



Michel Larouche / Psychologue

Superviseur clinique en santé mentale au CSSS du Grand Littoral et doctorant en psychologie à l'Université de Sherbrooke, il réalise actuellement une thèse qui porte sur la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience appliquée au traitement de l'insomnie.

michel.larouche@usherbrooke.ca

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

Les communautés médicales et psychothérapeutiques occidentales s'intéressent de plus en plus à la méditation en pleine conscience (*mindfulness*) et à ses effets en matière de mieux-être psychologique et physique (Shapiro & Carlson, 2009). Divers ouvrages destinés au grand public ont fait connaître la pratique de la méditation en pleine conscience et ses bienfaits (p. ex. Ricard, 2008; Rosenberg, 2007; Maex, 2007; Thich Nhat Hanh, 1994). Bien que différentes définitions de la pleine conscience aient été suggérées, celle de Jon Kabat-Zinn (1996) est la plus fréquemment citée dans la littérature psychologique. La pleine conscience y est définie comme étant une manière particulière de porter attention aux expériences internes et externes : délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur.

Forte d'une histoire de 2500 ans, la méditation en pleine conscience a ses racines dans la tradition bouddhiste. Au cours des 25 dernières années, cette pratique a fait l'objet d'études scientifiques dans le monde occidental et elle s'est intégrée à diverses formes de psychothérapies et d'interventions psychologiques. Elle a été intégrée à un programme de gestion de la douleur et de réduction du stress connu (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR; Kabat-Zinn, 1990) et elle constitue une composante importante des approches de la troisième vague de thérapie comportementale et cognitive, comme la thérapie comportementale dialectique (*Dialectic Behaviour Therapy*, DBT; Linehan, 1993) et de la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT, Hayes *et al.*, 1999). Récemment, la pleine conscience a été jumelée à la thérapie cognitive dans un programme visant la prévention de rechutes chez les clients ayant souffert d'épisodes de dépression majeure. Cette approche se nomme la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002, 2006).

Cet article présentera d'abord un bref historique du programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR) pour ensuite décrire la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), son déroulement, sa démarche thérapeutique, ses similitudes et distinctions avec la TCC et enfin, ses applications et l'efficacité de cette approche.

LA RÉDUCTION DU STRESS BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

La MBSR est la méthode d'intervention basée sur la pleine conscience la plus fréquemment citée dans la littérature scien-

tifique actuellement. Cette méthode a été développée par Jon Kabat-Zinn (1982) comme traitement complémentaire adressé à des patients souffrant de stress et de douleurs chroniques. Depuis le début des années 70, Jon Kabat-Zinn, docteur en biologie moléculaire à la Faculté de médecine de l'Université du Massachusetts, s'intéresse aux interactions entre le corps et l'esprit. Il a nommé son approche *Minfulness-Based Stress Reduction*. En 1979, il a fondé la *Stress Reduction Clinic* et en 1995, le *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society* de l'école de médecine de l'Université du Massachusetts. Aujourd'hui, la MBSR est enseignée dans 29 facultés de médecine à travers les États-Unis. La MBSR obtient de plus en plus de soutien empirique et les résultats continuent d'être encourageants pour une grande variété de problèmes de santé physique et psychologique (Allen *et al.*, 2006; Baer, 2003; Grossman *et al.*, 2004).

LA THÉRAPIE COGNITIVE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE POUR LA DÉPRESSION

La MBCT a été développée en vue de prévenir les rechutes dépressives chez les clients en rémission. Les auteurs se sont grandement inspirés de la MBSR, tout en y ajoutant des éléments de la thérapie cognitive de Beck *et al.* (1979) (p. ex. psychoéducation à propos de la dépression et des stratégies d'adaptation, auto-observation des moments agréables et désagréables, identification des interprétations spontanées d'événements, plans de prévention des rechutes). Les buts fondamentaux de la MBCT sont d'enseigner aux participants à devenir plus conscients des sensations corporelles, des émotions et des pensées moment après moment et de les aider à développer une façon différente d'être en relation avec leur expérience (sensations, pensées, émotions). Selon Segal, Williams et Teasdale (2002; 2006), lorsqu'un individu qui a tendance à la dépression prend conscience de ses expériences internes désagréables, il peut s'engager dans un processus de rumination (ou de résolution de problèmes) à propos de ces expériences en les jugeant et en les comparant avec son état antérieur (« je ne devrais pas me sentir ainsi »; « pourquoi je me sens si mal? »), et ce, sans nécessairement qu'il y ait présence d'un stressor important favorisant l'apparition de ces réactions. Il cherche alors à faire quelque chose pour ne plus ressentir son expérience. Cette façon de réagir est nommée le « mode faire ». Lorsque ce mode est activé, l'individu cherche à modifier son expérience et se met alors à ruminer, ce qui a pour effet d'augmenter son état dépressif. C'est ce cercle vicieux que la pratique de la pleine conscience vise à identifier et à contrer en développant le « mode être » chez le client. La pratique de

la pleine conscience favorise ainsi l'acceptation et le non-jugement de ces expériences en adoptant une attitude de curiosité, d'accueil et de bienveillance envers celles-ci. En outre, on enseigne aux participants la capacité de choisir la réponse la plus adéquate face aux pensées, émotions et sensations désagréables qu'ils rencontrent.

_DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHÉ

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience tout comme les ateliers de réduction du stress basés sur la pleine conscience sont des interventions structurées, en groupe, d'une durée de huit semaines, à raison d'une rencontre de 120 à 150 minutes par semaine. Alors que les groupes de MBSR sont composés de 20 à 30 participants, les groupes de MBCT sont composés d'un plus petit nombre (12-15 participants) vu l'intégration de techniques de la thérapie cognitive dans le programme. L'apprentissage de la pleine conscience exige une pratique régulière. La pratique formelle de la pleine conscience consiste en des exercices de méditation assise, où l'individu porte attention à sa respiration, son corps, les sons ambiants et ses pensées, ainsi qu'à la marche méditative, le balayage corporel et des exercices d'étirements. La pratique informelle encourage à porter attention aux activités de la vie quotidienne en demeurant attentif à chaque instant. Les outils cognitifs consistent entre autres à reconnaître que les pensées ne sont pas des faits, à prendre davantage soin de soi et à s'activer. Les participants doivent s'engager à pratiquer les exercices de pleine conscience au moins six fois par semaine, à raison de 45 minutes par jour pendant huit semaines. Cet engagement est une partie essentielle des deux programmes. Sans cet engagement, on suggère de ne pas entreprendre le programme.

_DISTINCTIONS ET SIMILITUDES AVEC L'APPROCHE COGNITIVE COMPORTEMENTALE TRADITIONNELLE

Les approches basées sur la pleine conscience se distinguent de la thérapie comportementale et cognitive traditionnelle de différentes façons. Dans les approches basées sur la pleine conscience, l'accent est mis sur l'acceptation radicale plutôt que sur des stratégies de changement cognitif. Les participants ne sont pas entraînés à modifier le contenu de leurs pensées, mais plutôt à observer ces pensées comme n'étant *que des pensées* plutôt qu'un reflet de la réalité. On enseigne aux participants à respirer en présence de leurs expériences (émotions, sensations, pensées), à aller vers celles-ci plutôt que de chercher à les modifier ou les corriger. Les participants apprennent à être conscients de la tendance à juger ou à évaluer leurs pensées, émotions et sensations en adoptant une attitude de bienveillance face à ces expériences. Dans les approches basées sur la pleine conscience, il est également essentiel que l'*instructeur* (on parle en effet d'*instructeur* plutôt que de thérapeute) ait sa propre pratique de méditation afin qu'il puisse incarner ce qu'il enseigne, qu'il adopte la même attitude d'accueil et d'acceptation bienveillante envers

les participants et ce qu'ils expriment. Enfin, les approches basées sur la pleine conscience reposent sur la conviction que les participants portent déjà en eux les ressources nécessaires pour avancer dans la gestion de leurs problèmes. L'instructeur laisse la responsabilité aux participants eux-mêmes d'avoir une relation différente avec leurs expériences, de prendre du recul, d'observer, d'accueillir, ce qui leur permet de faire de meilleurs choix d'action à poser par la suite (Maex, 2007; Segal *et al.*, 2002, 2006).

Tout comme dans les approches de TCC traditionnelles (p. ex. Beck), les approches basées sur la pleine conscience sont structurées et font l'objet de protocoles clairs, opérationnels et limités dans le temps; des tâches doivent être effectuées à domicile quotidiennement; on accorde une importance particulière au rôle des pensées et de leurs impacts sur les émotions, sensations et comportements; l'auto-observation de soi et de ses pratiques fait partie intégrante de la démarche. Finalement, l'accent est mis sur les facteurs actuels de maintien des difficultés plutôt que sur l'exploration du passé.

_APPLICATIONS ET EFFICACITÉ

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience a été élaborée comme traitement pour prévenir les rechutes dépressives. Trois études contrôlées randomisées ont été réalisées à ce jour (Kuyken *et al.*, 2008; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale *et al.*, 2000). Les résultats obtenus ont démontré que les participants qui avaient souffert de trois épisodes dépressifs et plus démontraient une réduction significative de rechutes dans les 60 semaines suivant l'intervention (taux de rechute de 66 % chez le groupe ayant reçu le traitement habituel de maintien, comparativement à un taux de rechute de 37 % chez le groupe MBCT). Au Royaume-Uni, la National Institute of Clinical Excellence (NICE) a récemment identifié la MBCT comme étant un traitement efficace pour prévenir les rechutes de dépression. Des études récentes ont exploré l'efficacité de la MBCT chez des clients souffrant de dépression active et réfractaire aux traitements (Barnhofer *et al.*, 2009; Kenny & Williams, 2007) ou présentant des symptômes résiduels d'épisodes dépressifs (Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007). Les résultats obtenus sont encourageants et suggèrent que la MBCT pourrait également être utile pour des clients qui ne sont pas en rémission. Une autre étude (Williams *et al.*, 2008) a exploré les effets de la MBCT sur les symptômes d'anxiété et de dépression chez des clients souffrant de troubles bipolaires en rémission. Des études exploratoires ont aussi été réalisées afin d'évaluer l'impact de la MBCT, et ce, pour réduire les symptômes d'autres troubles psychologiques : insomnie (Heidenreich *et al.*, 2006); symptômes de psychose (Chadwick, Taylor & Abba, 2005); phobie sociale (Bögel, Sijbers & Voncken, 2006); conduites suicidaires (Williams, Duggan, Crane & Fennel, 2006). Bien que les résultats obtenus soient encourageants, des études mieux contrôlées devront être effectuées avant de tirer des conclusions sur l'efficacité de la MBCT pour ces divers troubles.

_CONCLUSION


Nous avons brièvement présenté la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. Cette approche s'inspire en grande partie du programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience développé par Kabat-Zinn où une place prépondérante est accordée à la pratique quotidienne de la méditation. L'objectif principal de cette approche n'est pas de modifier l'expérience, mais bien de modifier la façon d'entrer en relation avec celle-ci. Plusieurs études ont été réalisées à ce jour et suggèrent que cette approche contribue à réduire la détresse émotionnelle. L'intégration de la méditation de pleine conscience dans les interventions psychologiques représente une nouvelle avenue, une ouverture à une tradition ancestrale qui a été négligée et qui maintenant semble trouver sa place dans la psychologie occidentale.

_Bibliographie

- Allen, N. B., Blashki, G., Chambers, R., Ciechomski, L., Gullone, E., Hased, C., & al. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy*, 47, 366-373.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New-York: Guilford Press.
- Bögels, S. M., Sijbers, G. F. V. M., & Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 33-44.
- Chadwick, P., Taylor, K. N., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M., & Michalak, J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 188-189.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1996). *Où tu vas, tu es*. Paris : J'ai lu.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 193-203.
- Kuyken, W., Taylor, R. S., Barrett, B., Evans, A., Byford, S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Byng, R., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966-978.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression : Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Maex, E. (2007). *Mindfulness : apprivoiser le stress par la pleine conscience*. Bruxelles : De Boeck.
- Ricard, M. (2008). *L'art de la méditation*. Paris : Nil.
- Rosenberg, F. (2007). *Méditer, c'est se soigner*. Paris : Les Arènes.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy: A new approach to preventing relapse*. New York Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression: Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Bruxelles, Éditions de Boeck.
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, APA.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Thich Nhat Hanh (1994). *Le miracle de la pleine conscience : Manuel pratique de méditation*. Paris : J'ai lu.
- Williams, J. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., & al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279.
- Williams, J. M., Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 201-210.

Réussite en tête

PSYCHOLOGUES



La Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke est à la recherche de deux (2) psychologues pour son Service des ressources éducatives. Deux postes réguliers - temps plein. Un poste à combler dès maintenant et un poste à combler à partir du 6 janvier 2010.



Nature de l'emploi
L'emploi de psychologue comporte plus spécifiquement la prévention, le dépistage, l'évaluation, l'aide et l'accompagnement des élèves handicapés ou des élèves qui présentent ou qui sont susceptibles de présenter des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage visant à les soutenir dans leur cheminement scolaire et leur épanouissement personnel et social.

Qualifications requises
- Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.

Échelle salariale : 37 354 \$ à 70 819 \$

Pour obtenir plus de détails sur ce poste, consultez notre site Internet au www.csr.qc.ca. Les candidatures doivent être reçues au plus tard le **25 septembre 2009** par courriel : emploi@csr.qc.ca, par télécopieur : 819 822-6880 ou par la poste : 2955, boulevard de l'Université, J1K 2Y3. Seules les personnes retenues seront contactées.

Le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Commission scolaire
de la Région-de-Sherbrooke