



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 Chalout, 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

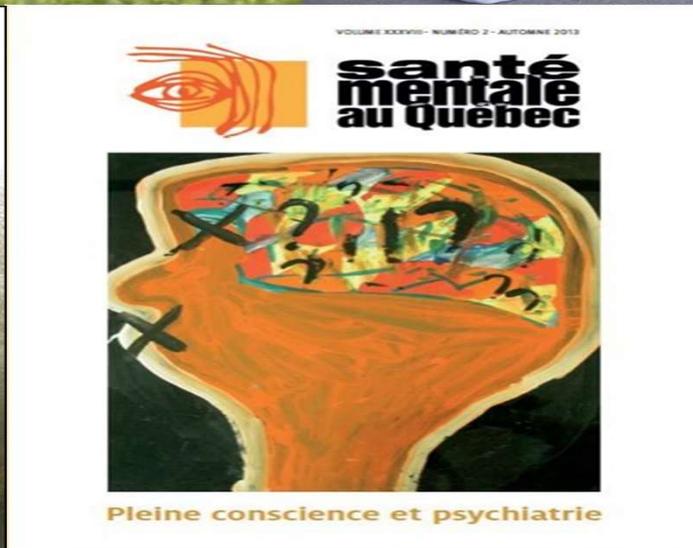
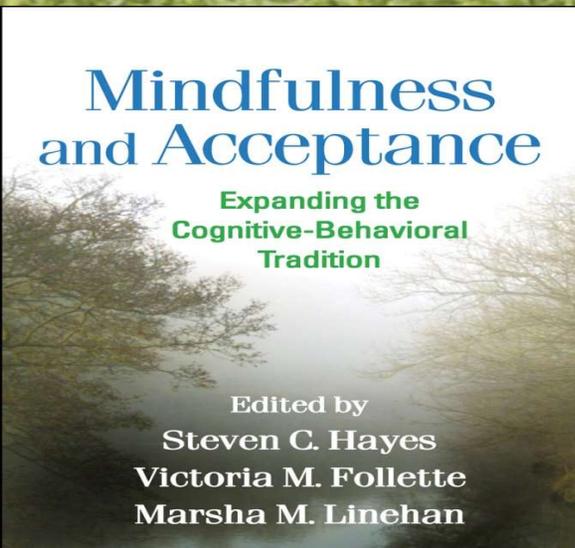


La méditation pleine conscience

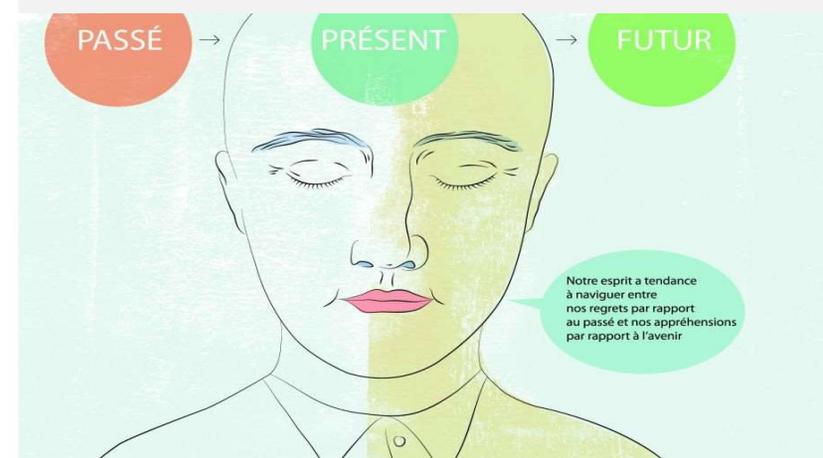
Une pratique bénéfique pour le personnel médical

Pauline Gravel

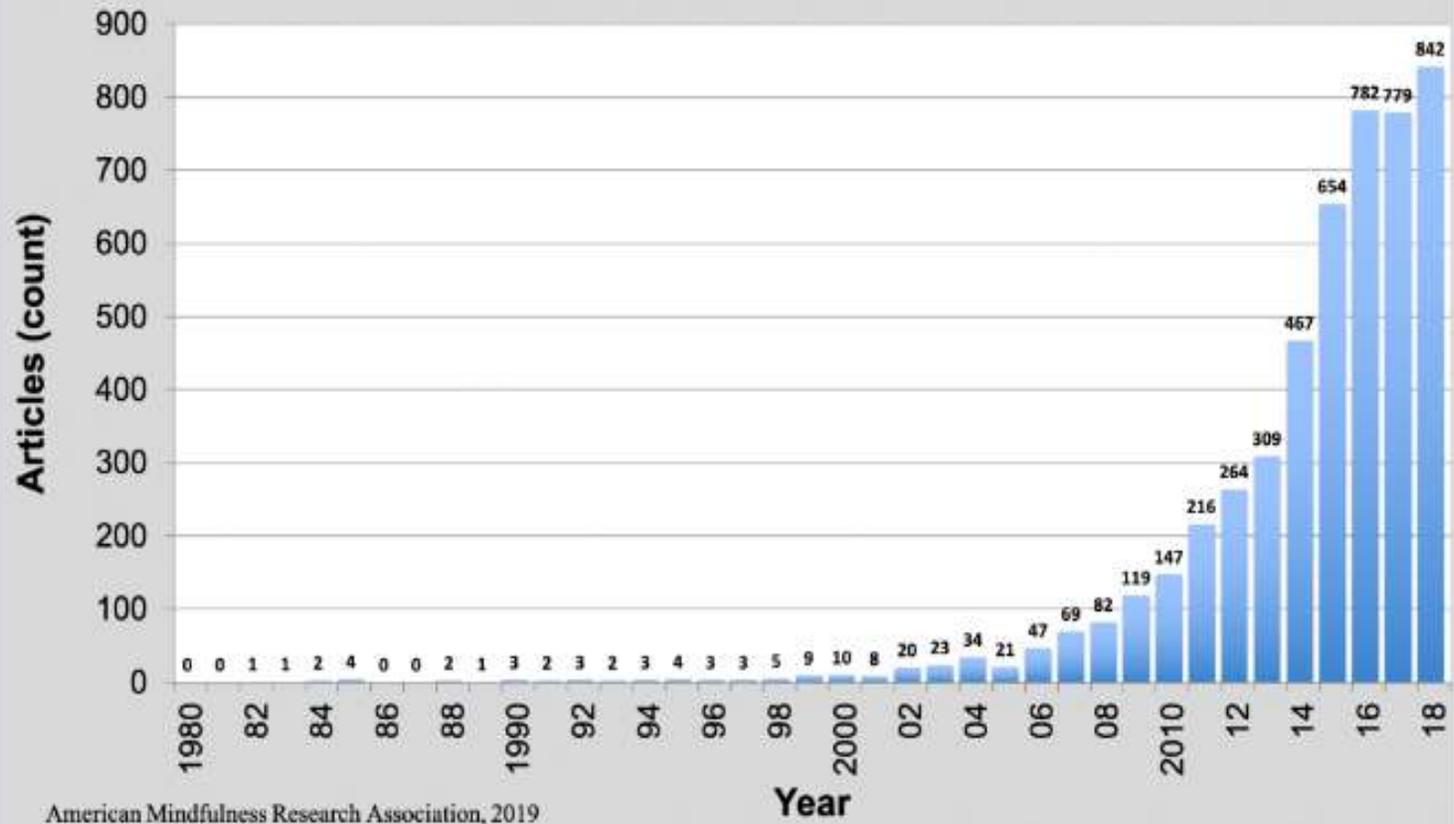
Le Devoir



Méditer pour être en santé



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



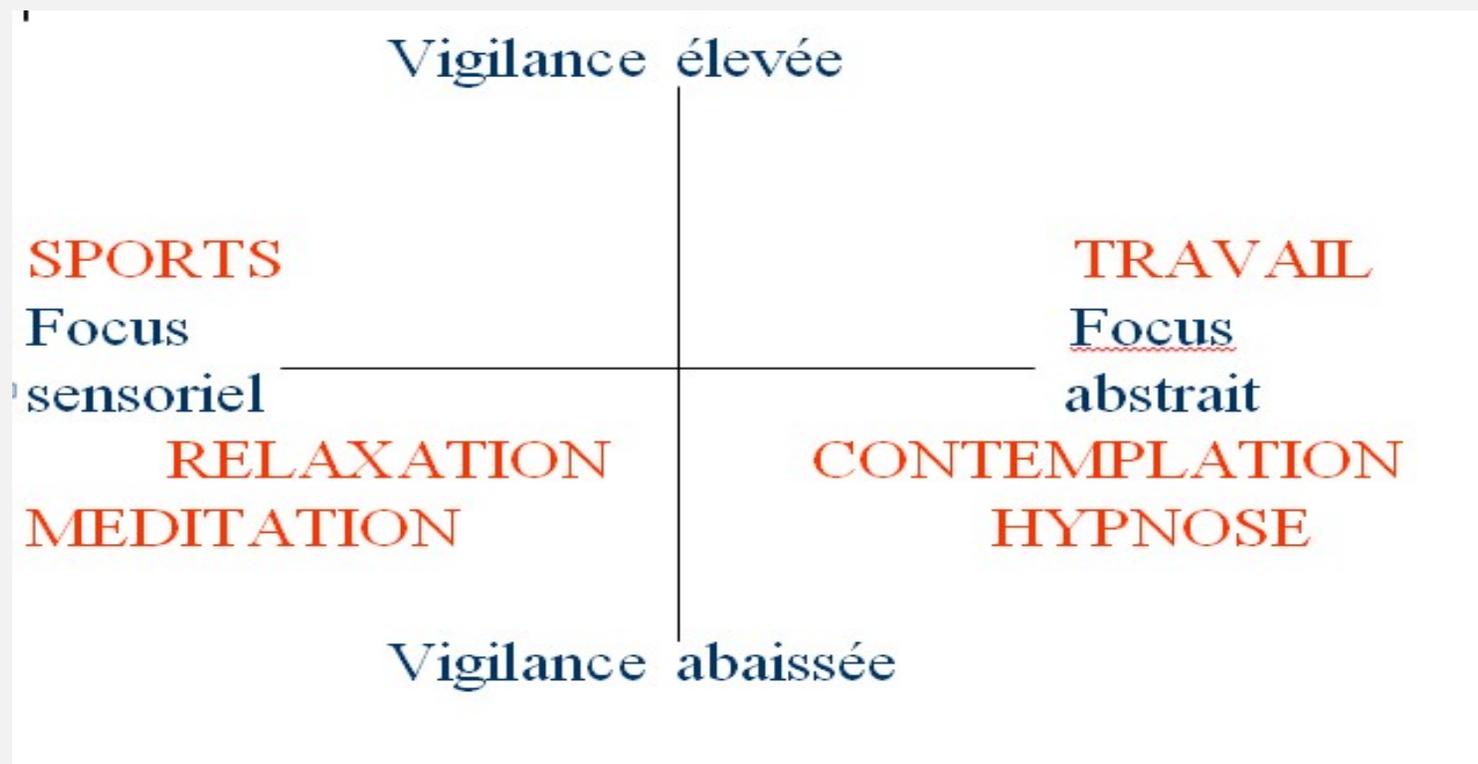
Contemplation



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

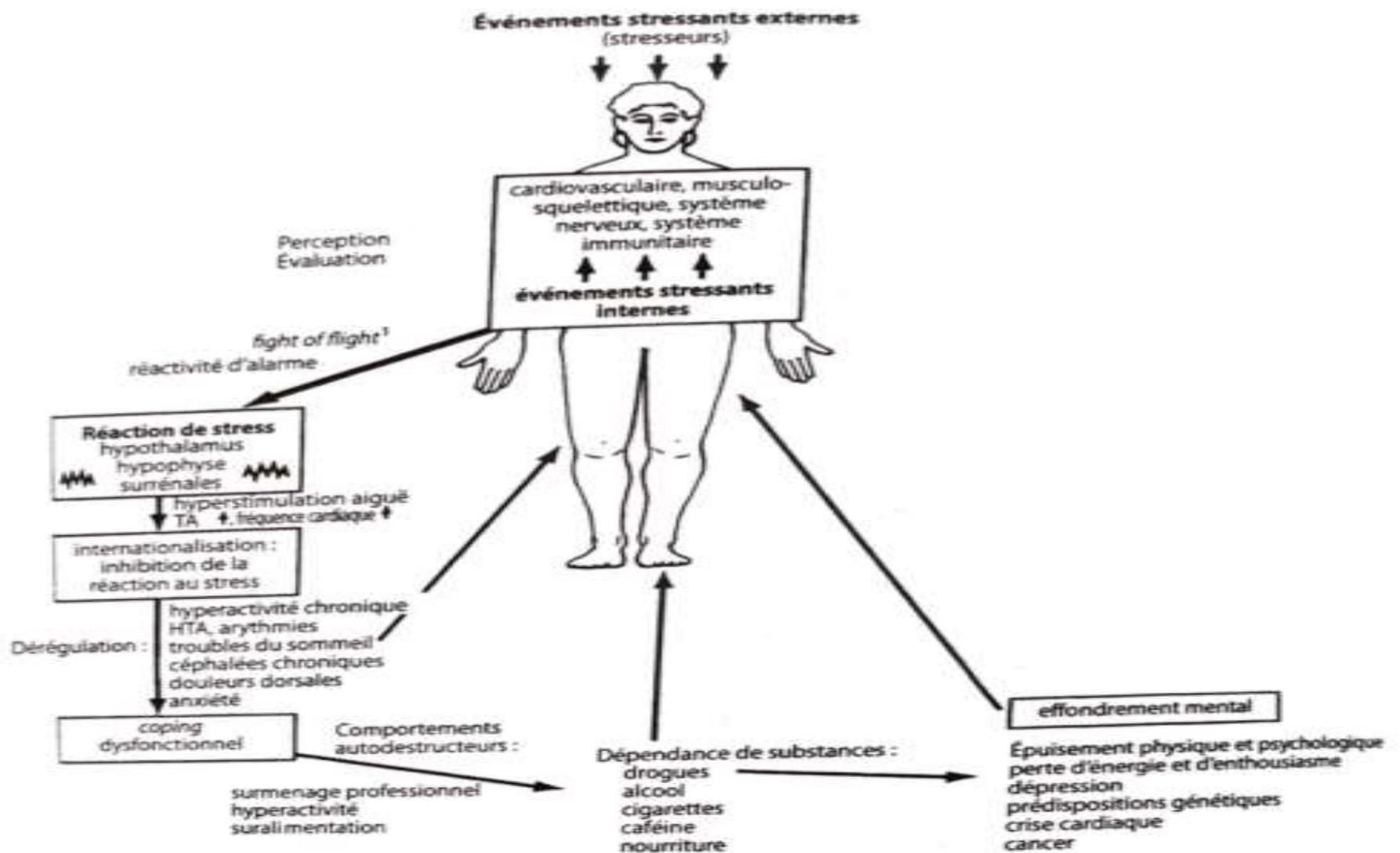
Enseignement: réactivité au stress, effets physiologiques du stress

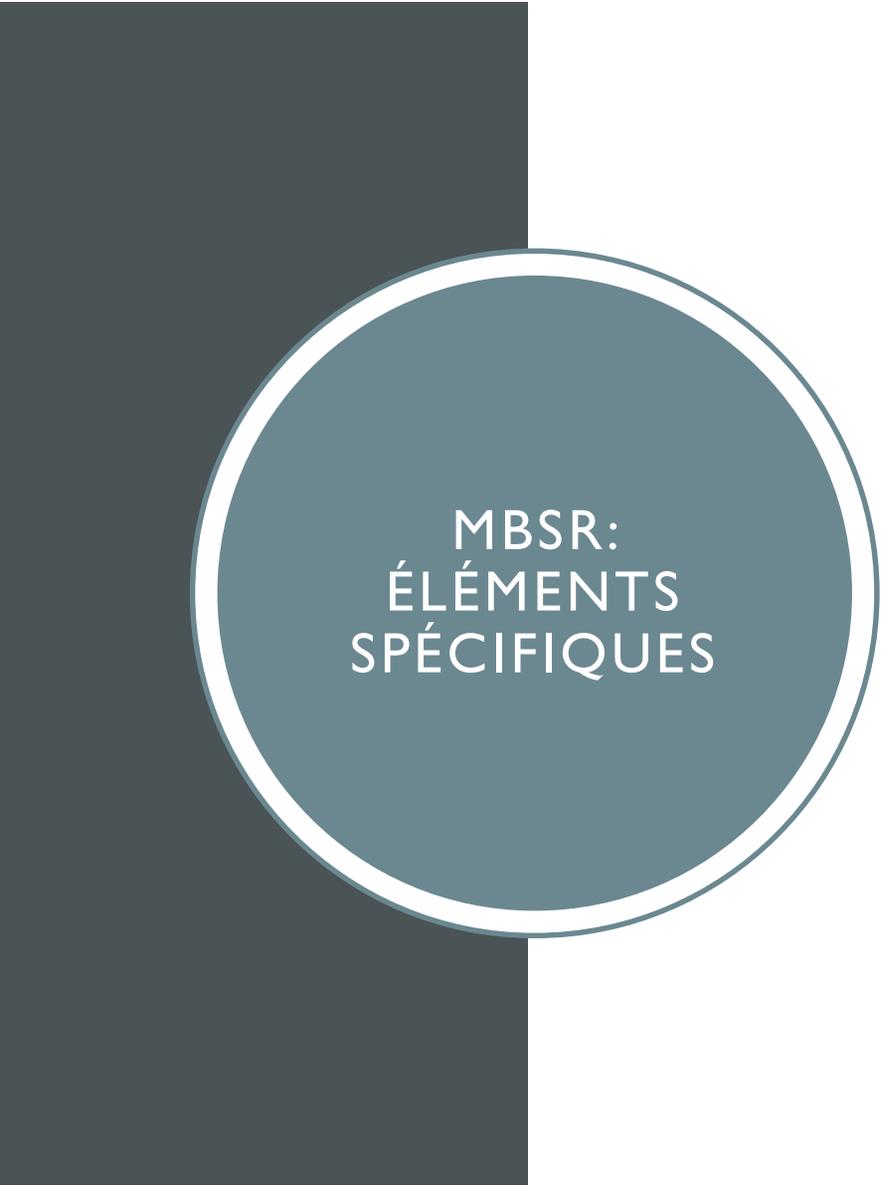
SURVOL

THÈME

PRATIQUES À DOMICILE

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 eccléctique Résultats plus solides pour le colon irritable
Fibromyalgie (Lauche, 2013)	6 (n=47)	Évidence de pauvre 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
<p>Centré sur le moment présent même si c' est difficile</p> <p>Ne rien corriger/ne pas essayer d' atteindre un état de relaxation, transcendance, transformation</p>	<p>Esprit débutant</p> <p>Patience</p> <p>Confiance</p> <p>Non effort</p> <p>Auto-compassion</p> <p>Non-jugement</p> <p>Acceptation</p>	<p>Attention soutenue/concentration sur le corps et l' esprit (sensations, pensées, objets d' attention)</p> <p>Focus, détacher, déplacer attention</p> <p>Gérer les distractions, obstacles</p> <p>Attention ouverte et réceptive</p>

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

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

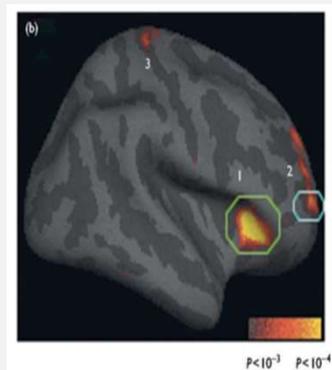
PROCESSUS DE CHANGEMENT

- 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

Adapté de Germer, C.(2006) Why meditate ? Meditation in Psychotherapy. Boston.

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

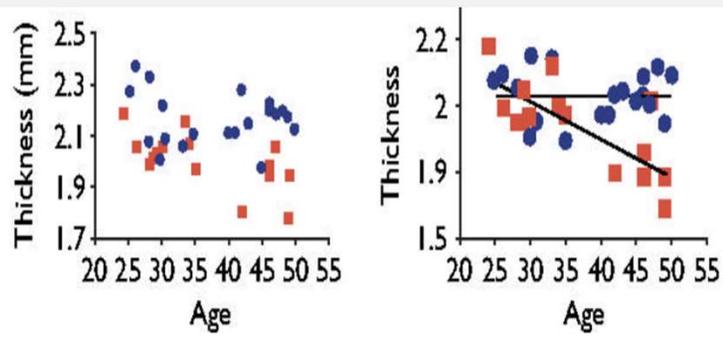
Cortex préfrontal et insula



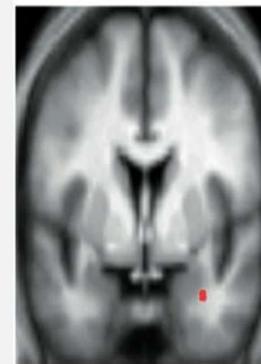
Lazar et al. (2005)

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



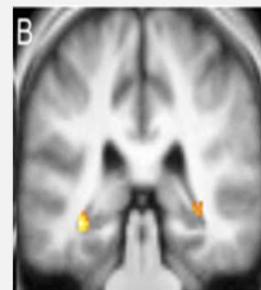
Amygdale



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



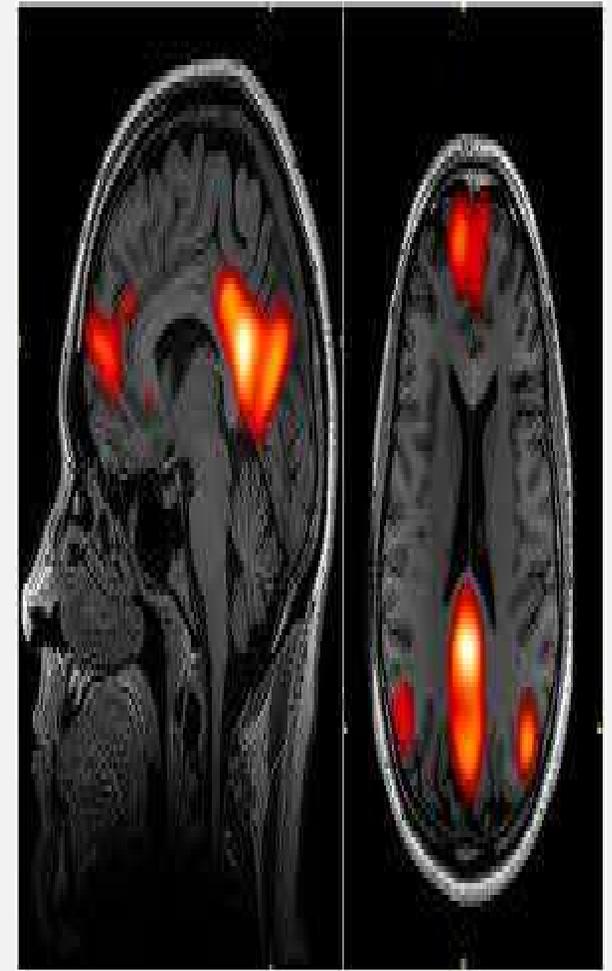
Hölzel et al. (2011)

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

NEUROIMAGERIE (LAZAR, 2013)

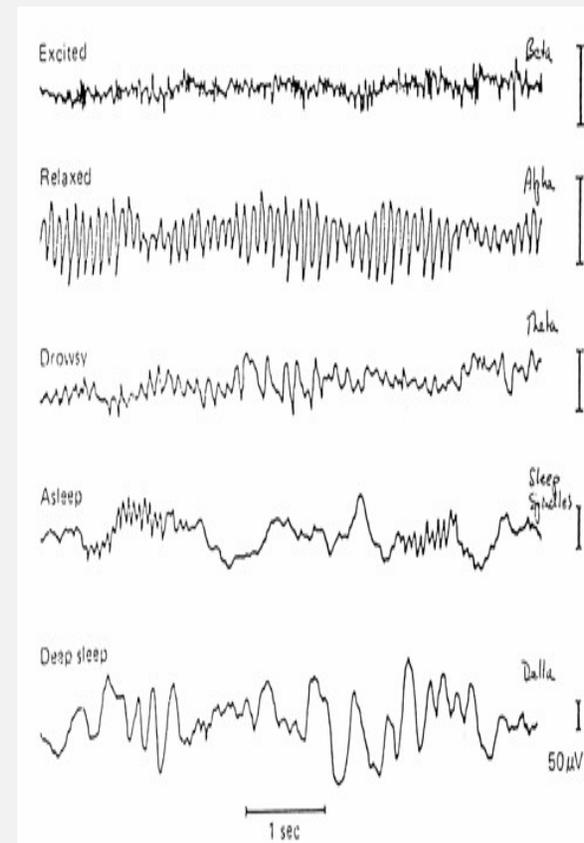
- **RMD** (rêverie) **désactivé ou couplé** de façon plus étroite aux réseaux de l'attention et du contrôle exécutif: maintien de l'attention, se désengager de la distraction, moins de vagabondage de l'esprit
- **CCA plus actif**: orienter l'attention
- **Insula antérieure activée, plus épaisse**: perception 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

RMD: réseau mode par défaut, CCA: cortex cingulaire antérieur, JTP: jonction temporo-pariétale
Thanh-Lan Ngô



EEG DANS LA MÉDITATION

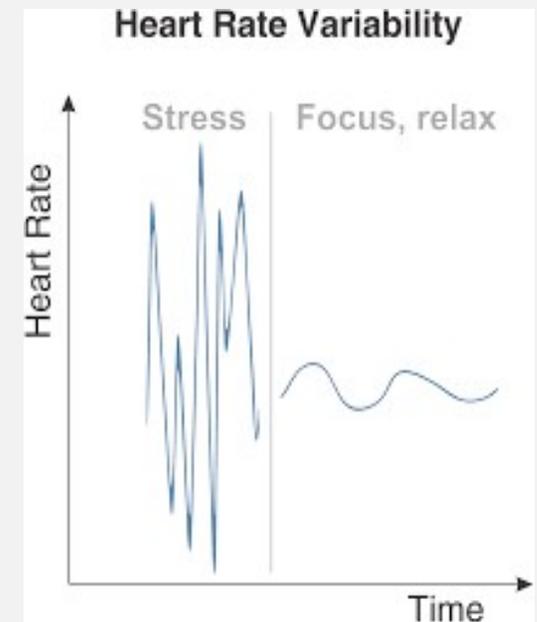
- Modification des ondes (Lomas, 2015):
éveil détendu
 - Augmentation des ondes alpha (attention dirigée vers l'intérieur)
 - Augmentation des ondes thêta (fonction exécutive: orienter et diriger l'attention, traitement de nouvelles informations, mémoire: encodage et récupération)
- Activation antérieure 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)



Spira, J. (2003); Ngô, TL (2016)

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

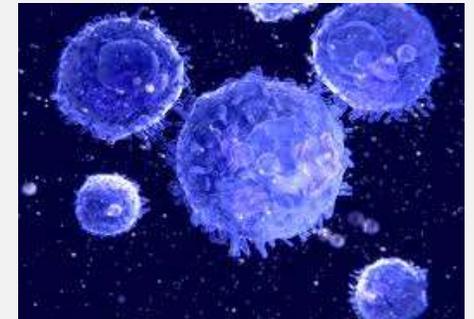
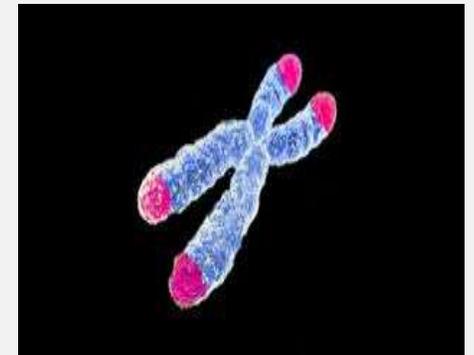
- Diminution de la consommation d'O₂
- Fréquence respiratoire diminuée
- Fréquence cardiaque diminuée
- Augmentation des ondes cérébrales lentes
- Diminution de la tension artérielle



The relaxation response and the common physiologic basis of meditation. Meditation in Psychotherapy. Boston, 2006.

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



Ngô, TL (2016)

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

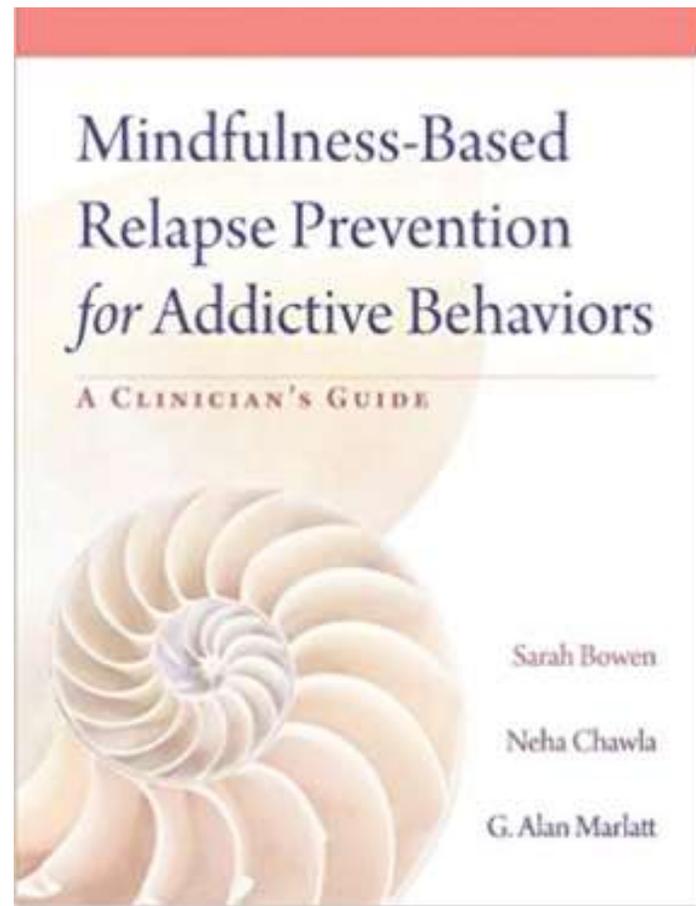


Acceptation des pensées

- 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)



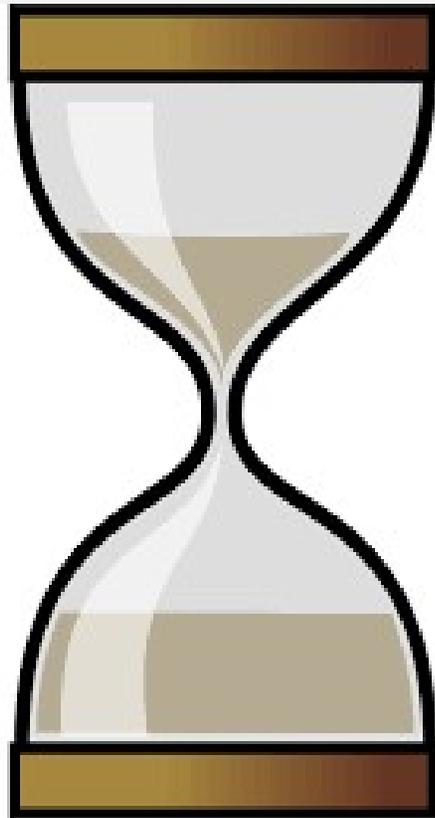
Au moment présent: accepter les expériences présentes plutôt que les éviter avec des substances



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

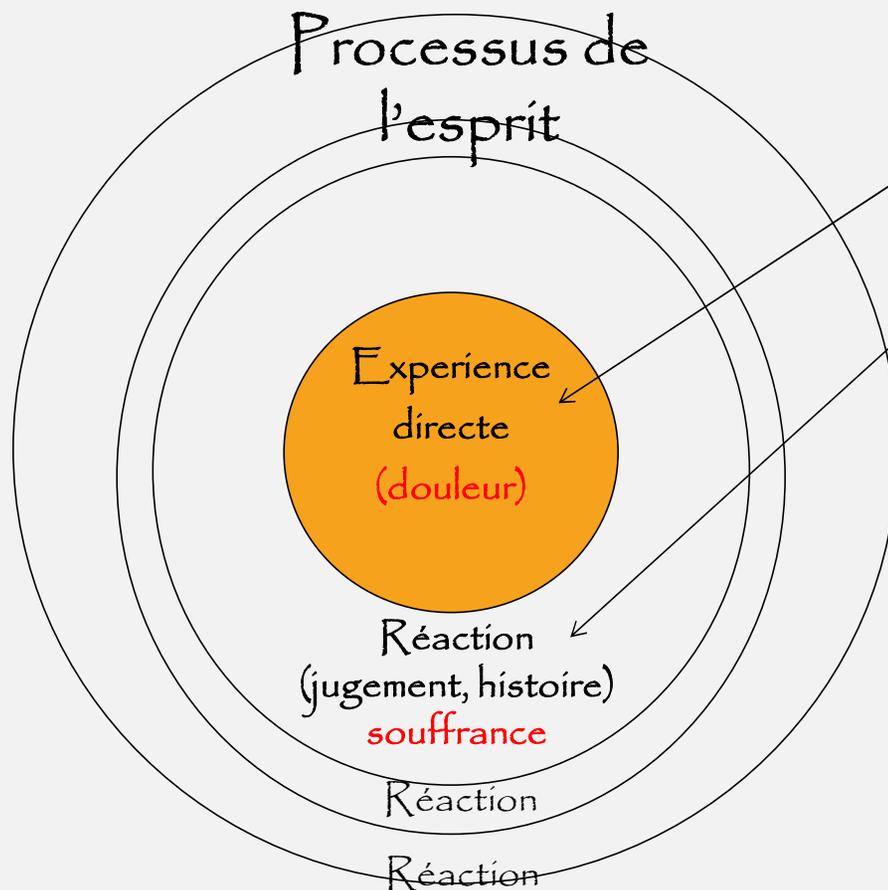
Observe

Breathe

Expand

Respond

INVESTIGATION



Investigation

Quelle était l'expérience initiale directe?

Comment a réagi l'esprit et le corps?

Est-ce que ce processus est familier? Est-il relié au craving, rechutes, rétablissement, expériences de la vie quotidienne?

Ce n'est pas personnel:
C'est ce que l'esprit vit. Pas de jugement.

DIFFICULTÉS

Anxiété lors du sevrage (Vallejo, 2009)

Agitation, fièvre

Histoire de traumatisme

Adjuvant

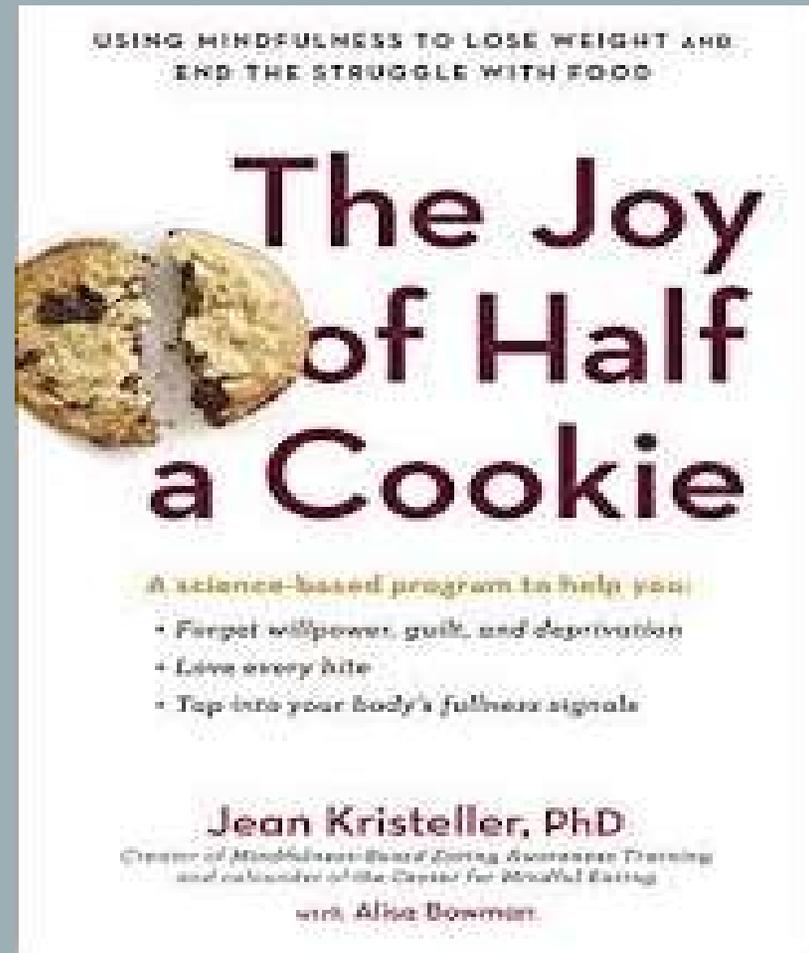
Après une période d'abstinence?



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

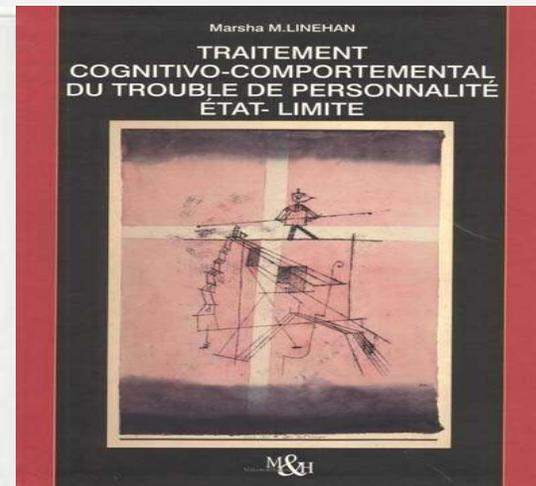
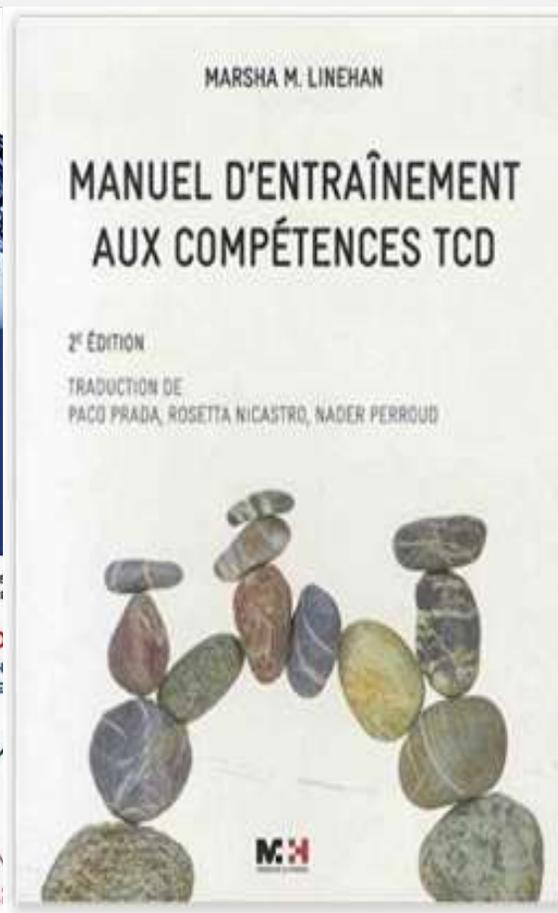
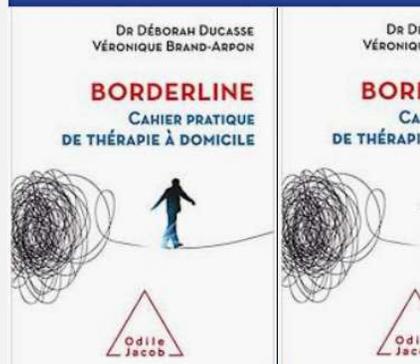
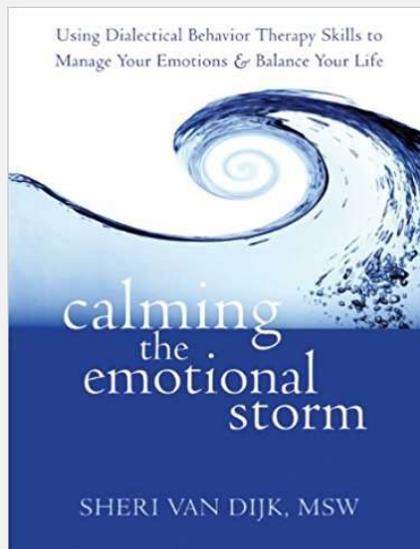
MB-EAT en groupe (Hepworth, 2011) en adjuvant pour les troubles alimentaires:

- 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

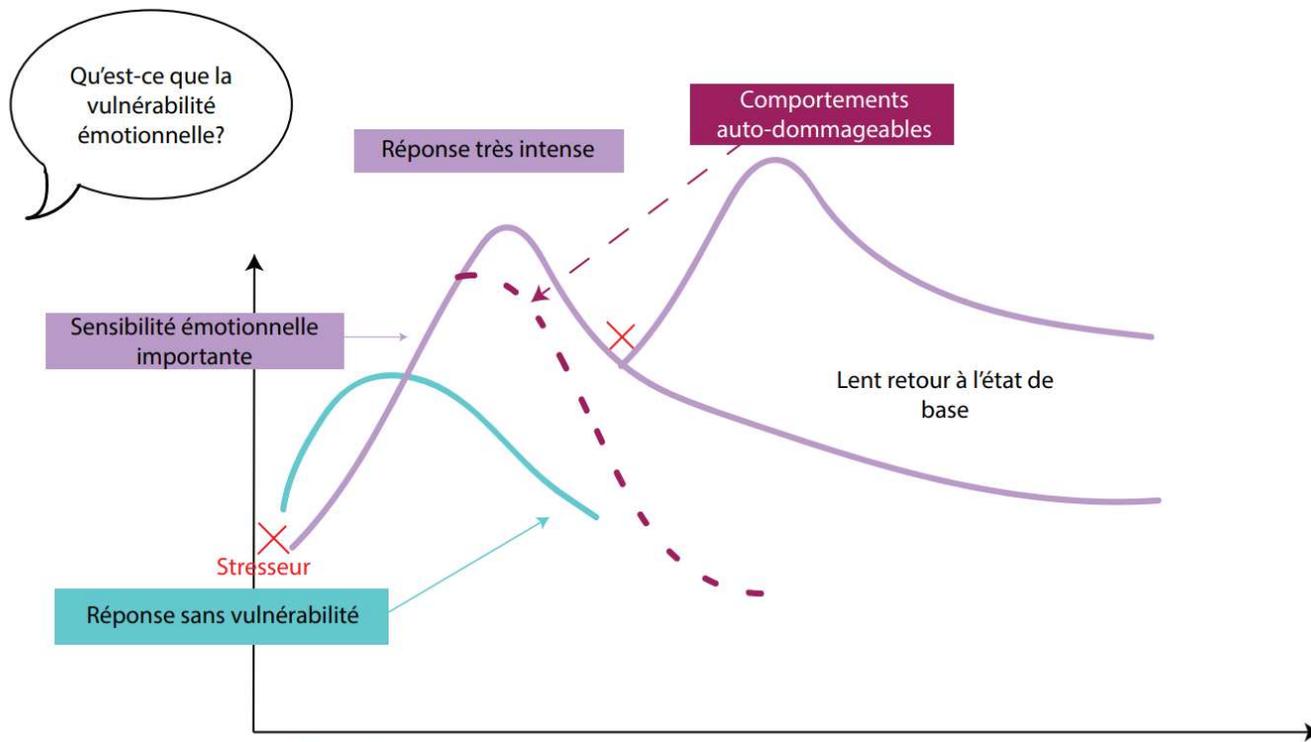


Figure 2. La vulnérabilité émotionnelle (adapté de Linehan, 2015)

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

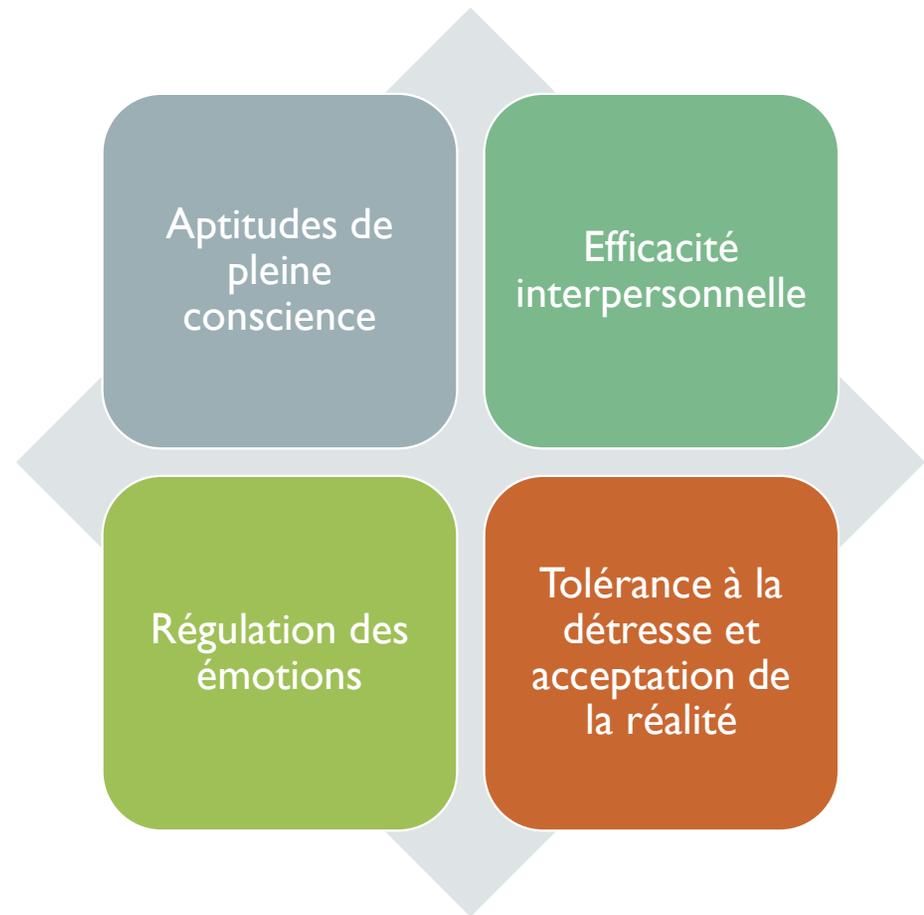
Thérapie individuelle
hebdomadaire, un an

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**



Thanh-Lan Ngô

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

ÉLÉMENTS 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

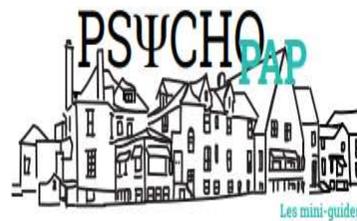
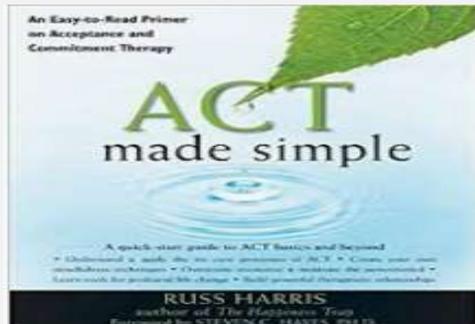
DBT standard vs DBT-I vs DBT-G (Linehan, 2015):

- 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 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

Thanh-Lan Ngô





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

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



BUT

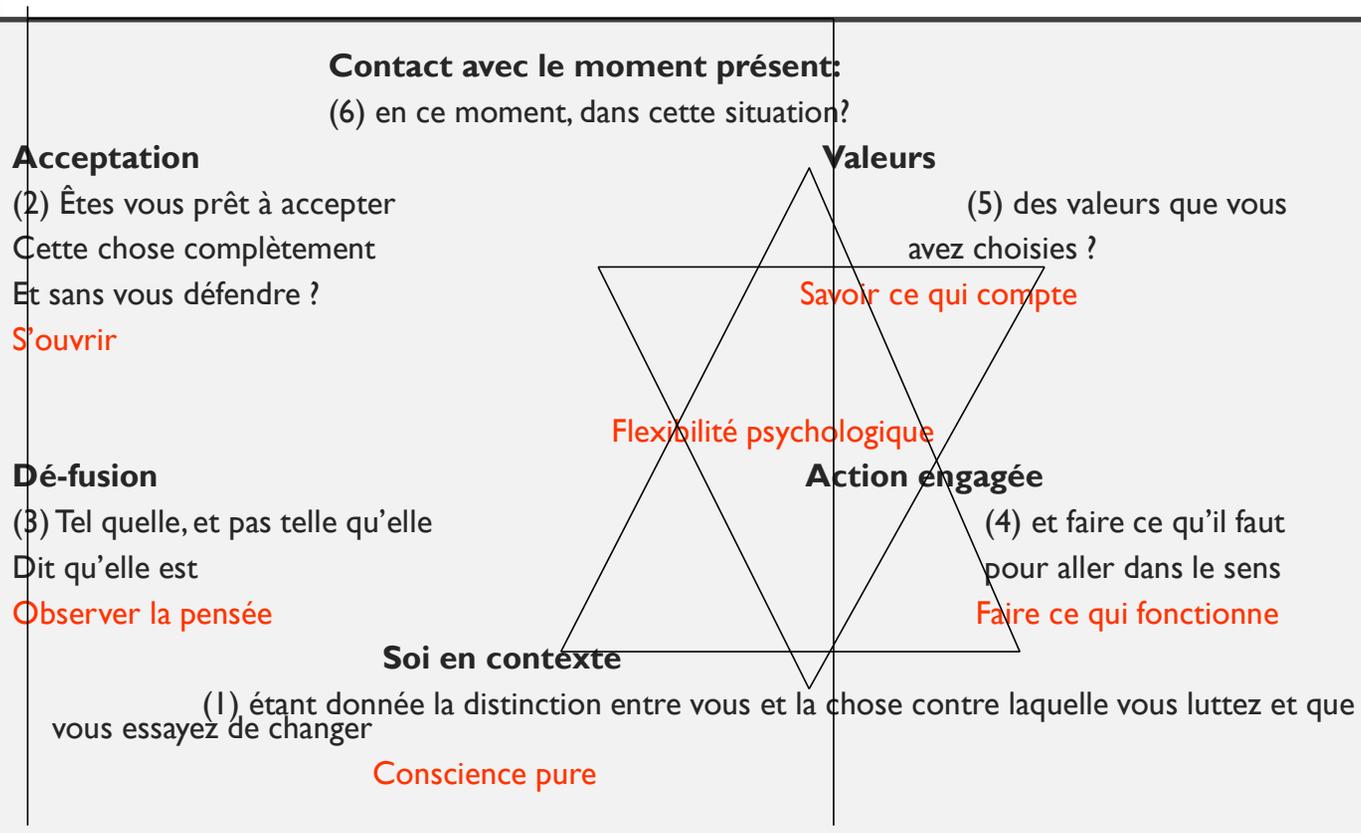
- Augmenter la qualité de vie
- Les problèmes sont créés et perpétués par notre attitude envers les problèmes (évitement, contrôle, non acceptation), le langage utilisé
- Donc permettre aux pensées d'émerger tout en agissant afin d'avoir une vie qui a un sens

Thanh-Lan Ngô

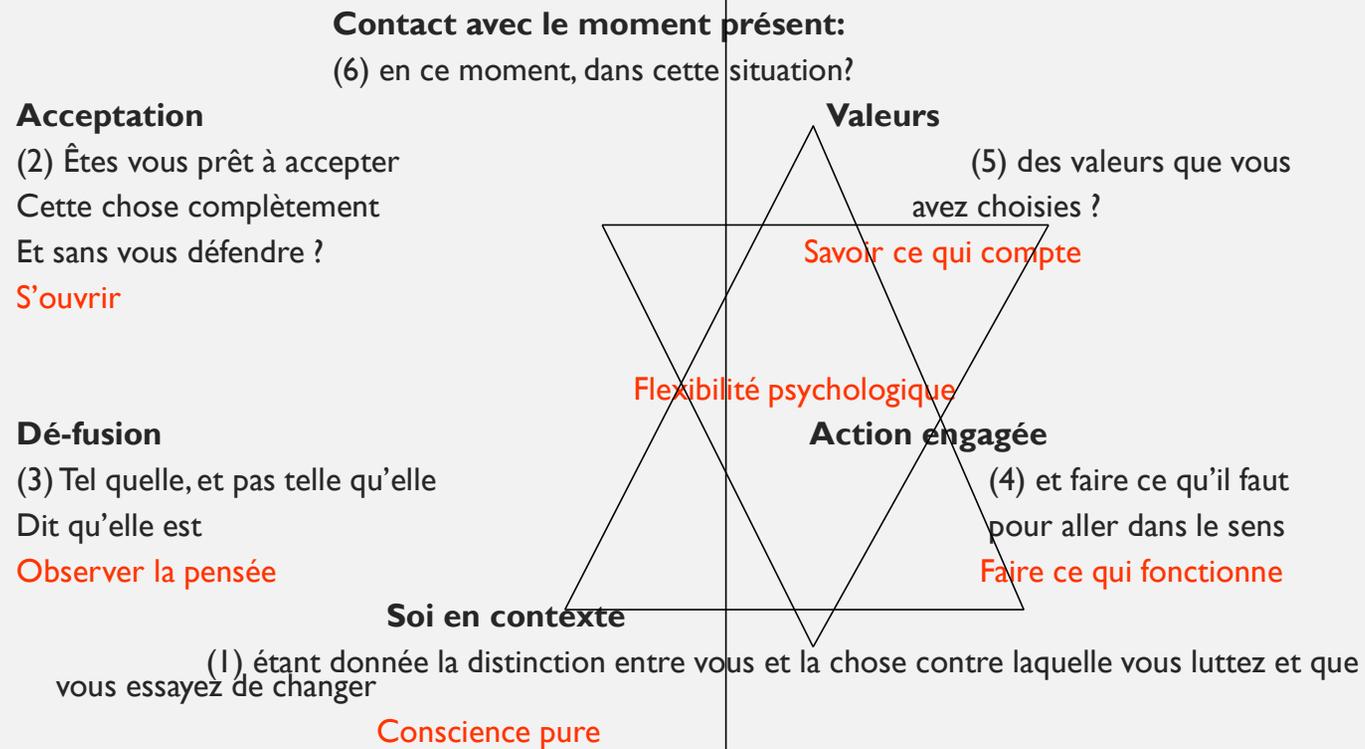


FLEXIBILITÉ PSYCHOLOGIQUE: ÊTRE
EN CONTACT AVEC LE MOMENT
PRÉSENT ET SELON LA SITUATION,
MODIFIER OU MAINTENIR LE
COMPORTEMENT SELON LES
VALEURS CHOISIES

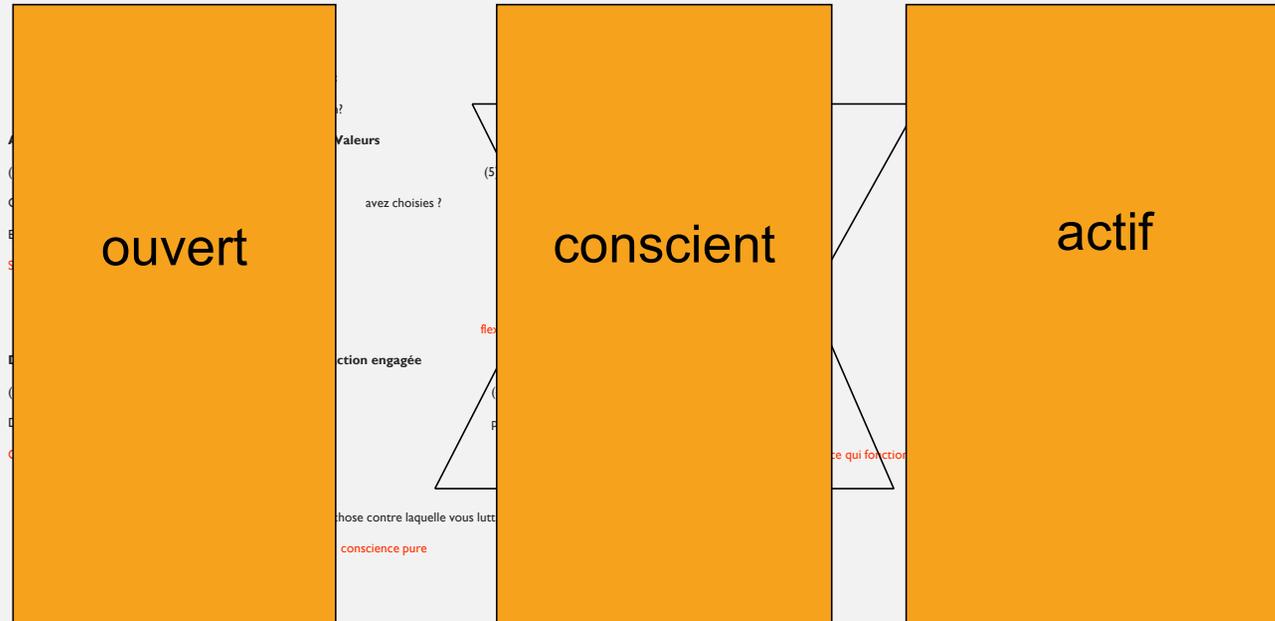
PLEINE CONSCIENCE



CLARIFIER LES VALEURS POUR ORIENTER L'ACTION



HEXAFLEX (HAUES, 2013)



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

DIAGRAMME DES 2 HABILITÉS (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, 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

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

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

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

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

ENTRAÎNEMENT 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

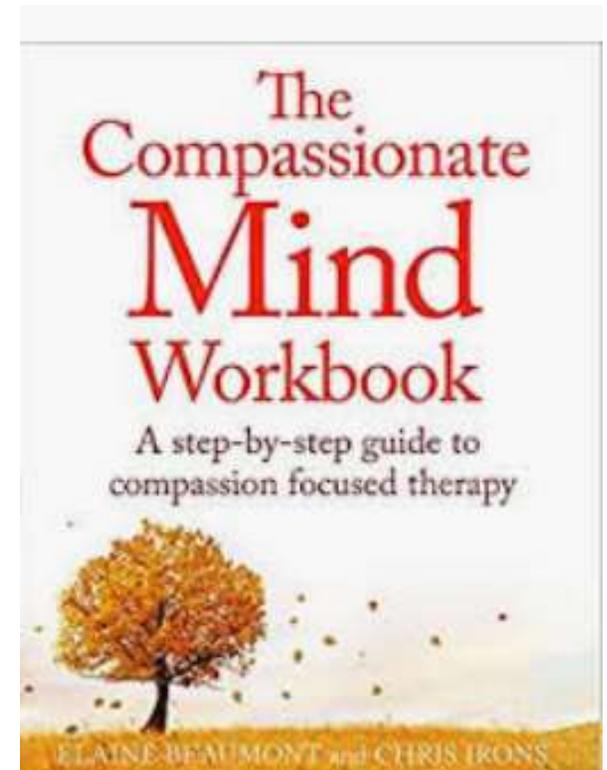
Ce que je valorise (clarifier les valeurs)

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
(rector, 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)
- Dégoût (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

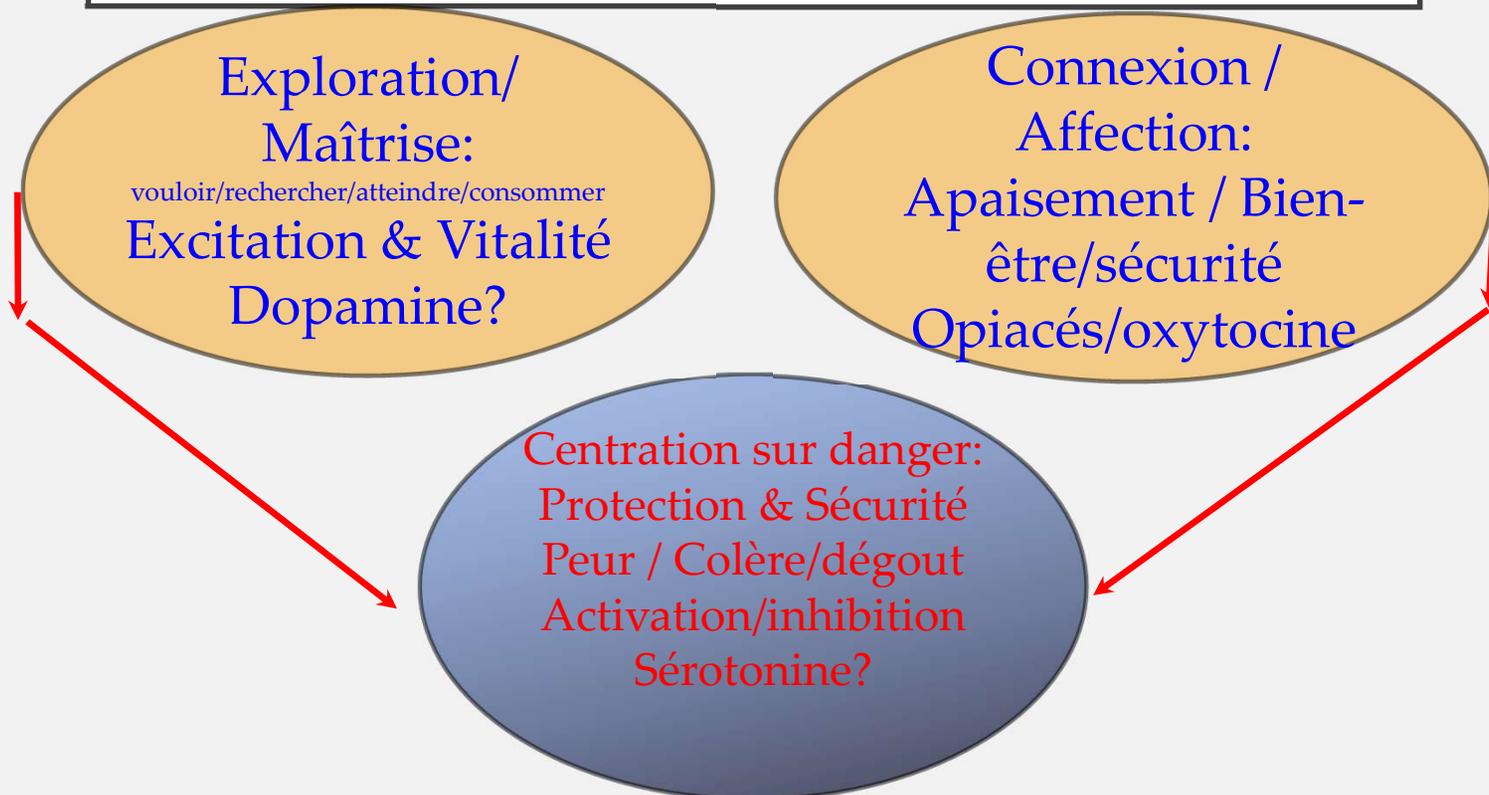
Moduler la colère et le
comportement agressif

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

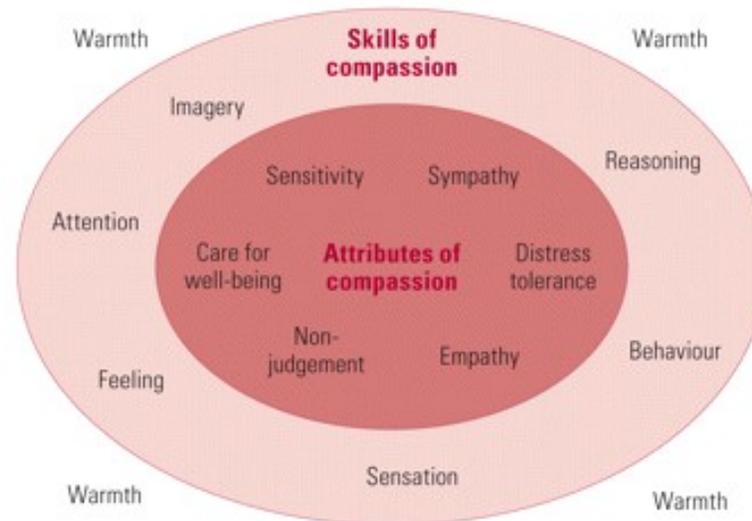


FIG 2 Multimodal compassionate mind training: the key aspects and attributes of compassion (inner ring) and the skills training required to develop them (outer ring). From Gilbert (2009) with permission of Constable and Robinson.

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 soutenante 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