

Zindel V. Segal,
Mark G. Williams et John D. Teasdale

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression

Prévenir la rechute

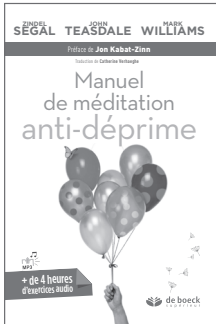
Avec
exercices
audio

Préfaces de Jon Kabat-Zinn,
Christophe André
et Matthieu Ricard



La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression

Des mêmes auteurs



Manuel de méditation anti-déprime
Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams
Préface de Jon Kabat-Zinn
Traduction de Catherine Verhaeghe

« Un véritable cadeau, qui peut soulager
chacun du poids de la déprime
ou de la dépression et améliorer votre vie. »

Daniel J. Siegel

Pour compléter votre lecture et renforcer votre pratique, découvrez un manuel **interactif et dynamique**, qui s'adresse :

- aux instructeurs MBCT dans le cadre de la préparation des séances et à leurs participants,
- aux particuliers qui souhaitent suivre le programme et n'en trouvent pas à proximité,
- aux personnes qui souhaitent l'approfondir ou le reprendre après avoir suivi un cycle de 8 semaines.

Vous y trouverez des exemples d'interactions entre instructeurs et participants, des réflexions, des exercices à compléter et des témoignages qui nous plongent au cœur du programme. **Plus de 4 h de méditations audio téléchargeables** accompagnent et complètent le propos.

Comme l'écrit Christophe André : « Ce manuel précis et bienveillant va vous permettre de découvrir la pleine conscience thérapeutique, et surtout de commencer à la pratiquer en compagnie des auteurs les plus expérimentés qui soient... ». Bref, une mine à la disposition de tous ceux qui s'intéressent à la pleine conscience, la pratiquent ou désirent s'y mettre.

Dans la même collection

Bartley T., *La thérapie cognitive née sur la pleine conscience pour le cancer*, 2018
Bowen S., Chawla N. & Marlatt A., *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience. Guide clinique*, 2^e ed., 2019
DuFrene T. & Williams K., *La pleine conscience en thérapie. Une approche de la Mindfulness basée sur l'ACT*, 2015
Isnard-Bagnis C., *La pleine conscience au service de la relation de soin. Méditer pour mieux soigner*, 2017
Zellner-Keller B., Attala J. & Maskens C., *Pleine conscience pour les seniors. Programme en 8 mois. Approche cognitive*, 2017

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression

Prévenir la rechute

Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams,
John D. Teasdale

Traduction de Christine Michaux
Adaptation et révision scientifique
de Lucio Bizzini, Claude Maskens
et Guido Bonfoli

Ouvrage original :

Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression
By Zindel V. Segal, Mark G. Williams & John D. Teasdale
© 2013 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

Téléchargez les compléments numériques à l'adresse <https://www.deboecksuperieur.com/site/313422>

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur s.a., 2019
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays pour la traduction française.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

3^e édition

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : février 2019
Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2019/13647/035

ISSN : 1780-9517
ISBN : 978-2-8073-1342-2

À Lisa, Ariel, Shira et Solomon
Z.V. Segal

À Phyllis, Rob, Jennie et Annie
J.M.G. Williams

À Jackie, Joe et Ben
J.D. Teasdale

Remerciements de l'éditeur

L'éditeur tient à remercier Pierre Philippot pour son investissement dans ce projet et notamment sa participation à la révision scientifique de la 1^{re} édition.

À propos des auteurs

Zindel V. Segal, PhD, docteur en psychologie, est professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto. Il dirige également la Clinique de thérapie cognitivo-comportementale du *Centre for Addiction and Mental Health* de cette même université. Le Dr Segal a notamment publié *Interpersonal Process in Cognitive Therapy* (1990), *Vulnerability to Depression* (2011), et *The Mindful Way through Depression* (2007). Il est membre fondateur de l'*Academy of Cognitive Therapy* et œuvre en faveur de l'utilisation clinique de la pleine conscience dans les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale.

J. Mark G. Williams, DPhil, docteur en psychologie, est professeur de psychologie et directeur de recherche (*Wellcome trust*) à l'Université d'Oxford. Il est aussi le directeur de l'*Oxford Mindfulness Center* du département de psychiatrie de l'Université d'Oxford. Le Dr Williams a notamment publié *The Psychological Treatment of Depression* (1992), *Cognitive Psychology and Emotional Disorders* (1997), *Suicide and Attempted Suicide* (2002), *The Mindful Way through Depression* (2007), et *Mindfulness: Finding Peace in a Frantic World* (2011). Il est également membre fondateur de l'*Academy of Cognitive Therapy* et membre de l'*Academy of Medical Sciences*, de la *British Academy* et de l'*Association for Psychological Sciences*.

John D. Teasdale, PhD, docteur en psychologie, était titulaire de recherche au *Medical Research Council's Cognition and Brain Sciences Unit* à Cambridge, Royaume-Uni. Il a entre autres publié *Affect, Cognition and Change* (1993) et *The Mindful Way through Depression* (2007). Le Dr Teasdale est un membre fondateur de l'*Academy of Cognitive Therapy* et membre de la *British Academy* et de l'*Academy of Medical Sciences*. Le Dr Teasdale a reçu en 1990 la *Distinguished*

Scientist Award (Division 12 – Société de psychologie clinique) de l'*American Psychological Association*. Aujourd'hui retraité, le Dr Teasdale enseigne les pratiques de la méditation telles qu'associées à la tradition bouddhique de l'inspiration (*Vipassanā*) partout dans le monde.

À propos des réviseurs

Lucio BIZZINI, docteur en psychologie et psychothérapeute, travaille en pratique privée. Il est l'un des membres fondateurs de l'Association suisse de psychothérapie cognitive et organise depuis plusieurs années des retraites d'initiation à l'instruction du programme MBCT.

Guido BONDOLFI, psychiatre et psychothérapeute, est médecin-chef du Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise du Département de santé mentale et psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève et Professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Genève.

Claude MASKENS, psychothérapeute, diplômée complémentaire en sciences psychologiques et enseignante de yoga, forme à la pleine conscience dans le cadre du Certificat d'université à la pleine conscience – mindfulness proposé par l'Université libre de Bruxelles. Elle est également superviseuse (CFM, UCL) et propose des cycles MBSR (ULB, La Vie-là) et MBCAS (seniors 65+).

Sommaire

Remerciements de l'éditeur	7
Préface à la 2 ^e édition américaine par Jon Kabat-Zinn	17
Préface à l'édition française par Matthieu Ricard et Christophe André	23
Remerciements des auteurs	27
Comment utiliser ce manuel ?	29
Introduction	31

PARTIE I Le défi de la dépression

CHAPITRE 1	Dépression : l'étendue du problème	41
CHAPITRE 2	Le pourquoi de la rechute dépressive	53
CHAPITRE 3	Mise au point de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	75

PARTIE II
La thérapie cognitive
basée sur la pleine conscience

CHAPITRE 4	Les modes « faire » et « être »	95
CHAPITRE 5	Le programme en huit séances : le comment et le pourquoi	109
CHAPITRE 6	L'entretien préalable au programme	127
CHAPITRE 7	La conscience et le pilotage automatique. Séance 1	141
CHAPITRE 8	Bienveillance et autocompassion en thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	167
CHAPITRE 9	Vivre dans sa tête. Séance 2	175
CHAPITRE 10	Rassembler l'esprit dispersé. Séance 3	205
CHAPITRE 11	Reconnaître l'aversion. Séance 4	239
CHAPITRE 12	Les périodes de feed-back : la pratique du dialogue exploratoire	273
CHAPITRE 13	Laisser être et lâcher prise. Séance 5	293
CHAPITRE 14	Les pensées ne sont pas des faits. Séance 6	319
CHAPITRE 15	Une journée de pratique de pleine conscience	349

CHAPITRE 16 « Comment puis-je au mieux prendre soin de moi ? ».	
Séance 7	357
CHAPITRE 17 Exercer et élargir les compétences nouvellement acquises.	
Séance 8	379
CHAPITRE 18 Reprise. Les trois minutes d'espace de respiration : la charpente du programme MBCT	397

PARTIE III

Évaluation et dissémination

CHAPITRE 19 La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience mise à l'essai	407
CHAPITRE 20 Les indicateurs de l'efficacité thérapeutique de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	423
CHAPITRE 21 De la théorie à la pratique : ressources pour les instructeurs de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et leurs patients	437
Épilogue	443
Notes	445
Index	455
Table des matières	467

PARTIE I

Le défi de la dépression

CHAPITRE 1

Dépression : l'étendue du problème

La dépression est un trouble de l'humeur qui influence la capacité d'une personne à penser en termes clairs, amoindrit son envie d'agir, perturbe son fonctionnement corporel, tel que son sommeil ou son alimentation, et qui plonge cette personne dans une situation de grandes douleurs et souffrances mentales à laquelle elle se sent incapable de réagir. Chaque individu est seul devant sa souffrance, et pourtant lorsqu'on considère le nombre de personnes qui souffrent de dépression, les chiffres sont stupéfiants. Les résultats d'études menées en milieux hospitalier et communautaire montrent que ces troubles de l'humeur sont parmi les troubles psychiatriques présentant la plus haute prévalence. Ces résultats se confirment partout dans le monde. Les données d'études épidémiologiques récentes portant sur quelque quatorze mille patients répartis dans six pays européens montrent que 17 % d'entre eux font mention d'une expérience dépressive au cours des six derniers mois. Si l'on regarde ces données dans le détail, les cas de dépression majeure représentent 6,9 %, et les cas de dépression mineure 1,8 %¹. Les 8,3 % restants des sujets se plaignent de symptômes dépressifs mais n'y voient pas d'interférence sérieuse avec leur travail ou leur vie sociale. Ces chiffres sont très proches de ceux relevés tant au Canada² qu'aux USA³. Avec de tels taux, la probabilité pour les médecins de famille de rencontrer une personne atteinte de dépression sérieuse est d'au moins une par jour de pratique clinique. Lorsqu'on interroge des Américains sur leurs expériences de la dépression sur de plus longues périodes, en moyenne 6,6 % d'entre eux disent avoir connu au moins un épisode de dépression clinique au cours de l'année écoulée⁴. Aux États-Unis, on estime que 18 à 22 % des femmes et 7 à 11 % des hommes souffriront d'une dépression clinique au cours de leur vie⁵.

Qu'entend-on par dépression ? Dans son acception la plus commune, le terme suggère que l'on se sent « dans un creux » ou « cafardeux ». Mais de telles expressions omettent le caractère essentiel de syndrome de ce trouble clinique, à savoir qu'il consiste en une combinaison d'éléments plutôt qu'en un seul trait caractéristique. La dépression clinique (parfois également appelée « dépression majeure ») est un état dans lequel une humeur dépressive ou une perte d'intérêt persistantes surviennent, accompagnées d'autres signes physiques et mentaux objectivables, comme par exemple un sommeil perturbé, un appétit dérégulé, une diminution de la concentration, et des sentiments de désespoir et d'insuffisance. Le diagnostic de dépression n'est posé que lorsque plusieurs de ces éléments sont présents simultanément, durant deux semaines au moins, et interfèrent clairement avec la capacité de la personne à accomplir ses activités quotidiennes.

Ceux qui ont été déprimés savent que cette maladie n'a pas qu'un seul visage, et qu'un seul critère ne peut pas résumer à lui seul un épisode dépressif. Certaines conséquences de la dépression sont plus faciles à repérer par la personne qui en souffre, comme la détérioration de l'humeur et le manque de concentration. D'autres peuvent être plus difficiles à reconnaître, car leurs effets principaux réduisent la capacité du patient à interagir avec ses proches et les autres membres de sa famille : par exemple le manque d'énergie et des idées négatives. Un des prix les plus lourds à payer en cas de dépression est le risque accru de suicide. Le risque de suicide augmente à chaque nouvel épisode et il existe 15 % de risque que les patients souffrant de dépression récurrente suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation finissent par se suicider⁶. Par ailleurs, la dépression est rarement observée seule ; elle est le plus souvent accompagnée d'anxiété⁷. Par exemple, une personne dépressive présente dix-neuf fois plus de risques de souffrir de trouble de panique qu'une personne non dépressive^{8,9}. La littérature fait également état d'un risque accru pour la phobie simple (neuf fois plus) et le trouble obsessionnel compulsif (onze fois plus).

Les études réalisées en milieu communautaire portant sur la dépression et d'autres maladies mentales montrent, de façon à la fois surprenante et inquiétante, que le taux de recours aux services de santé mentale est très faible. Il y a là un paradoxe. Les personnes souffrant du trouble mental le plus prévalent figurent au nombre de celles les moins susceptibles de recourir à un traitement. Parmi les personnes qui cherchent à recourir à un traitement, seules 12 % consultent un spécialiste pour leur problème et reçoivent un traitement approprié⁵. Le fait de ne pas recevoir un traitement, particulièrement dans le cas d'une dépression pour laquelle un traitement efficace existe, est devenu un problème de santé publique majeur. Pour faire face à ce problème, une des solutions a été d'informer le public sur les symptômes de la dépression et les options de traitement disponibles. Des journées de dépistage de la dépression, aujourd'hui fréquemment organisées dans de nombreux hôpitaux, ont

aidé à réduire les stigmates associés à ce trouble en le présentant comme une maladie médicale/psychologique avérée, aux caractéristiques cliniques bien documentées.

Au cours des vingt dernières années, notre compréhension de la dépression s'est affinée, notamment en termes d'appréciation du degré d'incapacité associé à ce trouble. En plus de la douleur et de l'angoisse dont souffrent les déprimés, des données probantes semblent indiquer que le niveau de déficit fonctionnel est comparable à celui rencontré dans les maladies médicales majeures, dont le cancer et les maladies coronariennes. Lorsque nous avons commencé nos recherches, les travaux de Kenneth Wells et de ses collaborateurs avaient déjà fait connaître la nature du fardeau social ainsi que les coûts cachés liés à la dépression. Si l'on mesure par exemple l'incapacité en matière de « jours passés au lit », on constate de manière tout à fait surprenante que les patients dépressifs passent plus de temps au lit (1,4 jour par mois) que les patients atteints d'une maladie pulmonaire (1,2 jour par mois), de diabète (1,15 jour par mois) ou d'arthrite (0,75 jour par mois). Seules les personnes atteintes de maladie cardiaque passent plus de temps au lit (2,1 jours par mois)¹⁰. Comme on peut aisément le supposer, l'incidence des « jours passés au lit » sur la productivité au travail est considérable. Le nombre de jours de travail non prestés est cinq fois plus élevé chez les travailleurs souffrant de dépression que chez leurs collègues en bonne santé¹¹, et la dépression est une des raisons les plus fréquentes d'absentéisme de longue durée chez les employés de bureau¹².

À la fin des années 1980, et au début des années 1990, en découvrant ces nouvelles données dans la littérature scientifique, beaucoup changèrent d'avis sur l'ampleur du problème de la dépression. Une projection récente de l'Organisation mondiale de la santé confirme ces premiers signes inquiétants et estime qu'en 2020, à l'échelle mondiale, de toutes les maladies, la dépression viendra en deuxième position¹³. Lorsque nous entreprîmes notre réflexion sur la meilleure approche dans le traitement de la dépression, celle-ci était en passe de devenir le défi majeur dans le champ de la santé mentale.

1. Optimisme précoce pour le traitement de la dépression

Dès lors qu'il était avéré que la dépression était un problème, quelles étaient les solutions possibles ? À la fin des années 1980, on combattait la dépression de diverses manières. Les antidépresseurs, qui étaient utilisés depuis leur découverte dans les années 1950, avaient été améliorés et on disposait à leur propos de nombreuses données attestant de leur efficacité. La plupart de ces médicaments ciblaient, au niveau cérébral, le fonctionnement des neurotransmetteurs

(messagers chimiques qui permettent aux impulsions neurales de passer d'une fibre nerveuse à une autre par leurs jonctions, qu'on appelle les « synapses »). Ce faisant, ils renforçaient l'efficacité des connexions entre les cellules cérébrales et augmentaient la quantité de neurotransmetteurs, comme la noradrénaline et la sérotonine, disponibles entre les synapses¹⁴. Même si le processus associé à ce mode de fonctionnement reste peu clair, les faits ont montré que certains de ces antidépresseurs bloquent la recapture des neurotransmetteurs par d'autres cellules, alors que d'autres antidépresseurs stimulent les cellules nerveuses pour qu'elles libèrent plus de neurotransmetteurs. Dès la fin des années 1980, les antidépresseurs étaient devenus le traitement de première ligne de la dépression clinique¹⁵. C'est d'ailleurs toujours le cas aujourd'hui. Malheureusement, des données alarmantes montrent que pour les dépressions légères à modérées, les antidépresseurs ne sont pas plus efficaces qu'un placebo¹⁶, et que même lorsqu'ils sont efficaces, chez certains patients, pour une raison qui nous échappe encore, leur action s'amoindrit après un à deux ans de traitement continu¹⁷.

À la fin des années 1980, des traitements psychologiques de la dépression commencèrent également à exister en tant que tels. On distinguait à l'époque au moins quatre grandes approches de la dépression, chacune bien structurée et limitée dans le temps. Chacune disposait d'un certain degré de support empirique. Les approches comportementalistes soulignaient le besoin d'augmenter la participation des personnes dépressives à des activités qui leur donnaient du plaisir ou les rendaient plus forts¹⁸. L'amélioration des compétences sociales corrigeait les manques comportementaux qui augmentent l'isolement et le rejet social des personnes dépressives¹⁹. La thérapie cognitive²⁰, en combinant plusieurs techniques comportementales et cognitives, visait à changer la façon dont les pensées, les représentations et l'interprétation des événements par une personne contribuent à créer et entretenir les troubles émotionnels et comportementaux associés à la dépression. Enfin, la thérapie interpersonnelle²¹ insistait sur le fait qu'apprendre à résoudre les conflits entre personnes et à changer de rôle soulagerait la dépression. Les thérapies cognitive et interpersonnelle furent progressivement considérées comme l'étalon des traitements psychologiques de la dépression, en grande partie parce que les éléments en leur faveur présentaient trois caractéristiques importantes, qui aujourd'hui encore sont rarement présentes dans les recherches dans le domaine des traitements psychologiques : les thérapies étaient testées au travers de nombreuses études menées dans des centres de recherche différents ; elles étaient testées sur des patients présentant les critères diagnostiques standards de la dépression ; enfin, lorsque ces traitements psychologiques étaient comparés à des traitements par prescription d'antidépresseurs, l'efficacité des deux types de traitements était jugée équivalente²².

Avec un tel éventail de traitements contre la dépression, on aurait pu penser que le problème était résolu. Malheureusement, alors que les traitements

pour la dépression courante s'avéraient efficaces, la recherche montra que le taux mondial de prévalence était influencé par un élément majeur : la *récur-*
rence de nouveaux épisodes dépressifs chez les personnes qui en avaient déjà fait l'expérience. L'étendue du problème avait changé.

2. La dépression comme maladie chronique récidivante

Pourquoi cet aspect de la dépression n'avait-il pas été remarqué plus tôt ? Tout d'abord parce que la plupart des données à la base de notre compréhension de la dépression étaient issues d'études menées dans la première moitié du xx^e siècle. À l'époque, les premiers épisodes de dépression clinique grave avaient tendance à se manifester chez des patients ayant largement dépassé la cinquantaine. L'occasion n'était donc pas donnée d'observer de longs cycles de récurrence. De décennie en décennie, alors qu'on atteignait la seconde moitié du xx^e siècle, un autre cas de figure allait voir le jour : les premiers épisodes de dépression étaient observés de plus en plus tôt, jusqu'à ce que l'âge moyen des patients au moment du premier épisode se situe entre 25 et 30 ans, voire même plus tôt, alors que de nombreux patients faisaient l'expérience d'une première dépression au cours de leur adolescence. L'effet malheureux d'épisodes toujours plus précoces de la dépression fut qu'il était devenu possible d'observer pendant toute une vie les suites d'un premier épisode de dépression. Les résultats de ces observations dressaient un portrait de la dépression à la fois différent et perturbant.

Par ailleurs, nous n'avions pas pris conscience du phénomène de récurrence parce qu'il n'existait pas d'études dans lesquelles des patients en rémission auraient été suivis et évalués à intervalles réguliers. Seul ce type d'information permet une compréhension complète de la manière dont la dépression croît et décroît dans le cycle d'une vie, et du mode de déroulement de son cycle naturel. De telles études nous permettent de calculer la probabilité d'une *rémission spontanée* (dans laquelle une personne recouvre la santé sans traitement) et de comparer le coût relatif de traitements qui comportent des risques significatifs ou présentent des effets secondaires au coût d'une dépression non traitée. Jusqu'au milieu des années 1980, on disposait de peu de données précises sur ces questions. Par la suite, des études identifèrent des patients en fin d'épisode dépressif et les suivirent à un intervalle de un à deux ans.

En 1983, Martin Keller et ses collaborateurs conduisirent une des premières études de ce type²³. Ils suivirent pendant treize mois 141 patients atteints de trouble dépressif majeur et rapportèrent que quarante-trois d'entre eux (33 %) avaient rechuté après une période de rémission d'au moins huit semaines. Les patients en rémission étaient manifestement confrontés au défi majeur de

conserver la santé et les gains du traitement. Toutes les recherches menées depuis lors vont dans ce sens : un minimum de 50 % des patients remis d'un premier épisode dépressif connaîtront au moins un second épisode dépressif²⁴, et les patients ayant vécu deux épisodes ou plus ont une probabilité de 70 à 80 % de faire une récurrence au cours du reste de leur vie⁶. Jusque-là, les professionnels de la santé mentale distinguaient les états « aigus » (court terme) des états « chroniques » (long terme, d'une durée de plus de deux ans), relevant que certaines dépressions pouvaient *sembler* aiguës, mais que beaucoup de personnes remises de leur dépression restaient « chroniques » dans le sens d'une vulnérabilité accrue et à long terme. Dans un article souvent cité²⁵, Judd conclut que « la dépression unipolaire est une maladie chronique qui dure toute la vie, dont le risque de récurrence dépasse 80 %. Les patients connaîtront au cours de leur vie en moyenne quatre épisodes dépressifs majeurs d'une durée de 20 semaines chacun ». De telles données ont permis de dégager le consensus qui prévaut actuellement selon lequel la rechute et la récurrence faisant suite à un traitement concluant de la dépression sont un phénomène courant et invalidant (Voir figure 1.1²⁶).

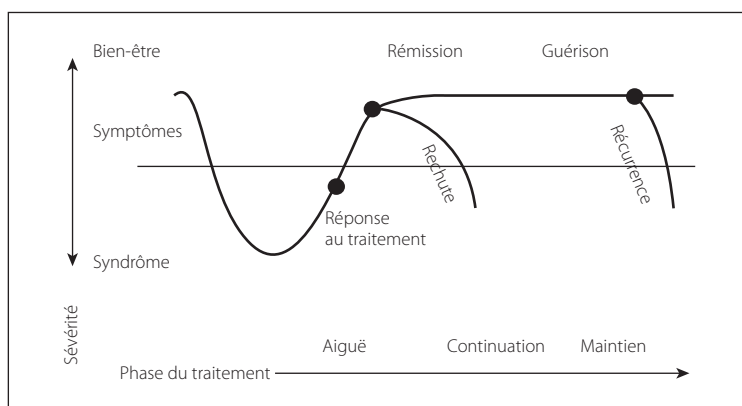


FIGURE 1.1

La dépression comme maladie chronique récidivante

Au début du ^{xx}^e siècle, il est facile d'oublier que l'attention particulière accordée à la récurrence était nouvelle à l'époque. En effet, jusqu'à la fin des années 1960 et le début des années 1970, l'accent avait surtout été mis sur la mise au point de traitements plus efficaces de la dépression aiguë. L'attention portée au risque permanent encouru par le patient était relativement faible. Les travaux de Keller signalèrent pour la première fois la nécessité, au moment du choix du type de traitement à proposer, de tenir compte du risque de rechute au cours de la période de rémission.

Les données de Keller tendaient à montrer une grande différence de pronostic entre les patients n'ayant jamais connu antérieurement d'épisode dépressif et ceux ayant connu antérieurement au moins trois épisodes dépressifs. La différence du taux de rechute entre ces deux groupes était significative : 22 % de rechute pour le premier groupe, contre 67 % pour le second. Les patients en rémission de leur premier épisode dépressif se trouvaient donc à une étape critique de l'évolution de leur maladie. Keller ajoutait qu'ils « ont une probabilité substantielle de rechute rapide et [que] s'ils récidivent, ils ont une probabilité d'à peu près 20 % d'évoluer vers une dépression chronique »²³. Une étude ultérieure, qui réalisa le suivi pendant cinq ans de patients atteints de trouble de l'humeur chronique et non chronique²⁷, indiqua que ceux qui rechutent rapidement après leur guérison sont ceux chez qui la dépression s'installe à long terme.

Le nombre d'épisodes que les patients ont connu par le passé reste aujourd'hui encore un des éléments prédictifs les plus fiables de dépression future, ce qui corrobore les premières observations de Keller. Mais alors que dans les études de Keller, le seuil était fixé à trois épisodes, il est maintenant fixé à deux épisodes. Il est important de noter que le principe de séparer ces deux groupes sur la base de leur risque de rechute est toujours d'application. Ainsi, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*^[2] (DSM-IV-TR) de l'*American Psychiatric Association*²⁸ qualifie de « récurrent » tout trouble dépressif majeur diagnostiqué chez des patients qui ont connu au moins deux épisodes dépressifs.

3. Comment les rechutes et les récurrences dépressives pourraient-elles être évitées ?

Avec une vision plus claire des difficultés que la dépression impose à ceux qui en souffrent, a grandi la nécessité de mettre au point des traitements qui pourraient constituer une véritable aide. Comme la dépression majeure était à présent vue comme un trouble récurrent, il semblait impératif d'élargir la gamme des soins offerts aux patients. L'évidence semblait montrer que si l'on se reposait sur la médication, une approche sur le long terme était nécessaire.

Même si cette conclusion n'était pas la meilleure aux yeux de ceux qui n'étaient pas à l'aise avec l'administration prolongée d'un médicament, les faits impliquaient qu'un médecin devait continuer à prescrire des antidépresseurs aux patients dépressifs après la guérison de l'épisode pour lequel ils avaient cherché de l'aide au départ. Quel type d'étude pouvait-on mettre en place pour tester la nécessité d'un traitement sur le long terme ?

2 NDT : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR).

Table des matières

Sommaire	13
Préface à la 2 ^e édition américaine par Jon Kabat-Zinn	17
Préface à l'édition française par Matthieu Ricard et Christophe André	23
Remerciements des auteurs	27
Comment utiliser ce manuel ?	29
Introduction	31

PARTIE I Le défi de la dépression

CHAPITRE 1 Dépression : l'étendue du problème	41
1. Optimisme précoce pour le traitement de la dépression	43
2. La dépression comme maladie chronique récidivante	45
3. Comment les rechutes et les récurrences dépressives pourraient-elles être évitées ?	47
4. La psychothérapie comme traitement de maintien	49
CHAPITRE 2 Le pourquoi de la rechute dépressive	53
1. La mise au point d'une version de maintien de la thérapie cognitive	53
2. Les effets de longue durée de la thérapie cognitive	55

3. La vulnérabilité cognitive à la rechute	58
4. Les attitudes dysfonctionnelles persistantes sont-elles la cause des rechutes ?	58
5. Humeurs tristes et réactivation des schémas de pensées négatives : données de base pour comprendre la vulnérabilité	59
6. Humeurs tristes et réactivation des attitudes et des croyances vulnérables	61
7. Le temps comme facilitateur de l'activation des circuits cognitifs de la rechute	63
8. Le mental qui rumine	63
9. Comment la thérapie cognitive réduit-elle les rechutes dépressives ?	67
10. La pleine conscience	70
11. Prise de contact avec la Clinique de réduction du stress au Centre médical de l'Université du Massachusetts	72
 CHAPITRE 3 Mise au point de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	 75
1. Premières impressions	76
2. Des raisons d'être prudents : notre pratique personnelle de la pleine conscience	79
3. L'entraînement au contrôle attentionnel	80
4. Comment les instructeurs du programme MBSR s'y prenaient-ils ?	83
5. Une pratique personnelle de la pleine conscience ?	84
6. La nature de la décentration et ses implications pour notre approche	86
7. Du thérapeute à l'instructeur : enseigner aux patients une nouvelle façon de vivre une expérience	87
8. La thérapie cognitive par la pleine conscience	90

PARTIE II

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

CHAPITRE 4	Les modes « faire » et « être »	95
1.	Comprendre la rechute dépressive : un modèle efficace	97
2.	Le mental qui rumine	97
3.	Les modes opératoires de l'esprit	99
3.1.	Le mode « faire subjectif »	100
3.2.	Le mode « être »	103
4.	La compétence fondamentale	105
5.	La pleine conscience comme compétence fondamentale	107
6.	La structure du programme de la thérapie cognitive par la pleine conscience	108
CHAPITRE 5	Le programme en huit séances : le comment et le pourquoi	109
1.	La pratique personnelle	110
2.	Le travail avec les patients en rémission d'un épisode dépressif	111
3.	Programmation et préparation des séances	112
4.	La thérapie cognitive par la pleine conscience : vue d'ensemble	113
4.1.	L'entretien d'évaluation préparatoire	113
4.2.	Les séances	113
4.3.	Objectifs fondamentaux	114
4.4.	La structure	115
4.5.	Les différentes approches des séances selon les participants	117
4.6.	Guider la pratique	117
4.7.	L'interaction avec les participants	118
5.	Les thèmes fondateurs de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	119
5.1.	L'exploration des stratégies qui permettent d'éviter l'enracinement et la consolidation des schémas de pensées négatives	119
5.2.	Le moteur des vieilles habitudes de pensées : les sept indicateurs du mode faire subjectif	120
5.3.	La compétence fondamentale	120
5.4.	Le rôle essentiel de la bienveillance	121

5.5. L'apprentissage par l'expérience	121
5.6. Donner aux participants les clefs de leur propre prise en charge	121
5.7. Les objets de l'apprentissage	122
6. Quelques remarques en conclusion	124
 CHAPITRE 6 L'entretien préalable au programme	 127
1. Présentation générale	127
2. L'entretien préalable dans le détail	127
2.1. « Pourquoi avez-vous choisi de suivre ce programme ? »	128
2.2. Notre compréhension de la dépression récurrente	129
2.3. Comment la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience peut-elle vous aider ?	130
2.4. La pratique de la pleine conscience à la maison	131
2.5. Les défis du programme MBCT	131
2.6. La nécessité de la confidentialité	132
2.7. Dispositions pratiques	132
2.8. Conclusion de l'entretien	132
3. Lecture des chapitres décrivant chaque séance : mode d'emploi	138
 CHAPITRE 7 La conscience et le pilotage automatique.	
Séance 1	141
1. Contexte général	141
2. Le début de la séance	143
3. L'exercice du raisin sec	144
4. S'entraîner à la pleine conscience : se centrer sur le corps	151
5. Créer un contexte pour la pratique formelle de la pleine conscience : remarques générales	155
6. Réactions et réponses	157
7. Apprendre par la pratique à domicile	159
8. La pleine conscience des activités quotidiennes	161
9. Fin de la séance	162
 CHAPITRE 8 Bienveillance et autocompassion en thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	 167
1. Susciter l'autocompassion par des voies détournées	169

2. L'attitude de l'instructeur et le développement de l'autocompassion chez les participants	170
2.1. Autocompassion et moments d'enseignement difficiles	171
3. Conséquences inattendues de l'autocompassion chez les participants vulnérables : mise en garde	172

CHAPITRE 9 Vivre dans sa tête.

Séance 2	175
1. La pratique comme base de la classe	178
1.1. « Les conditions n'étaient pas bonnes »	178
1.2. Le vagabondage et les sempiternelles habitudes du mental	180
2. Pratique à domicile : cultiver la pleine conscience dans la vie de tous les jours	181
2.1. Attitude envers la pratique : « Est-ce que je fais les exercices correctement ? »	182
2.2. Les sensations douloureuses	183
2.3. « Je n'ai pas trouvé le temps de faire les exercices à domicile »	184
2.4. « Je me suis vraiment ennuyé » « La voix m'insupportait »	184
2.5. « C'était chouette, je me suis endormi » « J'ai apprécié l'exercice parce que j'ai pu finalement me détendre » « Cela ne m'a rien fait ; en fait, je suis tombé endormi »	185
2.6. « Je fais de mon mieux, mais je ne pense toujours pas avoir compris » « Je pense que je dois faire un plus gros effort »	187
2.7. « J'étais vraiment trop bouleversé » Se reconnecter avec une émotion évitée	188
2.8. « Mon esprit ne restait pas en place une seconde »	189
3. Pensées et sentiments	190
4. Connexion entre le modèle cognitif de la dépression et l'exercice des pensées et des sentiments	191
5. La conscience des expériences agréables	194
6. Être assis avec la respiration	196
7. Fin de la séance	198

CHAPITRE 10 Rassembler l'esprit dispersé.

Séance 3	205
1. Commencer par voir	208

2. La méditation assise comme pratique de la pleine conscience	210
3. Feed-back de la pratique à domicile	213
3.1. Le vagabondage de l'esprit	214
3.2. Être curieux des destinations de l'esprit qui vagabonde	215
3.3. Traiter les pensées en essayant de les contrôler	215
3.4. Sensations physiques d'inconfort	216
4. Pratique à domicile	216
4.1. « Je n'ai pas le temps » : reconnaître l'esprit critique	217
5. Que faire quand affleure une émotion intense ?	220
6. Le Calendrier des Événements Agréables : feed-back	221
7. Généraliser la pratique :	
les 3 minutes d'espace de respiration	222
8. Le corps comme fenêtre de l'esprit	225
9. Bouger en pleine conscience	226
10. Présentation du Calendrier des Événements Désagréables	230

CHAPITRE 11 Reconnaître l'aversion.

Séance 4	239
1. Attachement et aversion	241
2. La culture de la légèreté	243
3. Foyer de focalisation attentionnelle ponctuel et élargi	244
4. Feed-back de la pratique à domicile	249
5. Les réactions à la pratique : voir l'aversion	250
6. Feed-back de la pratique à domicile :	
lune de miel et dur labeur	253
7. Feed-back du calendrier des Événements Désagréables	256
8. Les pensées négatives automatiques et les symptômes de la dépression : s'approprier le territoire de la maladie	257
9. Adopter un angle différent	261
10. Prendre 3 minutes d'espace de respiration pendant la séance	262
11. La marche en pleine conscience	264
12. Fin de la séance	265

CHAPITRE 12 Les périodes de feed-back :

la pratique du dialogue exploratoire	273
1. Dialogue exploratoire : objectifs et intentions	275

2. Par où commencer ?	277
3. Comment mener le dialogue exploratoire :	
les qualités à incarner	279
3.1. Curiosité et intérêt véritables et chaleureux	279
3.2. Être dans l'inconnu	280
4. Comment mener le dialogue exploratoire :	
questions pratiques	282
4.1. Accepter que tous les sujets de la discussion	
ne soient pas nécessairement abordés	282
4.2. Encourager l'expression d'expériences diverses	283
4.3. Trouver un juste équilibre entre le programme	
et les réponses aux différentes réactions du groupe	283
4.4. Changer le foyer d'attention au cours du programme	283
4.5. Faire confiance à ce qui émerge	284
4.6. Comment apprendre	284
4.7. Les types de questions posées	
pendant le dialogue exploratoire	284
5. Un questionnaire fructueux, « couche après couche »	285
5.1. Étape 1. Faire l'expérience directe des choses	285
5.2. Étape 2a. Analyser la « prise de conscience »	
directe dans le contexte personnel d'un participant	286
5.3. Étape 2b. Explorer l'intégration de l'apprentissage	
des couches 1 et 2 dans un contexte plus large	
de compréhension	287
5.4. Étape 3. Inviter à poursuivre l'exploration	287
6. Quelques remarques en guise de conclusion	291

CHAPITRE 13 Laisser être et lâcher prise.

Séance 5	293
1. Cultiver une relation différente avec l'expérience	294
1.1. En quoi consiste la notion d'acceptation/permission	
/lâcher prise ?	296
1.2. Pourquoi est-il important de cultiver l'acceptation	
/permission/lâcher prise ?	297
1.3. Comment cultiver et utiliser l'acceptation/permission	
/lâcher prise ?	298
2. Amener volontairement à l'esprit les problèmes	
et les situations difficiles	299
3. Une telle attitude est difficile	303
4. Travailler par le biais du corps	305

5. S'agit-il d'« acceptation » ou d'une façon intelligente de trouver des solutions ?	308
6. Les espaces de respiration	309
7. Un mot d'avertissement	310
8. La pleine conscience et les douleurs chroniques	312
9. En conclusion	313

CHAPITRE 14 Les pensées ne sont pas des faits.

Séance 6	319
----------	-----

1. La gestion des pensées dans la thérapie cognitive et dans la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	320
2. Considérer les pensées comme des pensées	322
3. Se tenir derrière la chute d'eau	325
4. Voir le « film qui se déroule dans notre mental » pour ce qu'il est	329
5. Feed-back de la pratique à domicile	330
6. Quand le contexte, les humeurs et les pensées s'entendent pour cacher les autres perspectives possibles	332
7. Les dispositions de l'esprit	333
8. Dans ce cas, en quoi consiste l'étape suivante ?	334
9. Entretenir un « rapport différent avec les pensées » ne se limite pas à simplement répondre à ces pensées	336
10. Identifier la signature de la rechute dépressive	338
11. Se préparer au futur	340

CHAPITRE 15 Une journée de pratique de pleine conscience

1. La question plus large du suivi une fois le programme MBCT terminé	349
	353

CHAPITRE 16 « Comment puis-je au mieux prendre soin de moi ? ».

Séance 7	357
----------	-----

1. L'importance de l'action dans la gestion de la dépression	358
2. Prendre soin de soi	360
3. L'histoire d'Anna	362
4. Remarquer les liens entre activité et humeur	364
5. Les actions à réaliser quand l'humeur se détériore	365

5.1. Une gestion habile du quotidien	365
5.2. Changer d'activités : viser maîtrise et plaisir	367
5.2.1. Allonger la liste	367
5.2.2. Comment utiliser ces listes au quotidien ?	368
6. L'espace de respiration : ajout de l'étape « passage à l'action »	368
7. Quelques suggestions pour passer à l'action lors d'une baisse de moral	369
8. Plan d'action pour faire face à la menace d'une rechute	370
9. Utiliser la pratique à domicile pour se préparer à la fin du programme	371
 CHAPITRE 17 Exercer et élargir les compétences nouvellement acquises. Séance 8	 379
1. Boucler la boucle	381
2. Plan d'action de prévention de la rechute	383
3. Regarder en arrière	385
4. Regarder en avant	388
5. Se donner une raison de maintenir la pratique	390
6. Des bénéfices imprévus	391
7. Fin de la séance	393
 CHAPITRE 18 Reprise. Les trois minutes d'espace de respiration : la charpente du programme MBCT	 397
1. Structure schématique générale des trois minutes d'espace de respiration	398
2. Les trois minutes d'espace de respiration comme charpente du programme de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	400
2.1. Une nouvelle entrée	401
2.2. La porte du corps	402
2.3. La porte du mental	403
2.4. La porte de l'action habile	403

PARTIE III

Évaluation et dissémination

CHAPITRE 19 La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience mise à l'essai	407
1. Le pouvoir de la randomisation	408
2. Les essais randomisés contrôlés et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	409
2.1. Le premier essai clinique de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	410
2.1.1. Le déroulement de notre essai clinique	410
2.1.2. Quelle découverte avons-nous faite ?	411
2.1.3. Pourquoi la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience n'aidait-elle pas les patients ayant précédemment connu moins de trois épisodes dépressifs ?	414
2.2. La suite des essais cliniques de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	416
3. Quelle protection la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience procure-t-elle en comparaison avec les antidépresseurs ?	417
4. Méta-analyse, thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et prévention des rechutes	419
5. Étendre la portée de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience au-delà de la rechute dépressive	421
CHAPITRE 20 Les indicateurs de l'efficacité thérapeutique de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	423
1. Les changements induits par la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	425
2. Action de la pratique de la pleine conscience sur le cerveau	430
3. Entraîner le cerveau pour mieux le changer	431
4. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et l'expression neurale de la tristesse	432

CHAPITRE 21 De la théorie à la pratique : ressources pour les instructeurs de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et leurs patients	437
1. Débuter votre propre pratique de la pleine conscience	438
2. Lignes directrices pour la formation des instructeurs en thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	439
3. Fournir des ressources à nos patients	440
Épilogue	443
Notes	445
Index	455

Cultiver la pleine conscience

La Mindfulness ou méditation de pleine conscience consiste à se focaliser sur l'instant présent. Ses effets positifs sur la santé et sur l'équilibre mental sont reconnus par de nombreuses études.

Les meilleurs théoriciens de cette méthode vous la font découvrir dans ces ouvrages et vous guident pour une pratique quotidienne source de bien-être et d'épanouissement.



9782807321632 • 14,95 €



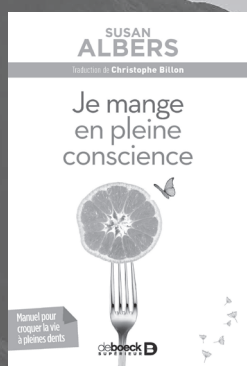
9782807319011 • 14,95 €



9782807305700 • 14,95 €



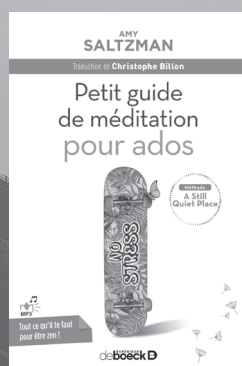
9782807307896 • 14,95 €



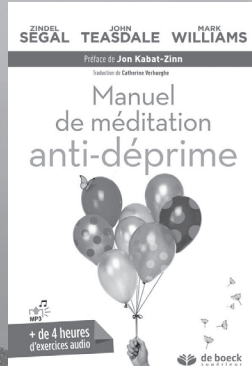
9782807305472 • 19,95 €



9782807302464 • 14,95 €



9782807315945 • 19,95 €



9782807302761 • 19,95 €

” Le manuel le plus précis et détaillé pour utiliser la Mindfulness avec les patients dépressifs.

Christophe André

En France, l'Agence nationale de santé publique estime à près de 9 millions les personnes qui ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie, soit une personne sur sept. Dans 50 à 80 % des cas, un premier épisode dépressif sera suivi d'une rechute. Pourtant, face à ce qui semble une fatalité, les programmes basés sur la pleine conscience ont fait preuve d'une efficacité prouvée par la recherche.

Cliniciens reconnus, méditants expérimentés et chercheurs de premier plan, Z. Segal, M. Williams et J. Teasdale ont conçu un programme en huit séances, éprouvé scientifiquement, qui intègre la pleine conscience à l'approche cognitive (MBCT). La personne dépressive apprend, à travers de nombreux exercices, à changer sa relation aux pensées, sentiments et sensations corporelles et à éviter la spirale qui la fera retomber dans la dépression.

Destiné à tous les psychothérapeutes et professionnels de la santé mentale confrontés à la rechute dépressive, ce manuel, première étape dans leur parcours de formation à la MBCT, décrit les bases théoriques de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et propose un descriptif de chaque séance du programme enrichi de plus de 10 années d'expérience. Riche de nombreux témoignages, fiches techniques et documents de travail pour instructeurs et participants, voici un incontournable du domaine thérapeutique, un outil pour soulager bien des souffrances...

→ 5 h d'exercices audio téléchargeables

→ Plus de 40 documents imprimables

→ Un programme détaillé pas-à-pas

Zindel Segal, Mark Williams et John Teasdale sont tous trois docteurs en psychologie. Enseignants et chercheurs (États-Unis et Europe), ils sont également membres fondateurs de l'*Academy of Cognitive Therapy*.

Christine Michaux est docteur en linguistique de l'Université Libre de Bruxelles. Elle enseigne la traduction à l'Université de Mons et pratique la pleine conscience au quotidien.

Lucio Bizzini, Guido Bondolfi et Claude Maskens, spécialistes reconnus de la pleine conscience, ont assuré la révision scientifique du texte.

ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-1342-2



9 782807 313422

deboeck
S U P É R I E U R **B**

www.deboecksuperieur.com