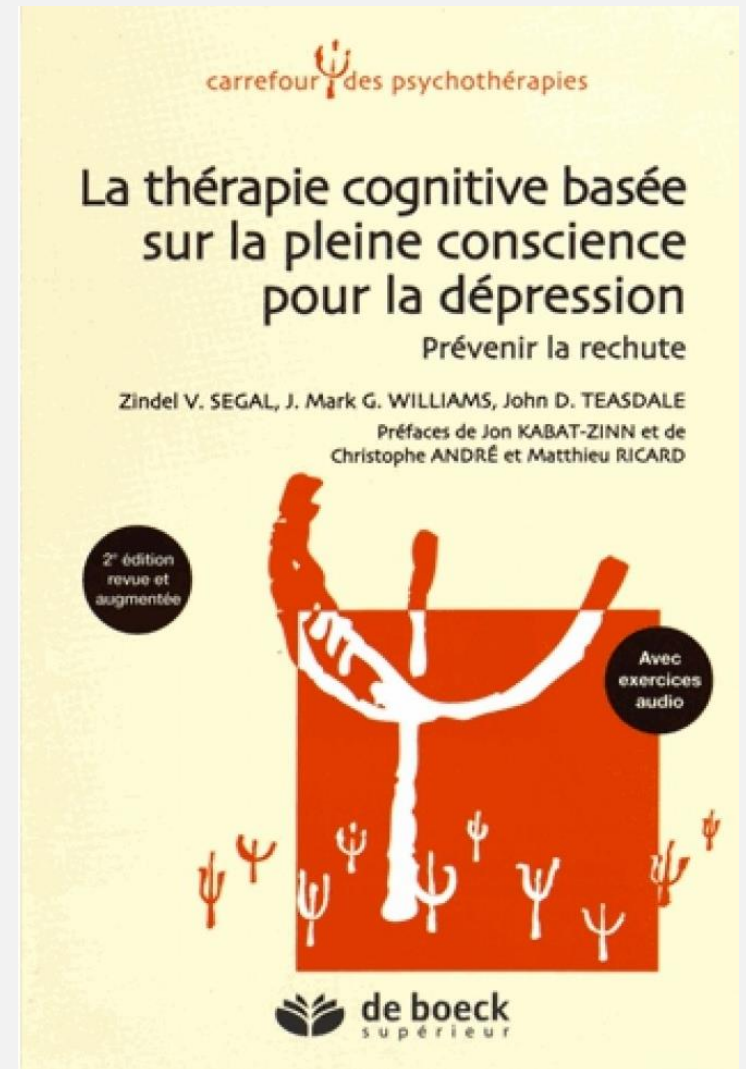


EFFICACY OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY IN PREVENTION OF
DEPRESSIVE RELAPSE AN INDIVIDUAL PATIENT DATA META-ANALYSIS FROM
RANDOMIZED TRIALS
KUYKEN ET AL, JAMA PSYCHIATRY. 2016

Résultat: 1258 patients, méta-analyse de 9 ERC, efficace aussi avec des symptômes résiduels et sévères au départ

MBCT PRÉVIENT LES RECHUTES DÉPRESSIVES (KUYKEN, 2016)

- Meta-analyse des ECA de MBCT
- N=1258 patients
- Comparé au traitement usuel, diminution du risque de rechute dépressive à 60 semaines de follow-up
- Si plus de symptômes résiduels, associé à meilleur effet du MBCT

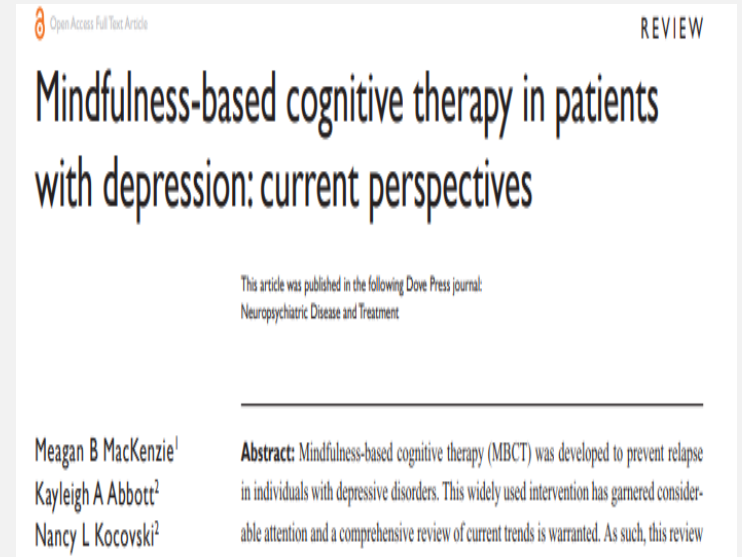


□ MBCT vs TU:

- Taux plus faible de rechute dépressive (40 vs 66%) (Teasdale, 2000)
- Moins de symptômes dépressifs, de ruminations, plus de pleine conscience (Van Alderen, 2012)
- Diminution des symptômes dépressifs (Strauss, 2014)
- Diminution des ruminations (Peresto-Perez, 2017)

□ MBCT+rx vs rx:

- Moins de rechutes (Kuyken, 2008; Segal, 2010)
- Réduction dans les symptômes dépressifs et qualité de vie
- MBCT+rx plus efficace si symptômes résiduels, si trauma enfance (Segal, 2010; Kuyken, 2015; Williams, 2014)



VS GROUPE CONTRÔLE ACTIF

Pour la dépression en rémission: vs CPE

- MBCT diminue la rechute si adversité en bas âge (Williams, 2014)
- Pas de différence au niveau de la rechute, réduction sx et qualité de vie (Shallcross, 2015) comparé à groupe contrôle actif

Pour la dépression résistante:

- Vs Health Enhancement Program: diminue la sévérité de la dépression et améliore la réponse mais pas la rémission (Eisendrath, 2016)
- Vs Programme de psychoéducation: améliore la dépression/qualité de vie (Chiesa, 2015)

PRÉVENTION DE LA RECHUTE PAR LA MBCT OU TCC (FARB ET AL 2018)

- Efficacité équivalente dans la rechute à 24 mois
- MBCT 21% TCC 22%
- MBCT et TCC ont un impact sur la distanciation et attitudes dysfonctionnelles
- MBCT et TCC contribuent à développer les qualités métacognitives



Espace de respiration de 3 minutes pratique en groupe

Instructions de base

pratique méditative brève qui peut permettre de revenir au moment présent. D'abord, adopter une position qui incarne présence et éveil, sans être rigide.

Étape1: Prendre conscience

Si cela vous convient, fermez les yeux. Ensuite demandez-vous:

Quelle est mon expérience en ce moment?

Quelles **pensées** vous traversent l'esprit? Si possible, reconnaissez ces pensées simplement comme des événements mentaux.

Quelles **émotions** sont présentes? S'il y a une impression d'émotions désagréables, allez vers elles, en les reconnaissant, du mieux que vous pouvez. Quelles **sensations** corporelles sont perceptibles en ce moment? Scannez rapidement votre corps pour repérer toutes les sensations de tension ou de raideur, en les identifiant.

silence

Étape 2 : Focalisation de l'attention:

Vous n'êtes plus sur le mode **pilote automatique**, vous êtes maintenant attentif à ce qui se passe.

Maintenant, dirigez doucement votre attention vers les sensations physiques liées à la **respiration**. Portez attention aux sensations de l'inspiration et de l'expiration telles que ressenties à la paroi abdominale.

Utilisez la respiration pour vous ancrer dans le moment présent. Et si votre attention se retrouve ailleurs, ramenez-la avec intention vers le souffle à l'abdomen.

silence

Étape 3: Élargissement de l'attention

Maintenant, élargissez le champ de votre attention, pour y inclure **tout le corps**, votre posture et votre expression faciale.

Si vous prenez conscience de n'importe quelle sensation d'inconfort, de tension ou de résistance, amenez votre attention à cet endroit.

Du mieux que vous le pouvez, amener cette conscience étendue aux moments qui vont suivre dans votre journée.

Traduction libre de : Centre for Mindfulness Studies, "3 minute breathing space" et de Mindful Way Workbook, Williams, Teasdale and Segal, Guilford, 2014.

pour l'audio: <https://www.youtube.com/watch?v=0VUrTI6Uce0>

ESPACE DE RESPIRATION DE 3 MINUTES

- 1. Noter pensées, émotions, sensations
- 2. Focaliser sur le souffle à l'abdomen
- 3. Élargir le champ d'attention



Applications

POUR LA PRATIQUE de la
pleine conscience



LIVRES POUR APPRENDRE À MÉDITER

MBCT:

Manuel de méditation anti-déprime. Zindel Segal et John Teasdale. De Boeck

Méditer pour ne plus déprimer. Mark Williams, John Teasdale, Zindel Segal. Odile Jacob

Méditer pour ne plus stresser. Mark Williams et Danny Penman. Odile Jacob

MBSR:

Au Coeur de la tourmente, la pleine conscience. Jon Kabat-Zinn. J'ai lu

Où tu vas, tu es. Jon Kabat-Zinn. J'ai lu

Méditer 108 leçons de pleine conscience. Jon Kabat-Zinn. Les arènes

Méditations guidées. Jon Kabat-Zinn. De Boeck Université

Apprendre à méditer. Bob Stahl et Elisha Goldstein. Les arènes.

Pleine conscience:

Le miracle de la pleine conscience. Thich Nhat Hanh.

La sérénité de l'instant. Thich Nhat Hanh

Méditer jour après jours. Christophe André. L'iconoclaste

Mindful eating:

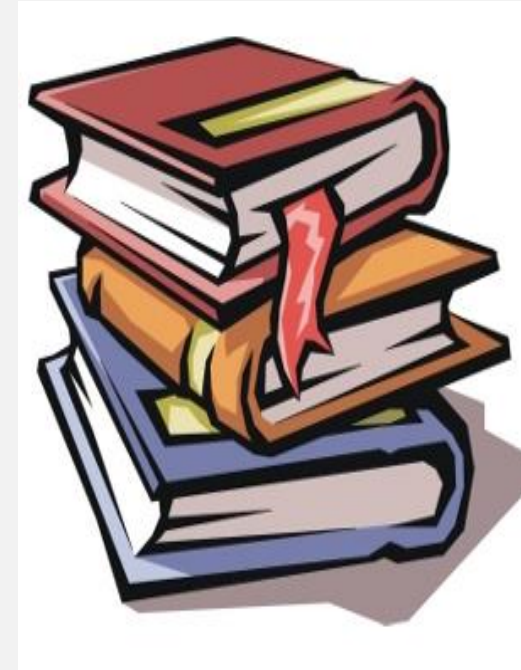
The joy of half a cookie. Jean Kristeller et Alissa Bowman

Méditation d'autocompassion:

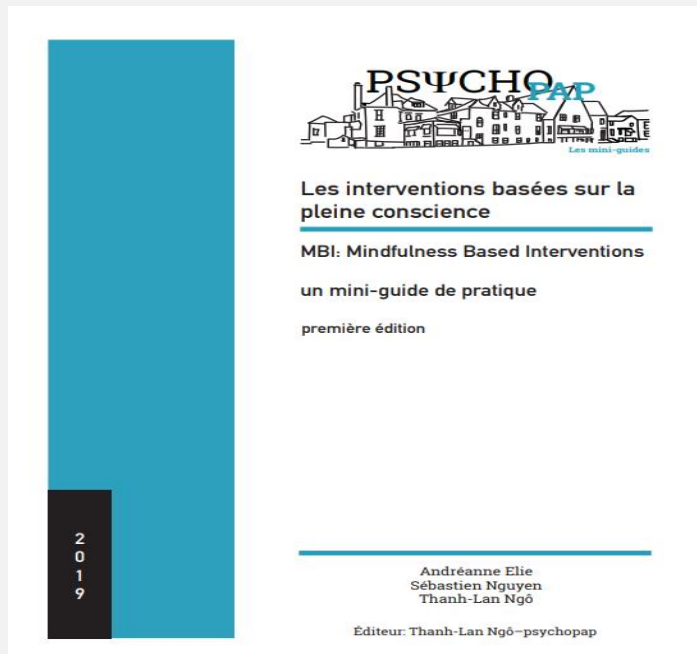
Compassionate mind. Paul Gilbert

ACT: Le piège du bonheur. Russ Harris

DBT: Calming the emotional storm. Sherry Van Dijk



DES RÉSUMÉS





POUR EN SAVOIR PLUS: FORMATIONS

- **MBCT:**
 - Center for mindfulness studies à Toronto
 - Center for Mindfulness Studies UC San Diego
 - Mindspace
 - Mindful noggin
 - www.tccmontreal.com (lien vers des fichiers audio gratuits)
- **MBSR:**
 - Mindspace
 - Gina Rubinsky
 - Whole person care (McGill)
 - Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society
 - Afforthecc
- **ACT:**
 - www.contextualscience.org
 - Institut de formation en TCC: www.iftcc.com
- **DBT: Behavioral Tech, Formations porte-voix**