Mémoire pour le Diplôme Universitaire de Thérapie comportementale et Cognitive

Université Paris 5 René Descartes

Universités de Paris

Année universitaire 2021-2022

La MiCBT une nouvelle approche

des

Interventions basées sur la pleine conscience

Différences et similarités de 3 thérapies

Présenté en Novembre 2022

par

Rima Tarabay

Sous la direction de

Dr. Christine Mirabel-Sarron

Table des matières

Introduction

Chapitre I : La Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)…….p.5

1. Définition
2. Contenu
3. Indications
4. Contre-indications
5. Les résultats des études principales

Chapitre II : La Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)……p.8

1. Définition
2. Contenu
3. Indications
4. Contre-indications
5. Les résultats des études principales

Chapitre III : La Mindfulness integrated Cognitive Behavioural Therapy (MiCBT)…….p.12

1. Définition
2. Contenu
3. Indications
4. Contre-indications
5. Les résultats des études principales

Chapitre IV : Similitudes et différences entre MBSR, MBCT et MICBT……..p.33

Chapitre V : Discussion générale……p.36

Conclusion

Introduction

A partir des années 90 les thérapies dites de la 3ème vague commencent à émerger en introduisant la notion de l'acceptation, de la recentration sur soi et de la pleine conscience. La méditation liée au Boudhisme pratiquée dans sa forme originale de Vipassana[1] depuis 2500 ans fait son apparition dans les approches thérapeutiques. Les interventions basées sur la pleine conscience, la MBI, Mindfulness based interventions, intègrent dans leur approche auprès des patients des méditations formelles ou et des méditations informelles de la pleine conscience par des exercices, des métaphores, des histoires…Certaines gardent la triade : pensée, émotion, comportement, comme ligne de base dans les approches thérapeutiques. Au lieu de tenter de changer le comportement qui pose un problème, elles mettent en place un apprentissage en favorisant chez le patient l'acceptation. *Avec ces approches on vise l'observation des pensées sans chercher à les modifier, même si elles sont biaisées et dysfonctionnelles* [2] Cette phase d'acceptation liée à la démarche de la pleine conscience est l'un des piliers des thérapies de la 3ème vague.

L'intégration de la pleine conscience en milieu hospitalier a été introduite pour la 1ère fois par Dr. Jon Kabat-Zinn en 1979 au Massachusetts où il a fondé et dirigé la clinique de la réduction de stress basée sur la pleine conscience MBSR (Mindfulness based stress reduction). Il a été l'un des pionniers de la pleine conscience expérimentée en milieu thérapeutique en santé mentale. L'éveil à la pleine conscience est un : « *Etat de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment par moment* » (Kabat-Zinn)[3].

Vers les années 1990, Dr. Zindal Segal pionnier de la pleine conscience en milieu psychiatrique élabore avec Dr. Mark Williams et Dr. John Teasdale**,** un programme pour la prévention de la rechute dépressive combinant pleine conscience et thérapie comportementale cognitive. La Thérapie cognitive basée sur la peine conscience MBCT (Mindfulness based cognitive therapy).

Dr. Marsha Linehan met en place la thérapie dialectique de comportement (DBT), pour les patients qui présentent des idées et des comportements suicidaires.

---

[1] Est l'une des plus anciennes techniques assises de méditation en pleine conscience enseignée par le Bouddha depuis 2500 ans

[2] « La thérapie cognitivo-comportementale » Louis Chaloult. Edition Gaëtan Morin 2008

[3] Mirabel Sarron C. & Vera L. 2012 op.cit. p.192

La DBT est une thérapie intégrative qui comprend des éléments des thérapies comportementales et cognitives ainsi qu'un entrainement à la pleine conscience qui permet de mieux percevoir les montées de stress et réguler les émotions.

Dr Steven Hayes, démarre la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) (Acceptance and commitment therapy) qui est une approche transdiagnostique qui favorise la flexibilité en accompagnant chaque patient à volontairement accepter ses émotions/pensées négatives pour avancer vers ce qui compte vraiment pour lui, en fonction de ses contextes de vie.

Vers les années 2000, la thérapie métacognitive a été développée par l'équipe du Dr. Adrian Wells de l'Université de Manchester (Angleterre) La thérapie suggère de rencontrer les pensées avec une « pleine conscience détachée ». Elle est proposée pour les patients souffrant de dépression.

En 2009 Dr. Bruno Cayoun, directeur de la « MICBT Institute » qu'il a mis en place en Australie, développe la thérapie cognitive comportementale basée sur la pleine conscience, la MICBT ; Mindfulness integrated Cognitive Behavioural Therapy. C'est une approche transdiagnostique thérapeutique individuelle ou de groupe en quatre étapes, qui intègre la pleine conscience et des principes de base de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

Prenant sa source dans la MBCT, la MBRP[4] : (Mindfulness-Based Relapse Prevention) fait partie des thérapies spécifiques qui ont été mises en place ces dernières années. La MBRP s'adresse aux patients présentant une addiction avec ou sans substance ». Selon des études la MBRP est une prise en charge efficace dans le traitement des troubles de l'usage de l'alcool pour les adultes.

La pleine conscience faisant ses preuves dans les approches thérapeutiques, des psychologues se sont interrogés sur le rôle qu'elle pourrait tenir en thérapie individuelle. A titre d'exemple le livre « Sitting together » de Pollack et collaborateurs (Pollack, Pedulla et Siegel, 2014).

Nous avons choisi de développer dans les pages suivantes trois thérapies de la MBI, La MBSR, la MBCT et la MICBT car elle suivent toutes les trois un programme structuré hebdomadaire avec des instructions précises données aux patients et des exercices et des pratiques à faire entre les sessions. Nous parlerons plus en détails de la MiCBT qui est la plus récente et nous allons tenter de mettre en lumière la similarité et la différence des trois.

---

[4] Thérapie brève de prévention de la rechute des addictions basée sur la méditation de pleine conscience. C'est thérapie brève de 8 semaines où le patient participe une fois par semaine pendant deux heures à un groupe de 8 à 10 personnes

Chapitre I : La Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

Dr Jon Kabat- Zinn, MD, PhD est professeur émérite de médecine à l'école de médecine de l'Université de Massachusetts où il a fondé en 1979 sa clinique de la réduction du stress basée sur la pleine conscience MBSR (Mindfulness based stress reduction). En 1995 il a mis en place le centre de la pleine conscience en médecine et en santé publique. Depuis 2000 il s'est retiré de la présidence du centre médical qui est aujourd'hui sous la présidence du Dr. Saki Santorelli. Il est l'auteur de plusieurs livres sur la pleine conscience ainsi que son application en milieu médical et santé mentale. C'est surtout à partir de sa pratique et l'acquisition d'une certaine philosophie de vie que John Kabat-Zinn met en place le programme de MBSR en milieu hospitaliser. Cela implique une pratique quotidienne de la méditation inspirée du bouddhisme. Dans son livre « Où tu vas, tu es » [5] Il partage l'expérience de sa pratique pour aider le lecteur à cultiver, le non –agir, la patience, le lâcher prise, la bienveillance, la confiance en soi, la générosité, la concentration. Etre soi-même et se simplifier la vie pour vivre en harmonie avec soi-même et le monde.

1. Définition

Le programme MBSR est un programme qui s'étale sur 8 semaines. Il enseigne aux participants durant des sessions hebdomadaires d'une durée de deux heures et demie, plusieurs pratiques faites en groupe. Des méditations formelles comme la méditation allongée du balayage corporel, la méditation assise de la concentration sur le souffle, des exercices de yoga... Les patients à l'aide de support audio doivent pratiquer à domicile les exercices faits durant les séances. Ces exercices sont mis en place pour aider les patients à atténuer leur douleur, leur stress. Les exercices de yoga peuvent favoriser la relaxation et le lâcher-prise.
Les méditations formelles apprennent à être à l'écoute de son corps et à cultiver la concentration. Les méditations informelles à être dans le moment présent à chaque moment de la journée, durant des tâches quotidiennes, comme pendant que l'on mange ou qu'on s'habille...Durant les séances il y a un retour sur les expériences et un partage au niveau du groupe. Les difficultés à mettre en place ces pratiques entre chaque séance sont partagées. C'est ce partage qui fait partie intégrante de la thérapie. Les participants sont encouragés à

[5] « Ou tu vas, tu es » John Kabat-Zinn 2012 Editions JC Lattès

explorer leur expérience pendant les séances et entre les sessions avec une attitude de curiosité et de bienveillance.

2. Contenu

Le programme MBSR est composé de 8 séances collectives hebdomadaires de 2h30. Une séance d'orientation précède les 8 semaines durant laquelle le programme est expliqué aux patients permettant ainsi un échange avant le début du programme. Un entretien individuel peut aussi être proposé. La première et la dernière séance durent chacune 3h. Il y a une journée de pratique intensive qui est programmée entre la 6ème et la 7ème séance. Chaque séance a un thème et le patient doit, entre chaque semaine, pratiquer les méditations, les exercices de yoga et autres tâches, initiées durant la séance par un instructeur qui n'est pas obligatoirement un professionnel de santé.

La 1ère séance porte sur la motivation à cultiver la pleine conscience. Plusieurs pratiques seront initiées pour aider le patient à aller au-delà du pilotage automatique : l'exercice du raisin, le yoga debout, le scan corporel. L'exercice du raisin apprend à utiliser les 5 cinq sens : le toucher, l'oui, l'odorat, la vision et le goût (qu'on retrouvera dans la MBCT). Cet exercice est majeur dans le début de l'apprentissage à la pleine conscience, être dans le moment présent à partir des sens. Le scan corporel sera le 1er exercice de pratique de la méditation allongée, se concentrer sur les différentes parties de son corps en prenant conscience de la présence des pensées et des sensations physiques.

La 2ème séance apprend à discerner les différentes dimensions à l'expérience (cognitif, affectif, corporel).

La 3ème séance consolide la conscience du présent par le balayage corporel, le yoga et l'ancrage du souffle. Elle permet de cultiver la patience et la bienveillance pour apprivoiser les difficultés liées à la pratique.

La 4ème séance introduit la compassion et l'acceptation dans la pratique.

La 5ème séance aide à discerner l'impact des différents moyens de gérer le stress sur la santé et le bien-être : choisir comment répondre au lieu de réagir, envers soi et les autres.

La 6ème séance focalise sur les relations interpersonnelles et les modes de communication et la capacité à la résilience. La demi-journée de retraite porte sur l'approfondissement de la pratique formelle et informelle pour apprendre à s'approprier la démarche.

La 7ème séance revient sur la demi-journée de retraite avec une discussion en petits et grands groupes sur les pratiques. Elle motive à débuter et terminer ses journées avec une prise de conscience de son environnement interne et externe.

La 8ème Séance comprend la redécouverte du balayage corporel, écrire une lettre à soi, choisir une pratique formelle et une pratique informelle à faire au cours des prochaines semaines. Remarquer la présence du souffle comme moyen de se reconnecter pour être présent dans l'instant.

3. Indications

Le programme MBSR a été mis en place depuis plus de 40 ans pour les personnes souffrants de douleurs chroniques, « *qui avaient atteint les limites de ce que la médecine moderne pouvait leur proposer pour soulager leur souffrance*[6] ». Ce protocole fait depuis lors l'objet d'un grand nombre de recherches scientifiques.

4. Les contre-indications

Le programme MBSR est contre-indiqué aux patients en dépression aiguë, troubles bipolaires non stabilisés, syndrome post traumatique de stress, attaques de panique récurrentes, troubles psychotiques, dépendance à des substances psychoactives.

5. Les résultats des études principales

Les recherches ont été menées de 1979 à 2002 sur l'utilisation et les effets du protocole MBSR sur le cerveau et son traitement des émotions notamment en situation de stress, sur le système immunitaire, sur les femmes atteintes d'un cancer du sein, les hommes atteints d'un cancer de la prostate, les patients subissant une greffe de la moelle osseuse et les détenus et le personnel pénitentiaire. Dans des contextes multiculturels et sur le stress dans des entreprises et environnement divers. Par ailleurs, dans une étude[7] de Stanford University en 2010, sur un échantillon de 16 patients ayant des symptômes d'anxiété sociale selon les critères de DSM-V, il a été montré que les 14 personnes qui ont suivi le programme MBSR ont eu une réduction des symptômes de l'anxiété, de la dépression et ont regagné une meilleure estime en eux.

---

[6] « Les interventions basées sur la pleine conscience » Andréanne Elie, Sébastien Nguyen, Thanh-Lan NgôÉditeur: Thanh-Lan Ngô–psychopap 2019

[7] Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010 Feb;10(1):83-91. doi: 10.1037/a0018441. PMID: 20141305; PMCID: PMC4203918.

Chapitre II : La Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

Dr. Zindel Segal est psychologue et professeur émérite de psychologie des troubles de l'humeur à l'université de psychiatrie à Toronto. Il est un des fondateurs de la thérapie cognitive basée sur le pleine conscience MBCT (Mindfulness based cognitive therapy). En 1995 avec ses collègues Dr. Mark Williams et Dr. John Teasdale ils combinent l'apprentissage de la pleine conscience à quelques outils de la thérapie cognitive de Beck pour proposer le programme de la MBCT comme intervention de prévention de la rechute dépressive » [8]

1. Définition

C'est à partir d'observations cliniques que Dr. Z. Segal et ses collègues constatent que les patients déprimés sont vulnérables aux rechutes à cause de la manière dont ils traitent l'information. Les patients ayant présenté plusieurs épisodes dépressifs ont des états émotifs plus ou moins négatifs légers ou transitoires. Leurs cognitions : ruminations, appréhensions négatives du future, attributions personnelles inadéquates…liées à leur période dépressive peuvent être facilement réactivées.

La MBCT a pour but d'enseigner aux patients une alternative à la rumination, par l'apprentissage de la pleine conscience et la décentration.

Le programme MBCT est un programme de soins, qui comprend l'enseignement de différents outils de pleine conscience et des exercices de cognition durant 8 semaines. Il est transmis en groupe de 8 à 12 personnes. C'est un programme hebdomadaire de deux heures chaque séance. Au programme l'apprentissage à la méditation, aux techniques cognitivo-comportementales qui permettent d'illustrer la relation entre les pensées, les activités et les émotions et de la psychoéducation concernant la dépression. Une séance au préalable en individuel est nécessaire pour jauger de la possibilité du patient à intégrer le groupe. Des exercices entre chaque séance doivent être faits par les patients adhérents au groupe. Durant les séances il y a chaque fois un partage entre les patients sur leurs expériences, leurs difficultés ou non dans la pratique faite durant les séances et à la maison.

---

[8] « Mener une démarche de pleine conscience » C. M. Sarron et al. Editions Dunod 2018 2ème édition 2021.

Ce partage d'expériences sans jugement et avec bienveillance est excessivement important dans le processus de soin des 8 semaines du programme.

2. Contenu

Le programme MBCT[9] comporte deux parties, chacune de quatre séances une par semaine. La première partie regroupe des séances concernant un apprentissage permettant au patient de « Faire attention à tout moment » et la deuxième partie concerne « La gestion de l'humeur »

La 1ème partie débute par une première séance sur le thème « Au-delà du pilotage automatique » c'est la toute 1ère expérience du patient avec la pleine conscience qui se fera à partir de deux pratiques l'une informelle et l'autre formelle. Le patient durant cette 1ère séance apprend à activer sa curiosité, à se concentrer dans le moment présent et à prendre conscience de la volatilité de l'esprit.

La 2ème séance combine l'approche cognitive avec celle de la pleine conscience. Elle porte sur le thème « Vivre dans sa tête ». Elle comprend plusieurs exercices entre autre celui où le thérapeute raconte « une scène qui se déroule dans la rue où le patient est un des sujets de cette histoire ». Il est demandé aux patients quelles sont leurs émotions et leurs pensées à ce vécu dans l'imaginaire. Le calendrier des évènements agréables est proposé et doit être fait une fois par jour durant une semaine. Il sera demandé aux patients de le partager dans le groupe pour la prochaine séance.

La 3ème séance est de « Rassembler l'esprit dispersé ». Des exercices sont mis en place pour permettre de revenir délibérément sur l'ici et le maintenant. Le souffle et le corps sont au cœur de cet apprentissage comme moyen permettant de se concentrer dans le moment présent. Durant cette séance il est demandé au patient de remplir pour la semaine suivante les évènements désagréables.

La 4ème séance qui clôture la 1ère partie aide le patient à « Reconnaître l'aversion ». Apprendre au patient à être plus conscient des pensées, des sentiments et des sensations. Il est expliqué au patient le processus de l'aversion qui peut mener à l'évitement par un texte distribué en début de séance. La psychoéducation est un des outils utilisé dans le programme.

---

[9] Dr Christine Mirabel Sarron mise en pratique du programme MBCT

La 1ère partie a pour objectif : que le patient puisse comprendre que les pensées ne sont pas des faits, ainsi que l'apprentissage à pouvoir rester dans le moment présent.

La deuxième partie qui est celle de la Gestion de l'humeur débute par la 5ème séance celle de « Laisser-être et lâcher-prise ». Le patient arrive à repérer le vagabondage de son esprit. Il arrive à ramener son attention sur le présent. Il doit commencer à développer une relation différente à l'expérience dans une attitude d'acceptation et de non jugement : « Permission, acceptation, lâcher-prise »

L'objectif est d'apprendre aux patients de cultiver l'acceptation de ce qui est difficile et désagréable. Le patient pratique durant la séance des méditations à plusieurs focus c'est à dire qui comprennent plusieurs tâches qui peuvent être de se concentrer sur le souffle, les sensations physiques, puis sur les sons. Cela peut être aussi d'imaginer par exemple une montagne, comment est elle dans les différentes saisons, puis de faire une action toujours dans l'imaginaire de cette balade en montagne. Chaque méditation correspond au thème de chaque séance.

La 6ème séance revient sur « Les pensées ne sont pas des faits » La pratique de la méditation apprend au patient à recentrer son attention sur la respiration et sur le moment présent. Pendant la pratique, des pensées et des images traversent l'esprit, accepter de les laisser passer pour se concentrer sur la respiration permet une sorte de distanciation vis à vis de ces pensées et permet de les appréhender d'une autre manière. Apprendre au patient de constater que les humeurs négatives sont des états d'esprit passagers. Une 2ème scène qui se déroule au travail est racontée aux patients et comme pour la 1ère scène, le patient est un des acteurs et il lui est demandé de réagir sur son vécu. C'est un exercice qui permet de prendre conscience de l'humeur, des pensées et des autres perspectives possibles.

La 7ème séance porte sur « Comment puis-je au mieux prendre soin de moi ? » Durant cette séance il est demandé au patient d'écrire les exercices d'une journée type et d'écrire à côté de chaque activité, la lettre « N » si elle est nourrissante et la lettre « E » si elle est épuisante. Ensuite il faut évaluer l'équilibre entre les « N » et les « E » et réfléchir par la suite sur les facteurs qui peuvent transformer une même activité tantôt en « N » tantôt en « E ».

La 8ème séance et dernière séance souligne l'importance de pratiquer régulièrement la pleine conscience qu'elle soit une pratique informelle ou formelle. Il est demandé aux patients de se mettre en groupe de 3 ou 4 pour réfléchir sur quelle pratique à mettre en place et les moyens

qu'ils mettront pour la faire. C'est la séance où il faut réfléchir sur comment « Exercer et élargir les compétences nouvellement acquises »

3. Indications [10]

La MBCT a été indiquée initialement dans le cadre de la prévention des rechutes dépressives. Elle est conseillée depuis quelques années pour les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles bipolaires, les troubles obsessionnels compulsifs, l'insomnie.

4. Contre indications

Les patients souffrants de dépression en phase aiguë, troubles bipolaires non stabilisés, troubles de l'attention, séquelles psychologiques d'abus physiques émotionnels ou sexuels, dissociations, attaques de panique récurrentes, troubles psychotiques aigus

5. Les résultats des études principales

La méta-analyse de *Chiesa & Serretti*, *2011*, a montré que le programme M.B.C.T a prouvé son efficacité dans la prévention des rechutes, dans la diminution de la symptomatologie dépressive et les troubles bipolaires.

La MBCT semble être particulièrement efficace chez les patients ayant des antécédents d'au moins trois épisodes de trouble dépressif majeur et particulièrement chez les patients qui sont sujets à la rumination mentale (Teasdale et al., 2000).

Une méta-analyse a révélé que le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs était un facteur prédictif significatif du résultat (Piet et Hougaard, 2011).

[10] « Mener une démarche de pleine conscience » C. M. Sarron et al. Editions Dunod en 2018, seconde édition 2021

Chapitre III : La Mindfulness integrated Cognitive Behavioural Therapy (MiCBT)

Dr. Bruno Cayoun est psychologue clinicien psychothérapeute. Il a développé une approche thérapeutique dite de la 3ème vague intégrant la méditation et plus précisément la « mindfulness ». La MiCBT (Mindfulness-integrative Cognitive Behaviour Therapy) est une approche thérapeutique qui combine méditation en pleine conscience et thérapie comportementale cognitive. Bruno Cayoun a une formation en thérapie comportementale cognitive et une pratique de la méditation en pleine conscience depuis 1989. Il a pris des cours intensifs en Vipassana en France, au Népal, en Inde et en Australie.

Son premier livre a été publié en 2011 pour la pratique de la MiCBT. La M.I.C.B.T a pour objectif d'augmenter le bien–être et le développement personnel à partir de la combinaison de la méditation traditionnelle du Vipassana et de la thérapie comportementale cognitive. Il est le directeur de la « MiCBT Institute » qu'il a mis en place en Australie. L'institut fournit des formations en MiCBT aux différents professionnels et services de santé mentale en Australie, Nouvelle Zélande, Irlande, Canada, Mexique, Etats Unis et en Asie du Sud-Est.

1. Définition

La MiCBT est un programme de 8 à 12 semaines qui comprend 8 à 12 sessions qui peuvent être faites en groupe ou en individuel exclusivement avec des professionnels de santé mentale. Cette approche est transdiagnostique intégrant la conscience métacognitive, le discernement et la régulation de nos pensées et émotions. Le fondement théorique de la MiCBT est le "Modèle de Renforcement par Co-émergence", qui stipule que les êtres humains ne réagissent pas directement aux stimuli. Ils réagissent en fonction de ce que leurs pensées leur font ressentir dans le corps. En conséquence, la MiCBT entraîne les patients à devenir plus conscients des sensations corporelles et à prévenir la réactivité conditionnée qui s'est produite au fil du temps.

Une attention particulière est portée à l'interaction réciproque et continuelle des pensées et de l'intéroceptivité (ressenti des sensations corporelles) qui sert de mécanisme conduisant à l'évitement des situations déplaisantes, ainsi qu'à l'avidité d'expériences agréables.

La MiCBT a été développée afin de traiter un large éventail de troubles psychologiques. Elle a été testée en situation clinique entre 2001 et 2003 avec des groupes et des patients individuels ayant des problèmes dans la gestion de leur colère et de leur anxiété, des symptômes de dépression, douleurs chroniques, trouble obsessionnel compulsif, trouble de stress post-traumatique, phobies, dépendances, et problèmes psychosomatiques.

C'est une approche en quatre étapes. Il a fallu 3 ans pour tester les 4 stades. Durant 13 ans l'approche a pu ainsi être modifiée et rendue plus efficace grâce aux retours de professionnels, de patients et d'études empiriques. Ce programme permet l'apprentissage de la méditation telle que pratiquée il y a 2500 ans en utilisant la psychologie occidentale pour aider à changer des pensées et des réactions émotionnelles inadaptées.

Les quatre stades dans cette approche intégrative :

1- Le premier est celui de l'apprentissage à la méditation. Apprendre à ressentir les sensations dans son corps et à être équanime (égalité d'humeur, sérénité, flegme) afin de les accepter sans réagir, qu'elles soient agréables ou désagréables. Cette 1ère étape varie entre 3 et 4 semaines en fonction des patients. Apprendre à ressentir son corps aidera à reconnaître ses pensées et ses émotions et à les accepter pour les laisser passer. Ainsi le patient apprend à réduire l'emprise que ses pensées et ses émotions ont sur son comportement. L'effet transdiagnostique de cet apprentissage a été démontré par études empiriques.
2- Le deuxième stade consiste à faire usage des compétences acquises durant le 1er stade pour ne plus éviter les situations inconfortables de la vie quotidienne.
3- Le troisième stade aide à développer une meilleure interaction et communication dans les situations interpersonnelles stressantes et apprend à ne plus réagir en fonction des réactions des autres avec des exercices à mettre en place au quotidien.
4- Le quatrième stade est l'apprentissage à la bienveillance vis à vis de soi-même et des autres, avec des actions précises qui concernent l'éthique à mettre en pratique dans la vie quotidienne.

2. Contenu

Un entretien préalable au début du programme est mis en place avec le patient durant lequel le professionnel de santé jaugera de la possibilité du patient à intégrer le programme ou pas. Le patient sera amené à signer un contrat thérapeutique qui servira de feuille de route et

de garantie du patient à s'engager dans cette thérapie. Dans le contrat, il faut spécifier au moins trois problèmes de comportement que le patient veut changer (voir annexe). Pour chaque problème le patient inscrit ce à quoi il s'attend si la thérapie est effective en spécifiant les indicateurs de succès, les possibilités, les moyens et le temps dédiés qui seront nécessaires pour atteindre l'objectif de départ. Le patient s'engage à effectuer toutes les tâches requises pour atteindre ces objectifs thérapeutiques (ex : pratique de méditation deux fois par jour et exercices de TCC).

Les quatre stades varient de semaine en semaine au niveau de la temporalité en fonction du rythme de chaque patient. Pour passer aux sessions suivantes il faut que le patient ait pu avoir le temps de vivre pleinement et qu'il ait pu assimiler chacun des stades sur le plan expérimental. Chaque stade a des supports audio et des exercices spécifiques auxquels le patient a accès soit par le psychothérapeute soit par les supports inclus dans le livre du Dr B. Cayoun « Mindfulness-integrated CBT for Well-Being and Personal Growth » et via les sites en ligne.

Le programme MiCBT

1 : Stade personnel (régulation intrapersonnelle) : 3 ou 4 semaines

2 : Stade de l'exposition (régulation comportementale) : 2 semaines ou plus

3 : Stade de l'interaction (régulation interpersonnelle) : 2 semaines ou plus

4 : Stade de l'empathie & la compassion (régulation trans-personnelle) : 2 semaines ou plus

1- <u>Le premier stade est celui de l'étape personnelle : il varie entre 3 ou 4 semaines</u>

Semaine 1 : En individuel ou en groupe, le premier stade débute par la relaxation. Si le patient est tendu et qu'il ne peut commencer toute de suite par la semaine de la méditation le thérapeute suggère la relaxation de Jacobson[11] de tout le corps mais en version courte de 14 minutes. Un audio de la relaxation guidée est à la disposition du patient. Le patient apprend à faire attention systématiquement à la posture de son corps dans la vie quotidienne, les mouvements de son corps dans le moment présent et les exercices de relaxation des muscles

[11] *Elle a été mise en place par Edmund Jacobson à partir de 1938. Le patient s'entraîne à observer ses schémas de tensions de chaque membre de son corps et à les relâcher, guidé en un premier temps par le thérapeute*

tendus. L'observation de son corps dans le moment présent permettra de voir le corps comme un corps et non pas comme soi-même. Cela permet au patient d'ancrer son attention dans le moment présent tout en se relaxant et en devenant plus conscient de ses expériences psychosomatiques. Cela conduira aussi à réduire le jugement du corps, par exemple comme beau ou laid. Le patient en fera l'apprentissage matin et soir durant une semaine. Toutes les activités faites par jour doivent être inscrites (voir annexe) et le patient doit mettre en pourcentage combien d'efforts il a investi dans sa pratique du jour. Les activités de chaque semaine sont revues avec le professionnel de santé. Dans le cas où le patient n'a pas besoin de relaxation, il peut passer directement à la semaine de l'apprentissage à la méditation en pleine conscience.

Semaine 2 : La première méditation en pleine conscience consiste à se concentrer sur la respiration qui passe naturellement par les narines, sans la contrôler, tout en surveillant les pensées qui s'immiscent spontanément dans la conscience. Une fois qu'une pensée a été détectée, les patients la reconnaissent pour ce qu'elle est (juste une pensée), inhibent leur réaction conditionnée aux pensées en ne s'engageant pas dans la pensée et redirigent immédiatement leur attention sur la respiration. Cette méthode régule l'attention en améliorant trois fonctions exécutives : (1) l'attention soutenue avec la mémoire de travail, (2) l'inhibition du comportement et (3) la flexibilité de l'attention. Cette méthode permet la prévention des ruminations, des idées obsessionnelles et catastrophiques.

Apprendre à se concentrer est aussi une compétence prérequise pour la méthode suivante. L'apprentissage de cette méditation nécessite 20 minutes de pratique avec instructions audio, suivie par la même méditation mais en silence de 10 à 12 minutes. Le patient doit pratiquer une demi-heure le matin et une demi-heure l'après-midi ou soir et doit inscrire ses activités dans son carnet hebdomadaire.

Semaine 3 : Ayant développé une concentration suffisante et une meilleure capacité de régulation de l'attention pendant cette première semaine, (la deuxième ou troisième semaine) la 3ème semaine concerne la régulation des émotions. C'est l'apprentissage de la méditation sur les sensations corporelles, où le patient place son attention partie par partie avec des points d'attention de 5 à 8 centimètres de diamètre en cultivant ce qu'on appelle « l'équanimité » avec instructions audio. L'équanimité est un état mental et émotionnel en équilibre, une sérénité et égalité d'humeur où il n'est pas nécessaire de réagir automatiquement à des stimuli internes ou externes. Cette méthode permet au patient de dissocier les sensations corporelles

de la réactivité, et de les réassocier à la sérénité. Néanmoins, il est demandé au patient de ne pas passer à la méditation sur les sensations corporelles avant d'être à l'aise avec la méditation sur la respiration et d'être capable de rester concentré pendant au moins 30 secondes sur la respiration sans être pris dans ses pensées.

Semaine 4 : Dans la deuxième semaine de balayage corporel, la pratique est en silence complet, sans support audio, de façon plus rapide et avec une forte détermination de ne pas bouger durant la pratique et de ne gérer les inconforts qu'en développant son équanimité. Le fait de ne plus bouger va augmenter la patience, la tolérance et l'acceptation du patient qui d'habitude est plus dans l'évitement de l'inconfort. Le patient doit aussi évaluer de 1 à 10 après chaque méditation dans quelle mesure il a remarqué durant sa méditation les distractions qu'il a eues, et lorsqu'il a ramené son attention au souffle et au corps. Par ce processus il identifiera précisément les sensations du corps qui interagissent avec ses pensées ce qui pourrait lui permettre à force de pratiquer l'exercice de réagir moins souvent émotionnellement.

La 4ème semaine, est aussi un début d'intégration de la pleine conscience et de l'équanimité dans la vie quotidienne. Il est demandé au patient de mettre en pratique ce qu'il a appris les 3 ou 4 semaines précédentes. Ce n'est plus seulement la pratique de la méditation d'une demi-heure le matin et le soir. Il faut maintenant être en pleine conscience chaque moment de la journée, dès le réveil. Le patient apprendra à reconnaître les sensations intéroceptives dans les situations pénibles selon 4 critères : l'expérience de leur *masse* (prédominante dans la tristesse), de leurs *mouvements* (prédominante dans la colère et l'anxiété), de leur *température* (prédominante dans la colère et l'anxiété) et de leur *fluidité* ou *densité* (prédominante dans la joie ou l'anxiété, respectivement), et cela tout en demeurant équanime.

Après chaque situation émotive, au patient de s'entrainer à enregistrer ces 4 caractéristiques fondamentales de l'intéroception, qu'il inscrira dans un tableau, ainsi que l'intensité de ses sensations sur une échelle du moins fort au plus fort. Pour ce faire, le patient utilise la « Mindfulness-Based Interoceptive Signature Scale (MISS) » (voir annexe) qui est l'échelle qui mesure la spécificité et l'intensité des sensations du corps pendant une exposition de 30 secondes aux sensations pénibles tout en demeurant équanime. L'objectif pendant cette semaine est de prendre du recul pour être dans la « non-réactivité » voir, la neutralité vis-à-vis de stimuli stressants, sans pour autant perdre l'empathie vis à vis des

personnes. Il est demandé au patient durant cette semaine d'expérimenter la possibilité de « non-réactivité » et d'« acceptation inconditionnelle de son expérience intéroceptive » dans des situations moyennement stressantes dans son quotidien.

Durant cette semaine, il est aussi demandé au patient, dans le cas où il a vécu une expérience stressante, de remplir un tableau, « Diary of Reactive Habits », dans lequel il décrit la situation stressante, comment il a su qu'il allait être confronté à cette situation, son évaluation spontanée de la situation, le ressenti dans le corps que cette évaluation a provoqué, ainsi que la réponse/comportement à cette situation/stimulus. De plus, une mesure de la conscience intéroceptive, « Interoceptive Awareness Indicator» est fournie au patient, qui devra colorier une silhouette numérotée pour mesurer l'augmentation de la neuroplasticité dans le cortex insulaire. Celui-ci jouant un rôle essentiel dans le traitement des émotions. Pouvoir mesurer sa connectivité augmentée par la pratique fournit des informations utiles sur la conscience émotionnelle accrue du patient.

Après avoir complété ce stade de régulation intrapersonnelle qui durera approximativement 4 semaines, le patient sera moins distrait, plus attentionné vis à vis de ses expériences et focalisé dans le moment présent. Il aura appris à mieux reconnaître l'interaction entre ses pensées et ses sensations corporelles, et comprendre que cultiver et appliquer l'équanimité aide à prévenir la réactivité émotionnelle. Il est maintenant prêt à extérioriser ces outils dans les situations d'évitement.

2- Deuxième stade : exposition bipolaire et « in-vivo » : 2 semaines ou plus

Semaine 5 : En ce qui concerne la méditation, le deuxième stade de la MiCBT est celui de l'apprentissage du balayage corporel dit bilatéral et symétrique. Le psychothérapeute veillera à ce que le patient ait régulièrement pratiqué les exercices concernant l'équanimité durant le 1er stade. Cet apprentissage avancé de la méditation est enseigné de manière traditionnelle dans l'apprentissage de la méditation en pleine conscience de l'école Birmane de Vipassana, telle qu'elle fut enseignée par maître Goenka. La technique du balayage corporel symétrique est la même que celle du balayage corporel unilatéral allant de la tête jusqu'aux orteils, sauf qu'il faut poser son attention sur, « scanner », les deux parties du corps en mêmes temps ; les pieds, les jambes, les bras …Cela permettra d'être conscient des sensations corporelles de manière plus rapide, exhaustive et effective. L'objectif de ce balayage corporel symétrique est de pouvoir détecter le plus précocement possible les premiers signes de stress alors qu'ils sont encore gérables, avant même de ressentir la

propension à réagir émotionnellement. La fréquence et la durée de la pratique restent les mêmes ; 30 minutes deux fois par jour.

Avec les situations de stress viennent souvent les situations que le patient évitera. Le deuxième type de compétences du deuxième stade de la MiCBT est l'intégration de la pleine conscience dans les techniques d'exposition dans les situations quotidiennes que le patient évite afin d'éviter de se sentir anxieux. Ayant complété le premier stade, le patient comprend que l'anxiété, comme tous autres états émotionnels, peut être réévaluée en termes de sensations corporelles qui peuvent être observées avec sérénité.

Il est maintenant demandé au patient de penser à 10 à 12 situations qu'il évite et d'attribuer à chacune un pourcentage de stress que la situation provoquerait si elle n'était pas évitée. Ensuite, le patient sélectionne 5 situations dans cette liste qui ont un niveau incrémentiel de détresse attendue. Ces 5 situations feront l'objet d'une exposition, d'abord en imaginaire, puis dans la vie réelle. Immédiatement après sa méditation matin et soir, le patient commencera l'exposition en imagination appelée « exposition bipolaire ». Pour ce faire, il gardera les yeux fermés et devra imaginer durant les 5 premières minutes les pires scénarios qui pourraient se produire lorsqu'il fera face à la situation dans la vraie vie dans les deux prochains jours. Il devra en même temps prévenir toute réactivité et demeurer équanime, comme il a appris à l'être dans sa méditation et pendant la quatrième semaine, en dépit des sensations intenses produites par ses pensées catastrophiques. A la suite de ces 5 minutes, le patient se reposera sur sa respiration pendant environ 1 minute et recommencera l'exposition pendant 5 minutes supplémentaires, mais cette fois en imaginant les meilleurs scénarios. Avec la même compréhension, il apprendra à empêcher la réactivité envers les sensations corporelles agréables qui pourraient se produire lorsqu'il fera face à cette situation dans les deux prochains jours en empêchant l'attachement, afin de cultiver davantage son équanimité. Cet exercice doit être fait 4 fois à la suite, typiquement en deux jours, après quoi le patient doit s'exposer à cette situation « in vivo » et le répéter plusieurs fois jusqu'à ce que le % d'anxiété soit réduit à 5% ou moins. Il continuera ainsi de suite avec les 5 situations qu'il a sélectionnées dans sa liste initiale en début de la semaine.

Les exercices à faire à la maison durant cette 1ère semaine du 2ème stade : Le balayage corporel symétrique en plus de l'exposition bipolaire en imagination et l'exposition in vivo. Le patient doit remplir le calendrier de la semaine et les échelles comme celle de la « MISS ».

Semaine 6 : Durant la 2ème semaine du stade 2, le balayage corporel continu est mis en place. Le corps est scanné de façon continue et non plus partie par partie distinctes, et plus rapidement, ce qui augmentera l'acquisition d'une prise de conscience plus rapide des signes de stress dans le corps et entrainera le patient à ne réagir ni aux sensations désagréables ni agréables pour qu'il puisse acquérir l'équanimité. Durant cette 2ème semaine le patient continuera les expositions bipolaires et in-vivo pour compléter sa liste de 5 situations faites durant la 1ère semaine pour consolider ses actions et accroître sa confiance en lui.

3- Troisième stade est celui de la pleine conscience interpersonnelle : 2 semaines ou plus

Semaine 7 : Durant la première semaine du stade 3, un nouvel apprentissage de la méditation est mis en place, le balayage « en masse ». C'est à dire scanner le corps d'une traite des pieds à la tête et vice-versa en ressentant le plus de sensations possibles tout en demeurant équanime. Durant cette pratique, le patient fait l'expérience de sensations très plaisantes, pour la plupart, et apprend à ne pas s'y attacher.

L'objectif principal du stade 3 est d'améliorer sa façon de gérer les relations interpersonnelles de façon plus harmonieuse et effective. La MiCBT inclue cet ensemble de compétences parce que le renforcement des pensées et comportements dysfonctionnels peut souvent se produire de façon interpersonnelle. Il s'agit de développer une approche en pleine conscience vis à vis des autres ainsi qu'une « neutralité » aux réactions des autres. Le patient va apprendre à comprendre la communication non verbale de ses interlocuteurs et à reconnaître les raisons fondamentales pour lesquelles les gens sont contrariés, agités ou émotionnellement réactifs, tout en délimitant son espace et vis à vis des autres. Le patient en début de semaine devra choisir des situations où il est en tension ou en conflit avec l'autre. Après la sélection d'une ou de plusieurs situations, le patient pourra passer directement à l'exposition « in vivo » si non il refera d'abord l'étape de l'exposition bipolaire en imagination, déjà apprise durant le deuxième stade.

L'exercice à faire :

1- Balayage de son propre corps et reconnaître sa propre expérience et en assumer la responsabilité
2- Balayer le corps de l'autre et reconnaître l'expérience inconfortable de l'autre sans la juger
3- Renoncer à la responsabilité de ce que l'autre ressent en restant empathique

4- Lorsque la situation le permet, prendre l'initiative d'une réponse claire et empathique

Semaine 8 : Durant la 2ème semaine du 3ème stade, le patient sera initié au balayage corporel transversal qui consiste à se concentrer sur le devant du corps puis sur l'arrière puis sur des parties du corps limitées à 8 cm de diamètre. Le balayage corporel transversal est de 30 minutes au total ; 15 minutes en suivant les instructions audio et 15 minutes en silence.

En parallèle à cet exercice de méditation, le patient apprendra aussi à gérer des situations conflictuelles et à être plus affirmé dans sa communication avec les autres en ayant un discours clair quant à son vécu et ses besoins.

En exposition in vivo, il apprendra à être plus affirmé dans sa communication avec l'autre. Les points à utiliser dans la communication verbale avec l'autre sont les suivants :

- Énoncer les faits
- Dire ce que l'on ressent
- Dire ce que l'on pense
- Reconnaître ses erreurs
- Dire ce que l'on veut
- Montrer sa reconnaissance en cas de coopération de l'autre
- En cas de non-coopération de l'autre, trouver une solution « Win-Win » gagnant-gagnant

4 – <u>Le quatrième stade est celui de la conscience transpersonnelle : 2 semaines ou plus</u>

Semaine 9 : Le stade 4 est le dernier stade du programme MiCBT. Il introduit 3 éléments essentiels. La méditation en pleine conscience de la profondeur des sensations corporelles, puis celle de « La compassion vis à vis de soi-même et des autres » « Loving-kindness », ainsi que l'application des outils de la pleine conscience pour améliorer le comportement éthique. Cette dernière étape sera celle de la prévention de rechute et du maintien de l'apprentissage de la compassion vis à vis des autres et de la sérénité. Cela permettra au patient d'accepter les autres tels qu'ils sont et d'apprendre à se connecter avec soi-même et les autres dans la bienveillance.

La pratique de la méditation dite « en profondeur » consiste à balayer en masse l'intérieur du corps, de façon à pouvoir ressentir la totalité des sensations corporelles d'une seule traite, de la tête aux pieds et puis des pieds à la tête, en quelques secondes, tout en

demeurant équanime. La méditation sur la compassion «Loving-Kindness » est pratiquée immédiatement après celle de 30 minutes de balayage en profondeur. Elle dure entre 8 et 10 minutes. Le patient écoute les instructions audio qui l'aident à formuler des intentions de bonté des pensées d'amour et de compassion vis à vis de soi-même en un premier temps. En un deuxième temps, la même intention salutaire est produite vis à vis des autres, ceux que le patient aime et même vis à vis de ceux qu'il n'aime pas. Et au final, vis à vis de tout le monde, le vivant, l'Etre humain, les animaux et les plantes. L'exercice consiste aussi à combiner les bonnes intentions avec les sensations corporelles plaisantes au niveau de la poitrine et d'autres parties du corps comme la paume de la main. Cette pratique est en 3 parties, chacune, durant approximativement 3 minutes. Les bonnes intentions sont : « Puis-je me sentir en sécurité » « Puis-je être gentil avec moi-même », etc.

Plus spécifiquement, dans la 1ère partie, le patient pratique l'auto-compassion, il se concentre sur le centre de ses poumons au niveau du cœur pour sentir les sensations dans cette région en inspirant et en expirant puis en laissant ses sensations s'élargir sur l'ensemble du corps tout en formulant les phrases susmentionnées. Dans la 2ème partie, le patient pratique la compassion vis à vis des gens qu'il aime, d'une façon similaire à celle de la 1ère partie. La 3ème partie consiste à élargir la compassion vis à vis de tout le monde tout en faisant le même exercice méditatif. Le patient apprend à pardonner aux autres.

En parallèle des méditations, comme à chaque stade et semaine relatés plus haut, le patient doit mettre des actions concrètes dans son quotidien. Dans ce dernier stade il est question de l'éthique liée au concept philosophique de vie dans l'initiation à la méditation de compassion. Le patient doit se mettre des challenges concernant 5 éthiques principales. Il tentera de reconnaître et de prévenir les actions néfastes suivantes, et cela sous forme d'expérience comportementale plutôt que d'adoption de croyances philosophiques ou religieuses :

- Avoir un discours blessant
- Tuer un être vivant, même indirectement, ou agir physiquement de manière nuisible
- Prendre ce qui n'est pas donné
- Avoir un comportement sexuel inapproprié
- S'intoxiquer par la prise de drogues ou d'abus d'alcool

Semaine 10 : La dernière semaine du programme introduit la pratique d'entretien. Celle-ci consiste en une pratique de méditation de 45 minutes à pratiquer une fois par jour pour continuer à croître sa pleine conscience et à réduire la probabilité de rechute. La pratique comprend 10 minutes de pleine conscience de la respiration, 25 minutes de balayage corporel et 10 minutes de méditation de bienveillance à la fin.

3. Indications

Le programme MICBT peut-être appliqué en groupe ou en individuel. Il est utilisé chez les patients ayant des douleurs chroniques modérées à sévères avec comorbidités avec troubles de l'humeur et de l'anxiété, les diabètes de type 2 avec comorbidités stress et anxiété ; les patients souffrants de scléroses en plaques avec dépression et anxiété, les patients souffrant de procrastination et perfectionnisme, de troubles obsessionnels compulsifs et chez les sportifs pour la réduction de stress.

Il est conseillé qu'il soit en individuel pour les patients avec une dépression sévère, une anxiété sociale, des troubles de la personnalité évitante et du trauma.

Si les patients sont très stressés à cause d'attaques de panique ou de troubles post traumatique, il leur est proposé de suivre un cycle court MIET (Mindfluness Based Introceptive Exposure) Exposition intéroceptive basée sur la pleine conscience. Il s'agit de se concentrer durant 30 secondes sur la zone la plus douloureuse sans jugement ou réaction avec équanimité. Le but est de remplacer leur ancienne habitude de catastrophisme et d'évitement de la sensation de la douleur par une approche objective basée sur les 4 critères de l'observation du corps par le poids, le mouvement, la température et la fluidité, qui sont respectivement l'équivalent de la terre, l'air, le feu et l'eau dans la psychologie bouddhiste.

Les sessions en individuel durent entre 50 et 60 minutes et celles en groupe de 90 à120 minutes. Les sessions en groupe ne doivent pas dépasser le nombre de 15 patients.

Pour les patients ayant des symptômes résiduels, il est recommandé de refaire le programme 6 mois plus tard.

4. Contre indications

Le programme n'est pas indiqué pour les patients en phase aiguë, les patients en épisode de manie, de psychose, de dépression sévère, d'hallucinations, d'anxiété extrême.

5. Les résultats des études principales

Ce que nous avons décrit plus haut est la version la plus récente du programme MiCBT avec en moyenne 10 séances. Les études ci-dessus ont utilisé le format des 8 séances mises en place dans le programme MiCBT tel que conçu au départ avec une réduction de la durée à 2h au lieu de 2h30 :

- 1ère séance : familiariser les patients avec la MiCBT, sur les émotions, les pensées, la respiration, la pleine conscience.

- 2ème séance : prendre conscience de l'expérience immédiate (émotions, pensées) sans jugement, introduction du balayage corporel guidé les 3 premiers jours et sans audio les 4 jours restants.

- 3ème et 4ème sessions : balayage bilatéral du corps sans préjugé et jugement des émotions et des pensées.

- 5ème séance : aider le patient à acquérir une certaine neutralité, équanimité, vis à vis de ses pensées et émotions en faisant le balayage corporel partiel.

- 6ème séance : entrainer le patient à faire face aux inconforts ou obsessions dans sa vie avec la technique du balayage en masse.

- 7ème séance : se focaliser sur le balayage transversal

- 8ème séance : faire face en pleine conscience aux pensées automatiques avec la méditation de la bienveillance et de compassion.

Nous avons sélectionné 5 études qui nous semblent représentatives de ce que le protocole MiCBT a pu avoir comme résultats plus ou moins significatifs. Les études suivantes ne sont représentatives d'aucune des populations étudiées mais donnent des indices sur ce que la pleine conscience combinée avec la TCC, peut apporter dans plusieurs domaines de santé mentale. La 1ère étude porte sur la réduction des symptômes d'anxiété et de dépression, la 2ème sur la comparaison entre 4 approches pour les troubles obsessionnels compulsifs, la 3ème sur la réduction de l'anxiété des personnes atteintes de scléroses en plaques, la 4ème sur la réduction de la douleur des femmes atteintes d'un cancer du sein et la 5ème sur l'impact de la MiCBT dans les performances sportives au niveau de l' « Etat de Flow »[12] et la réduction de l'anxiété et du pessimisme sportif.

[12] Csikszentmihalyi (1990) définit le concept de flow comme un état psychologique optimal pouvant être ressenti dans divers domaines tes l'art, l'enseignement et le sport.

Etude 1

En mai 2022, la revue *Frontiers in Psychiatry* a publié une étude[13] dont l'objectif est d'enquêter sur l'efficacité de la MiCBT en tant qu'outil transdiagnostique thérapeutique pour diminuer la détresse psychologique de patients diagnostiqués selon les critères de la DSM-IV avec des troubles légers à graves de dépression et d'anxiété. L'étude a porté sur 118 patients qui ont été sélectionnées dans différentes cliniques de psychologie en Australie.

Les critères d'inclusion sont : âge entre 18 et 75, parlant couramment l'anglais et un résultat de 20 et plus sur l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler[14]

Les critères d'exclusion : ayant des symptômes psychotiques, addiction à des drogues et ou alcool, borderline, personnalité anti sociale, troubles envahissants du développement, trouble mental génétique, ou patients sous 20mg par jour ou équivalent de diazépam.

L'étude a utilisé la méthode Stata (Version 14SE) en divisant les participants en 4 blocs. Les critères pour définir ces blocs ont été déterminés par le genre (Homme/Femme), l'utilisation de médicaments psychotiques (Oui/Non), les résultats du K10 score (20-29, 30+). Une fois ces critères définis, un chercheur indépendant à l'étude a procédé à la distribution aléatoire en deux groupes : celui de 61 personnes (46 femmes et 15 hommes) qui suivra les 8 semaines du programme MiCBT et celui du groupe contrôle de 57 personnes (40 femmes, 16 hommes et 1 sans genre précis). 70 % des patients prenaient des psychotropes, 30 % pratiquaient déjà la méditation. L'étude porte sur la mesure de la dépression, de l'anxiété et du stress selon les critères de la DASS-21[15]. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 21 questions classant les résultats de normal, léger, modéré, sévère à extrêmement sévère.

---

[13] « Group Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT) Reduces Depression and Anxiety and Improves Flourishing in a Transdiagnostic Primary Care Sample Compared to Treatment-as-Usual: A Randomized Controlled Trial » Sarah E. B. Francis, Frances Shawyer,Bruno Cayoun, Joanne Enticott & Graham N. Meadows.

[14] L'échelle de Kessler est un questionnaire d'auto-évaluation (comportant 10 items, destiné à fournir une mesure globale de la «détresse psychologique» basée sur des questions concernant le niveau d'anxiété et les symptômes dépressifs du patient au cours des 4 dernières semaines) qui répond aux critères de définition des troubles anxieux et des troubles de l'humeur du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)

[15] Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd ed. Sydney, NSW: Psychology Foundation (1995).

D'autres échelles ont été utilisées dans cette étude pour mesurer des résultats secondaires. L'échelle SWLS[16] qui mesure la satisfaction de vie, l'échelle FS[17] pour l'épanouissement et l'échelle MSE-R[18] d'auto-satisfaction qui mesure l'équanimité. La Multi-Dimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)[19] pour mesurer l'intéroception, The Non-attachment Scale (NAS)[20] qui mesure l'équanimité, The Experiences Questionnaire (EQ)[21] pour mesurer la capacité à observer les pensées et les sentiments avec objectivité.

Les patients ont tous été évalués avant le début des 8 semaines à T0, au milieu de l'apprentissage à T1, à la fin des 8 semaines à T2 et 6 mois plus tard à T3. Selon les conclusions de l'étude, les résultats semblent avoir montré des différences significatives entre le groupe MiCBT et le groupe contrôle sauf pour l'échelle SWLS.

L'étude cherchait à savoir si grâce au programme de 8 semaines de la MiCBT les symptômes de dépression, d'anxiété diminuaient. Les résultats à T2 de la DASS-21, ont montré que 41,7% du groupe MiCBT ont diminué leur score à l'auto-questionnaire contre 21,4 % du groupe contrôle. Apres 6 mois à T3, 83,3% des patients du groupe MiCBT ont continué à diminuer leur score contre 59,5% pour le groupe contrôle. Six mois après les 8 semaines du protocole, à la question avez vous réduit votre prise de médicaments ? 80% des patients du groupe MiCBT ont répondu non. Seulement 4 participants du groupe ont diminué ou arrêté les médicaments sans qu'ils ne donnent de détails et une seule personne a augmenté les doses.

---

[16] La SWLS est un court instrument qui s'intéresse à la mesure dans laquelle une personne se juge satisfaite de sa vie en général. Elle comporte 5 énoncés pour lesquels les répondants indiquent leur niveau d'accord sur une échelle de type Likert en 7 points allant de 1 (Fortement en désaccord) à 7 (Fortement en accord) [2].Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment. 1985;49(1):71-5.

[17] Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. JPers Assess. (1985) 49:71–5. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13

[18] Cayoun B, Elphinstone B, Kasselis N, Bilsborrow G, Skilbeck C.Validation and factor structure of the mindfulness-based self efficacy scale-revised. Mindfulness.(2022) 13:751–65. doi: 10.1007/s12671-022-01834-6

[19] Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A. The Multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). PLoS ONE. (2012) 7:e48230. doi: 10.1371/journal.pone.0048230

[20] Sahdra BK, Shaver PR, Brown KW, A. scale to measure nonattachment: a Buddhist complement to Western research on attachment and adaptive functioning.

[21] Fresco DM, Moore MT, van Dulmen MH, Segal ZV, Ma SH, Teasdale J, et al. Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. Behav Ther. (2007) 38:234–46. doi: 10.1016/j.beth.2006.08.0

Il reste que l'acquisition de l'équanimité, a été selon l'étude le résultat montrant la progression la plus importante des résultats secondaires (augmentation du score de 14% de l'échelle MSE-R). Il a été noté que 74% de ceux qui ont eu un meilleur score d'auto-satisfaction sont ceux qui ont pratiqué 20h de méditation soit 2,5h par semaine et les 26% ont fait moins de 20h de méditation.

Etude 2

En octobre 2021 le *International Journal of Health Studies* a publié une étude[22] qui a porté sur l'efficacité et plus spécifiquement sur la durée de l'efficacité des interventions thérapeutiques comme la MiCBT, la MCT (La thérapie métacognitive), ACT (La thérapie d'acceptation et d'engagement) et CBT (la thérapie comportementale cognitive) sur des patients diagnostiqués par des psychiatres avec des troubles obsessionnels compulsifs dans des cliniques de Shiraz en Iran en 2017.

Les patients ont été répartis de manière aléatoire en groupes de 20 personnes. L'étude comprend 5 groupes, les 4 approches thérapeutiques et un groupe de contrôle, au total 100 personnes. Les patients ont été évalués avant (pre test), après (post test) et un mois plus tard (follow up) par l'Echelle obsessionnelle compulsive de Yale-Brown (YB-OCS)[23]. L'étude a utilisé l'analyse de la variance ANOVA[24] pour déterminer si les moyennes des groupes sont différentes.

Les critères d'inclusion : les patients ayant été diagnostiqués avec un trouble obsessionnel compulsif, âgés entre 20 et 40 ans, avec un niveau d'éducation niveau bac au moins, ayant eu au pre-test sur l'échelle de Y-BOCS un résultat de plus de 16. L'échelle Y-BOCS est composée de 10 questions les 5 premiers sont sur les tocs et les 5 autres sur les compulsions.

Les critères d'exclusion : Les patients ne doivent pas être sous traitement médical ni sous suivi psychologique.

---

[22] «The Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavioral Therapy (MiCBT), Meta-Cognitive Therapy (MCT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Ali Derakhtkar, Noshirvan Khezrimoghadam, Masoud Fazilat »

[23] Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. Yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). Arch Gen Psychiatry 1989;46:1006-11. doi:10/bvgvrf

[24] Analyse de la variance (ANOVA) est une formule statistique utilisée pour comparer les variances entre la ou les moyennes de différents groupes. Elle est utilisée dans de nombreux scénarios pour déterminer s'il existe une différence entre les moyennes de différents groupes.

Les patients ont participé à 8 sessions de 75 à 90 minutes chacune pour chaque approche thérapeutique. A noter que seule la MiCBT a une approche thérapeutique formatée pour 8 semaines. Les 3 autres approches TCC, ACT et MCT ont été adaptées au format de 8 semaines.

Les résultats ont montré une différence significative entre le pré-test et le post test pour les 4 approches. Les résultats des scores de l'échelle du follow up, sont restés semblables au résultat du post test pour les patients ayant suivis les approches ACT et MICBT. Pour les approches TCC et MCT on constate une augmentation du score moyen significatif entre le post test et le follow up (respectivement une augmentation de 44% et 39%).

Par ailleurs, on constate que la variance des notes est relativement différente entre les approches thérapeutiques. Ainsi même si le groupe ACT semble donner des résultats similaires à celui du groupe MiCBT, il possède une variance de 3,41 contre 1,99 pour le groupe MiCBT qui a donc des résultats plus homogènes, ces deux groupes ayant à peu près la même variance lors du pre-test.

Etude 3

En juin 2019, la revue *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* a publié une étude[25] qui porte sur 20 patients retenus avec une sclérose en plaques. Ces patients sont suivis à l'hôpital de Shafa dans la ville de Kerman en Iran. Les autorités de l'hôpital ont informé leurs 41 patients de l'étude et 20 ont accepté d'y participer. Le nombre de patients a été réparti de manière aléatoire en deux groupes de 10 (4 hommes et 6 femmes) l'un pour suivre le programme MiCBT et l'autre en groupe contrôle. L'étude a utilisé ANCOVA[26] pour l'analyse des résultats.

Les critères d'inclusion : un diagnostic délivré par un neurologue datant de plus d'un an, âge entre 18 et 50, un niveau d'études permettant de lire et d'écrire.

---

[25] « Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial » Sahar Pouyanfard, Mohsen Mohammadpour, Ali A. ParviziFard, Kheirollah Sadeghi

[26] La procédure Analyse de covariance (ANCOVA) compare les moyennes d'une variable dépendante continue sur deux variables de facteur ou plus, et détermine les effets des covariables et interactions des covariables avec les facteurs.

Les critères d'exclusion : Une comorbidité d'une maladie physique, psychoses et délire, traits de caractères comme des manifestations de colères, impulsivité, agitation incontrôlée et recevant un autre traitement psychologique.

Le groupe contrôle a eu son traitement médical habituel pour la sclérose en plaques et celui de la MICBT a en plus commencé les 8 sessions chacune de deux heures. Trois échelles ont été utilisées la BDI-II Beck Dépression Inventory[27], la BAI, Beck Anxiety Inventory[28] et la MHS Miller Hope escale[29]. Les patients ont été évalués avant le début de la thérapie, après la thérapie et deux mois plus tard.

Les résultats en post test et « follow up » ont montré des résultats significatifs pour le groupe qui a suivi les 8 semaines de MiCBT. Pour le BDI-II il y a une diminution des scores au post test de 45 % et deux mois plus tard 42% par rapport au pré test. De même pour le BAI, 48% et 45%. De même pour le MHS il y a une augmentation de 57% et 55% et pour le groupe de contrôle les résultats sont sensiblement les mêmes à tous les temps de tests

Il a été conclu que le groupe qui a suivi les 8 sessions de MiCBT a eu donc, une réduction des symptômes dépressifs, d'anxiété et une augmentation d'espoir. A noter, que à la fin de l'étude, le groupe de contrôle a suivi à son tour les 8 sessions de la MiCBT.

Selon les conclusions de l'étude il y aurait un intérêt médical à ce que les patients qui ont une sclérose en plaques, (ils sont 40 000 en Iran) puissent avoir une approche complémentaire à leur traitement habituel, comme celle du programme de la MiCBT pour améliorer leur détresse.

Etude 4

En juin 2019 le *Journal of Nursing and Midwifery sciences* a publié une étude[30] qui porte sur la réduction de la douleur chez les femmes atteintes d'un cancer du sein après avoir suivi les 8 sessions de la MiCBT. Un groupe de 24 personnes a été sélectionné dans le service de gynécologie de l'hôpital central de la ville de Mashad en Iran de janvier à mars 2018.

---

[27] Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
[28] Kaviani HH, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran Univ Med J. 2008;66:136-40.
[29] Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. Nurs Res. 1988;37:6-10.
[30] « Effect of cognitive behavior therapy integrated with mindfulness on perceived pain and pain self-efficacy in patients with breast cancer »Mohammad-Rasul Mozafari-Motlagh, Hamid Nejat, Hasan Tozandehjani, Ali-Akbar Samari

Le groupe a été divisé en deux de manière aléatoire, un groupe pour le protocole MiCBT et un groupe contrôle.

Les critères d'inclusion : les patientes doivent avoir été diagnostiquées avec un cancer du sein par un médecin depuis plus de 6 mois ; n'avoir eu aucun autre trauma ou évènement stressant comme le décès d'un proche, un autre cancer, un divorce, une maladie chronique ; étant au stade 2 ou 3 du cancer ; un niveau d'éducation au moins secondaire ; volontaire pour participer à l'étude ; pas d'addiction d'alcool ou drogue et pas de passé de psychothérapie.

Critère d'exclusion : la patiente ne complète pas la 1ère session, se sent irritée ou si son état psychologique empire durant le protocle.

Le groupe MiCBT a suivi en plus du traitement donné pour le cancer, 8 sessions de 90 minutes. Les échelles utilisées sont la BPI Brief Pain Inventory[31] pour mesurer l'intensité de la douleur de 1à 10 et la PSEQ Pain Self- Efficacy[32] questionnaire pour mesurer l'auto-efficacité de 0 à 6. Les patientes ont toutes été évaluées par les deux échelles avant et après la fin de l'étude. Les résultats ont montré une différence significative pour le groupe MiCBT par rapport au groupe de contrôle, dans la perception et le contrôle de la douleur ainsi qu'au niveau de l'auto-satisfaction. Il semble que les patients du groupe MiCBT ont appris à mesurer leur douleur et à se rendre compte que leur douleur n'avait pas la même intensité. Le psychothérapeute qui a mis en place les sessions était un homme et les femmes du groupe MiCBT ont eu du mal à garder les yeux fermés. Les séances de méditation ont été faites les yeux ouverts.

Etude 5

En 2016 la revue *Applied Psychology, health & Well-being* a publié une étude[33] qui cherche à savoir si l'entrainement à la pleine conscience augmentait l'état psychique optimal (l'état de flow) chez les athlètes lors de leurs compétitions cyclistes et si cela pouvait aussi diminuer leur anxiété et leur pessimisme liés à leur compétition sportive.

---

[31] Atkinson TM, Mendoza TR, Sit L, Passik S, Scher HI, Cleeland C, *et al*. The brief pain inventory and its "pain at its worst in the last 24 hours"

[32] Asghari A, Nicholas MK. An investigation of pain self-efficacy beliefs in Iranian chronic pain patients: A preliminary validation of a translated English-language scale. Pain Med 2009;10:619-32.

[33] « Effects of a Mindfulness Intervention on Sports- Anxiety, Pessimism, and Flow in Competitive Cyclists »
John Scott-Hamilton and Nicola S. Schutte, University of New England, Armidale, Australia Rhonda F. Brown Australia National University, Canberra, Australia

L'état de flow a été identifié par le psychologue « Mihaly Csikszentmihalyi ». Il correspondrait à une « *expérience optimale* » d'état psychique dans lequel se trouve un individu fortement engagé dans une activité physique intense et qui est en elle même une fin en soi. L'échantillon a été sélectionné à partir de la liste officielle des cyclistes professionnels en Australie qui ont été informé de la possibilité de participer à l'étude. 60 personnes ont répondu positivement. Treize se sont désistés ensuite. L'étude a donc été menée finalement sur 47 athlètes : 5 femmes et 42 hommes répartis de manière aléatoire en deux groups.

Le groupe MiCBT a regroupé 27 athlètes (4 femmes et 23 hommes) et a suivi les 8 sessions hebdomadaires de la MiCBT avec un entrainement quotidien à la méditation et des sessions d'entrainement sur vélo stationnaire et le groupe contrôle, 20 athlètes (1 femme et 19 hommes). 8 cyclistes du groupe contrôle suivaient 5 entrainements chaque semaine, de 15 à 20h. Tous les cyclistes de ce groupe font des compétitions une fois par semaine. Dans le groupe MiCBT, 12 cyclistes ont en moyenne 1 à 5 heures d'entraînements chaque semaine. Treize ont eu un entrainement de 5 à 10 heures, un de 10 à 15 heure, un de 15 à 20h par semaine. Vingt cinq des cyclistes ont dit avoir fait une compétition une fois au moins par semaine et deux 6 à 10 fois par mois.

Les critères d'inclusion : des cyclistes professionnels sur tout terrain et qui ont plus de 16 ans. Les critères d'exclusion : qu'ils n'aient jamais eu auparavant une pratique de méditation en pleine conscience.

Les échelles utilisées pour mesurer le « Flow en sport » le Dispositional Flow Scale-2[34] qui comprend 36 questions (DFS-2) Jackson & Eklund, 2002). Pour mesurer l'anxiété, l'échelle « the Sports Anxiety Scale-2[35] (SAS-2; Smith, Smoll, Cumming, & Grossbard, 2006). Pour mesurer le niveau de pleine conscience la Mindfulness l'échelle FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006 qui utilise le questionnaire des 5 facettes de la pleine conscience. Et pour mesurer le pessimisme lié au sport la forme courte de l'échelle SASS (SASS; Hanrahan, Grove, & Hattie, 1989).

---

[34] Jackson, S.A., & Eklund, R.C. (2002). Assessing flow in physical activity: The Flow State Scale-2 and Dispositional Flow Scale-2. Journal of Sport and Exercise Psychology, 24, 133–150.

[35] Smith, R.E., Smoll, F.L., Cumming, S.P., & Grossbard, J.R. (2006). Measurement of multidimensional sport performance anxiety in children and adults: The Sports Anxiety Scale-2. Journal of Sport and Exercise Psychology, 28, 479–501.

L'étude a utilisé ANCOVA pour l'analyse des résultats. Les deux groupes ont été testés avant et après les 8 semaines. Les résultats ont montré que le groupe MiCBT a augmenté sa pleine conscience de 8,9% en moyenne et le groupe contrôle de 0,7 %. Concernant le global flow chez le groupe MiCBT il a augmenté de 6,8% tandis que pour le groupe contrôle il a baissé de 0,6%. L'anxiété a diminué de 14% pour le groupe MiCBT et de 6% pour le groupe de contrôle. Le pessimisme a baissé de 4% pour le groupe MiCBT et a augmenté de 1,7 % pour le groupe de contrôle.

Ces résultats mettent en évidence l'augmentation de la pleine conscience dispositionnelle et de l'état de flow chez les cyclistes compétitifs qui ont participé au programme d'entraînement à la pleine conscience.

Les études que nous avons relatées ne sont pas exhaustives. Nous avons fait le choix de choisir celles là, car elles regroupaient différentes problématiques et diagnostics, celle de la dépression de l'anxiété du stress, des tocs, de la douleur et des performances sportives. Les études que nous avons retranscrites ont donné des résultats qui se veulent significatifs du programme de la MiCBT.

Mais ce que l'on pourrait reprocher aux études est le nombre de participants relativement faible allant de 20 pour l'étude n° 3 à 118 pour l'étude n°1. Néanmoins, la plupart des études utilisent le modèle Ancova ce qui permet tout de même d'obtenir des résultats significatifs. Autre point celui de la non diversité des lieux géographiques et des milieux sociaux où les facteurs culturels et de classes sociales peuvent être des variables significatives dans les résultats. Les échelles utilisées dans les études sont pour la plupart des auto-questionnaires leurs résultats peuvent être tributaires de plusieurs facteurs. Certaines études utilisent une multitude d'échelles pour différents objectifs.

Dans la 1ère étude par exemple il y a la DASS-21 pour la dépression, l'anxiété et le stress puis toutes celles qui vont mesurer, la satisfaction de vie, l'épanouissement, l'intéroception, l'équanimité, la métacognition. Au final les patients qui ont suivi les 8 semaines n'ont pas réduit leurs prises d'anti dépresseurs ou d'anxiolytiques même si il y a eu une diminution de leur score à la DASS-21 et une augmentation à l'échelle de l'équanimité.

Concernant la 2ème étude, Cette étude n'a pas pris en considération les comorbidités dans les critères d'inclusion ou d'exclusion souvent présentes avec les troubles obsessionnels compulsifs. Les patients répondent aux critères de l'échelle Y-BOCS. Ils doivent avoir plus de 16 mais l'on ne sait pas si leurs tocs sont très paralysants ou pas. Nous savons juste qu'ils en ont. Ce qui nous mène à se poser la question, qui sont ses patients exactement et ont-ils d'autres diagnostics? De plus dans les critères d'inclusion la prise de médicaments a été exclue pourtant essentielle dans la prise en charge psychologique. Dans cette étude comparative il n'y avait que la MiCBT qui a un programme adapté à 8 semaines et elle est la seule à proposer des pratiques méditatives. Est ce que ce critère était l'hypothèse sous entendue de départ qui ferait la différence avec les autres approches? Car finalement l'étude montre que les 4 approches sont toutes efficaces la seule différence serait dans la stabilité de l'amélioration des patients qui serait la diminution du résultat de l'échelle Y-BOCS à plusieurs mois de distance des sessions. Est ce que cela veut dire que la pratique méditative est la raison de cette stabilité et ou de l'amélioration des résultats ?

Ce qui nous amène à nous poser la question suivante : est ce que la MiCBT est une thérapie pour arriver à une sorte de « bien être » grâce à la pratique méditative et l'acquisition de l'équanimité ou est-elle une thérapie de soins pour la réduction des symptômes des troubles psychologiques avec réduction de la prise des médicaments voir de l'arrêt complet quand les patients sont sous traitement, ou peut-elle être les deux ?

Chapitre IV : Similitudes et différences entre MBSR/MBCT/MiCBT

Les trois approches décrites plus haut sont des approches de soins ou dites de soins. Elles ont toutes trois été testées en milieu clinique et ont comme objectif d'améliorer la santé psychique de la personne qu'elle ait un diagnostic de maladie psychique spécifique ou pas.

Les patients adhérents au protocole de la MiCBT doivent signer un contrat thérapeutique, une sorte de feuille de route, avant le début des sessions, ce qui n'est pas le cas pour le programme MBSR ou MBCT. Les programmes s'étalent sur 8 semaines en groupe pour la MBSR et la MBCT et en groupe et ou individuel pour la MICBT. Les séances sont toutes hebdomadaires, entre 8 et 12 séances pour la MiCBT et 8 séances pour la MBCT et MBSR. Les séances de la MiCBT et MBSR sont plus longues. Elles durent 2h30 tandis que la MBCT dure 2h. Elles sont dispensées par un professionnel de santé, psychologue et ou psychiatre et elles regroupent entre 8 à 14 personnes sauf pour la MBSR qui nécessite seulement que la personne ait été formée au protocole et qu'elle pratique la méditation.

Dans les trois approches chaque séance porte sur un thème avec des exercices propres à chaque session et à faire chez soi entre les séances. Les trois approches allient pratique la pleine conscience, la pratique méditative et des outils de la thérapie comportementale cognitive. Toutefois les protocoles de la MBCT et la MiCBT utiliseront un éventail plus large d'outils cognitifs et comportementaux que la MBSR. Les trois approches se sont inspirées des méditations Vipassana. Celles de la MBSR et la MiCBT se sont plus rapprochées des méditations traditionnelles bouddhistes tandis que la MBCT garde une pratique guidée plus en rapport avec les troubles du patient sachant que la MBCT a été mise en place spécifiquement pour les patients dépressifs pour réduire leur taux de rechute. Le programme de la MiCBT semble être plus strict dans la mesure où le passage de semaine en semaine, de séances en séances, ne peut être fait que si le patient a acquis l'apprentissage des méditations de la semaine précédente soit 30 minutes deux fois par jour. C'est une condition sine qua non de la pratique ce qui n'est pas le cas pour la MBSR et la MBCT. Le professionnel de santé durant les séances de la MiCBT guide, de manière très précise le patient à se concentrer au centimètre prés sur certaine partie de son corps pendant qu'il le scanne. Les méditations du balayage corporel sont des méditations assises et non allongées et sont séquencées comme vu plus haut dans le programme détaillé de la MiCBT. Les consignes spécifiques ont comme objectif d'apprendre au patient à ressentir dans les membres de son corps, ses pensées et ses émotions. Le ressenti physique serait la matérialisation de ses émotions qu'elles soient

négatives ou positives en sensations désagréables ou agréables. Tout au long des séances, la MiCBT apprend au patient l'équanimité. Elle est une sorte de fil conducteur de toutes les méditations menant à ce que le patient arrive à être dans la non réaction aux stimuli. L'acquisition de l'équanimité est un objectif en soi pour le protocole de la MiCBT. Cela permettra au patient d'accéder à un état supérieur de pleine conscience que l'on cherche à atteindre dans la pratique de la méditation Boudhiste. Les pratiques méditatives durant les séances de la MBSR sont plus ou moins similaires en terme d'objectif même si la consigne n'est pas aussi directe que celle dite en MiCBT. Les pratiques méditatives en MBCT sont plus adaptées aux patients souffrants de troubles spécifiques et ce pour éviter tous risques de décompensassions. A titre d'exemple la méditation de la bienveillance et de la compassion n'est pas au programme de la MCBT.

Nous avons vu que les pratiques méditatives sont différentes dans le programme MBSR et MBCT d'une part et dans le programme de la MiCBT d'autre part. Cependant il nous a semblé qu'il y avait des similitudes dans les thèmes des séances même si on ne les retrouve pas nécessairement dans le même ordre : apprendre à vivre dans le moment présent, à observer son corps, ses pensées, ses émotions, vivre en pleine conscience, cultiver la bienveillance vis à vis de soi, apprendre à reconnaître ses émotions, l'aversion, l'importance de la mise en place d'une pratique régulière.

La MBSR se veut être un outil pour réduire l'anxiété, le stress et la douleur, la MBCT pour réduire les rechutes dépressives dans son programme initial. Elle est de plus en plus validée pour d'autres diagnostics mentionnés plus haut. La MiCBT se veut une approche transdiagnostique. C'est la plus récente des thérapies des interventions basées sur la pleine conscience et de nouvelles études empiriques devraient confirmer son efficacité clinique. Cependant les trois ont pour objectif d'apprendre au patient la pleine conscience qui est aujourd'hui de plus en plus validée comme outil améliorant la qualité de vie des personnes.

Des études, à partir des investigations électrophysiologiques (EEG) et différentes méthodes d'observation du cerveau, ont montré la modification du cortex préfrontal responsable entre autre de la gestion de l'émotionnel, chez les personnes pratiquant la pleine conscience et la pratique méditative (Chiesa et Serretti, 2010 ; Rubia, 2009).[36]

---

[36] Bondolfi Guido, JERMANN Françoise, ZERMATTEN Ariane, « Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness). Entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves », *Psychothérapies*, 2011/3 (Vol. 31), p. 167-174. DOI : 10.3917/psys.113.0167. URL : https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2011-3-page-167.htm

Tableau récapitulatif des thèmes MBCT/ MBICT / MBSR

Programme/ Cycle	**1ère semaine**	**2ème**	**3ème**	**4ème**	**5ème**
MBCT Thème séance, 2 h	« Au-delà du pilotage automatique »	« Vivre dans sa tête »	"Rassembler l'esprit dispersé"	Apprendre à « Reconnaître l'aversion »	« Laisser-être et lâcher-prise »
MIBCT Thème séance, 2h30	« L'observation des mouvements du corps, prise de conscience des expériences psychosomatiques »	"Une pensée est juste une pensée"	La régulation des émotions en cultivant ce qu'on appelle « l'équanimité »	Apprendre à être dans la « non-réactivité »	"Exposition en imagination et in-vivo"
MBSR Thème séance, 2h30	"Prendre conscience de la présence des pensées, ruminations"	"Apprendre à discerner les différentes dimensions à l'expérience (cognitif, affectif, corporel)"	"Cultiver la patience et bienveillance"	"Apprendre la compassion et l'acceptation dans la pratique"	"Choisir comment répondre au lieu de réagir, envers soi et les autres"
Programme/ Cycle	**6ème**	**7ème**	**8ème**	**9ème**	**10ème**
MBCT Thème séance, 2h	« Les pensées ne sont pas des faits »	« Comment puis-je au mieux prendre soin de moi ? »	« Exercer et élargir les compétences nouvellement acquises »		
MIBCT Thème séance, 2h30	"Ne réagir ni aux sensations désagréables ni agréables pour acquérir l'équanimité"	"Rester équanime vis à vis des expériences agréables"	"Apprendre à gérer des situations conflictuelles et à être plus affirmé dans sa communication avec les autres"	« La compassion vis à vis de soi-même et des autres »	"Introduire la pratique d'entretien. méditation de 45 minutes"
MBSR Thème séance, 2h30	"Les relations interpersonnelles et les modes de communication et la capacité à la résilience"	"Prise de conscience de son environnement interne et externe"	"Choisir une pratique formelle et une pratique informelle à faire au cours des prochaines semaine"		

Chapitre V- Discussion générale

Les thérapies en France et dans le monde sont multiples et le nombre augmente de jour en jour. Selon le dictionnaire de psychologie en ligne, « La thérapie est un moyen de prévenir, traiter, soigner ou soulager une maladie. » L'approche développementale a été précurseur de plusieurs thérapies. Piaget et d'éminents psychologues comme Gesell, Wallon, Binet, ont longuement travaillé sur l'enfant et ont apporté, dans le cadre de leurs recherches, des données empiriques aux approches thérapeutiques. Ces travaux concernant le développement de l'homme, ont montré que le psychique était totalement lié au biologique et au physique. Les acquisitions mentales et physiques ainsi que l'intelligence sont un tout indissociable qui permet une compréhension plus globale de l'être Humain.

Les deux courants les plus connus étaient celui de la thérapie d'inspiration analytique et celui de thérapie comportementale cognitive. La 1ère prend sa source dans le courant psychanalytique inventé par Sigmund Freud en 1896 qui a mis au centre de cette thérapie la notion d'inconscient. La deuxième celle de la thérapie comportementale cognitive qui tire sa source de la thérapie comportementale et de la thérapie cognitive. C'est vers les années 70-80 que la cognition devient une condition sine qua non des approches comportementales dites de 2ème vagues après celle de l'approche comportementale dite de 1ère vague, installant durablement la thérapie comportementale cognitive issue de la psychologie expérimentale et de l'apprentissage.

A partir des années 90 comme nous l'avons vu plus haut les thérapies dites de la 3ème vague commencent à émerger. La méditation fait son apparition dans les approches thérapeutiques. Pourquoi cet engouement aujourd'hui de la pleine conscience ? Serait-il juste un effet de mode ou d'autres facteurs en sont peut-être la raison ?

L'exode rural, la surpopulation dans les villes, le quotidien de plus en plus contraignant, la 1ère conférence sur l'environnement à Rio en 1992 sont des éléments qui actent le changement du quotidien des habitants de la planète à partir des années 90. Le monde évolue rapidement et pas toujours nécessairement dans le bon sens. De plus en plus de pauvreté, de pollution. Les activités humaines détruisent le patrimoine naturel. Le vivant et l'être humain en particulier sont piégés dans le béton, la pollution, le manque de temps. Une recherche de spiritualité s'accroit avec la prise de conscience de la destruction de la planète et de l'urgence

d'arrêter ce monde déchainé. La pleine conscience semble venir répondre naturellement aux besoins de cette ère où l'être humain a besoin de retrouver des repères dans un monde chaotique.

Les thérapies, celles dont nous avons parlé dans les paragraphes précédents ou d'autres, traitent les troubles à la suite de leurs manifestations. A l'aune des dernières découvertes scientifiques sur le cerveau, ainsi que des impacts connus de la pollution, de l'environnement, sur notre système psychique et physique, d'autres thérapies seront-elles mises en place en prévention ?

Le cerveau a un rôle majeur dans la gestion émotionnelle que l'on soit enfant, adolescent ou adulte. A titre indicatif, il a été constaté que des agoraphobes adultes ont souvent eu durant l'enfance des angoisses de séparation sévères (Mirabel-Sarron &Véra 2012). Nos gènes sont en partie responsables de notre capacité à avoir ou pas une bonne résilience. Le cerveau, sous l'effet de ce stress créé par l'environnement, produit des substances qui activent des parties du cerveau enclenchant ainsi des réactions émotionnelles très violentes et non maitrisées chez l'enfant et l'adulte : peurs, violences, agressivité, fuites… Comportement, réaction, évolution sont intimement liés aux différents hémisphères du cerveau et le rôle que jouent ces derniers sur l'émotionnel. L'enfance est une période marquante pour celui qui devient adulte. « L'amygdale est considérée comme la plaque tournante des émotions et des relations sociales. Elle est responsable de l'institut du cerveau émotionnel : le centre de la peur »[37]. L'amygdale est un des organes du cerveau qui est plus ou moins mature dès la naissance, à l'opposé du cortex préfrontal qui va atteindre une certaine maturité vers 23-26 ans. Mais c'est « Bien après la vingt-cinquième année, que l'environnement continue de façonner physiologiquement le cerveau »[38]. Le cortex préfrontal permet de réguler les émotions fortes, les impulsions et une réévaluation d'une situation. L'amygdale est capable de stocker chez les tout petits des souvenirs inconscients. Très tôt, les peurs, comme toute émotion négative ou positive, vont s'inscrire dans le schéma inconscient ou conscient de l'enfant. Ces émotions imprégnées par l'apport génétique et par l'environnement formeront les bases de l'émotionnel de l'adolescent et plus tard de l'adulte.

[37] Gueguen C. 2014 - *Pour une enfance heureuse* - Editions Robert Laffont p.106
[38] Jensen E. F. 2016 - *Le cerveau adolescent* - Editions JC Lattès 2016 p.13

Le stress est très délétère pour le cerveau et mène à l'atteinte de différentes structures cérébrales. Le stress produit du cortisol. Trop de cortisol peut mener à la réduction des synapses de l'hippocampe et la mort de neurones. Des pathologies peuvent survenir par la suite, pertes de mémoire, crises d'anxiété…Tout cela peut altérer le fonctionnement de l'amygdale, provoquer des accès de violence incontrôlés et peut diminuer le cortex préfrontal (C. Gueguen 2014).

Dans un des articles de la revue pour la science[39] en 2015 sur comment la méditation modifie le cerveau. Des scientifiques ont révélé un volume plus important de tissu cérébral dans l'insula et le cortex préfrontal dans les aires de Brodmann 9 et 10 chez des pratiquants expérimentés de la méditation en comparaison avec un groupe contrôle. Ces régions sont impliquées dans le traitement de l'attention, des informations perceptuelles et des sensations corporelles intenses. Il a été révélé aussi un rétrécissement de l'amygdale.

La génétique, la formation du cerveau, l'éducation, l'environnement durant l'enfance sont des facteurs qui jouent tous un rôle dans les pathologies. La 4ème vague serait-elle une combinaison de neurosciences, de cognition, de comportement et d'apprentissage de la pleine conscience dés le plus jeune âge?

[39] Mathieu Ricard, Antoine Lutz, Richard Davidson – *Méditation comment elle modifie le cerveau* - 2015 Revue pour la Science.

Conclusion

Nous avons essayé au fil de ces pages de décrire quelques approches qui utilisent la pleine conscience et nous nous sommes surtout attardés sur une en particulier celle de la MiCBT qui est la plus récente selon nos recherches. Cette approche se considère originale et originelle et ne découle d'aucune autre approche incluant la pleine conscience à l'instar de la MBCT qui s'est inspirée de la MBSR. Toutefois la MiCBT s'inscrit totalement dans le courant de la pratique du Vipassana dont elle se revendique. Nous avons constaté que cette approche n'était pas connu en France c'est pour cela qu'il nous a semblé important de la détailler, d'en parler et de la proposer comme une des nouvelles thérapies de la 3ème vague.

Cette approche structurée en 10 à 12 sessions nous semble complexe à mettre en place auprès de patients en groupe à cause de deux éléments : en comparaison avec les deux autres approches, elle est plus exigeante au niveau du passage de séances en séances et du temps qu'il faut pour la pratique méditative chez soi. Par ailleurs, l'originalité de la MiCBT est que la pratique méditative combinée à la TCC est initiée en séance individuelle ce qui permet peut-être un accompagnement plus personnel de l'apprentissage à la méditation.

Même si la MiCBT se veut une approche transdiagnostique, la question continue à se poser comme pour toutes les autres approches : pour quels patients et pour quels diagnostics, sont-elles chacune plus efficaces?

Des études récentes concernant les trois approches susmentionnées sont continuellement publiées. Cela permettra ainsi à tous praticiens d'avoir le choix rationnel d'utiliser telles ou telles autres approches pour ses patients.

Bibliographie

- American Psychiatric Association 2012-2013 fifth edition DSM-5-*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*- fip. 970 p.

- Beck A.T 1979 -*Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*-Penguin Publishing Groups. 368 p.

- Bruno A. Cayoun- *Mindfulness- integrated Cognitive Behavior Therapy for Well-Being and personal growth*- This edition first published 2015 - John Wiley & Sons Ltd, 445p.

- Bruno A. Cayoun, Sarah E. Francis, Alice G. Shires – *Mindfulness- integrated Cognitive Behavior Therapy A Step-by-Step Guide for Therapists*- This edition first published 2019- John Wiley & Sons Ltd, 377p.

- Chaloult L. 2008 – *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique* - Editions Gaëten Morin 346 p.

- Deplus S. & Lahaye M. 2015 - *La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent* - éditions numérique Primento et éditions Mardaga 336 p.

- Greenberger D. phd & Padesky A.C, phd 2016 - *Mind over mood* (second edition) (ebook) 367 p.

- Gueguen C. 2014 - *Pour une enfance heureuse*- Editions Robert Laffont 296 p.

- Jean François Revel, Mathieu Ricard –*Le moine et le philosophe* – 1997 – Editions NIL, 405p.

- Jensen E. F. 2016 - *Le cerveau adolescent*- Editions JCLatlès 2016, 268 p.

- Jon Kabat-Zinn- *Wherever You Go, There You Are (Où tu vas, tu es)*- 1994 & 1996 Editions Jean- Claude Lattès, nouvelle édition 2012 , 294p.

- Jonathan S. & Al. 2011- *Exposure Therapy for anxiety : Principles and practice*- by The Guilford press

- Ladouceur R. & Marchand A. & Boisvert J-M 1999 -*Les troubles anxieux* - Editions Masson 213 p.

- Mirabel Sarron C., Luis Vera 2011- *L'entretien en Thérapie Comportementale et Cognitive* Edition Dunod 244 p.

- Mirabel-Sarron C. Docteur A., Sala L. Siobud-Dorocant E.,Penet C. 2019 -*Pratiquer la thérapie de pleine conscience (MBCT) pas à pas* -. Editions Dunod 176.p

Thèses, rapport et articles

Ali Derakhtkar, Noshirvan Khezrimoghadam, Masoud Fazilat - *The Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavioral Therapy (MiCBT), Meta-Cognitive Therapy (MCT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Obsessive-Compulsive Disorder* (OCD)- 2021- International Journal of Health Studies

Andréanne Elie, Sébastien Nguyen, Thanh-Lan Ngô , *Les interventions basées sur la pleine conscience* – 2019 Psychopap- Éditeur: Thanh-Lan Ngô , 47p.

Bondolfi Guido, JERMANN Françoise, ZERMATTEN Ariane - *Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness). Entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves-* , Psychothérapies, 2011/3 (Vol. 31),

Despland JN. Et al. 2006 « *L'évaluation empirique des psychothérapies* » Psychothérapies 2006/2 (Vol.26), p.91-95

Fee Freiin Von Hammerstein- Equord C. 2018 - *Mindfulness et addictions* - Thèse de Doctorat : E´valuation du programme MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention) chez des patients présentant une addiction avec ou sans substance. 275p.

Fortuna LR., Porche MV. & Padilla A.2018 - *A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder* - Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice The British Psychological Society P.42–62

Goldin PR, Gross JJ. - *Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder*. Emotion. 2010 Feb, 21p.

John Scott-Hamilton and Nicola S. Schutte, Rhonda F. Brown - *Effects of a Mindfulness Intervention on Sports- Anxiety, Pessimism, and Flow in Competitive Cyclists* - 2016 - Applied Psychology, health & Well-being

Mathieu Ricard, Antoine Lutz, Richard Davidson –*Méditation comment elle modifie le cerveau* -2015, Revue pour la Science.

Miermont J. 2009 « *Psychothérapies contemporaines* » édition en ligne IDRES 22 p.

Mohammad-Rasul Mozafari-Motlagh, Hamid Nejat, Hasan Tozandehjani, Ali-Akbar Samari - *Effect of cognitive behavior therapy integrated with mindfulness on perceived pain and pain self-efficacy in patients with breast cancer* - 2019- Journal of Nursing and Midwifery sciences

Sahar Pouyanfard, Mohsen Mohammadpour, Ali A. ParviziFard, Kheirollah Sadeghi - *Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients*: a randomized clinical trial- 2019 Trends in Psychiatry and Psychotherapy

Sarah E. B. Francis, Frances Shawyer, Bruno Cayoun, Joanne Enticott & Graham N. Meadows. *Group Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT) Reduces Depression and Anxiety and Improves Flourishing in a Transdiagnostic Primary Care Sample Compared to Treatment-as-Usual*: A Randomized Controlled Trial » 2022 Frontiers Psychiatry

Sarah Frances, Frances Shawyer, Bruno Cayoun, Joanne Enticott and Graham Meadows - *Study protocol for a randomized control trial to investigate the effectiveness of an 8-week mindfulness-integrated cognitive behavior therapy (MiCBT) transdiagnostic group intervention for primary care patients* – 2020 Frances et al. BMC Psychiatry

Annexes

Chapter 1

List of targeted problems and corresponding success indicators

Targeted Problems or Situations	*Success Indicators*

From *Mindfulness-integrated CBT for Well-Being and Personal Growth*. Bruno A. Cayoun © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Chapter 2

Daily Record of Progressive Muscle Relaxation

	Date	Morning (circle)	Duration	Efficacy rating in % (How relaxing was it?)	Evening (circle)	Duration	Efficacy rating in % (How relaxing was it?)
Monday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Tuesday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Wednesday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Thursday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Friday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Saturday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Sunday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		

From *Mindfulness-integrated CBT for Well-Being and Personal Growth*. Bruno A. Cayoun © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Chapters 5 to 13

Daily record of mindfulness meditation practice

	Date	Morning (circle)	Duration	Effort rating in % (How much effort did you invest in your practice?)	Evening (circle)	Duration	Effort rating in % (How much effort did you invest in your practice?)
Monday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Tuesday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Wednesday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Thursday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Friday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Saturday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		
Sunday		I practiced Yes / No			I practiced Yes / No		

From *Mindfulness-integrated CBT for Well-Being and Personal Growth*. Bruno A. Cayoun © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.

Chapter 9

Interoceptive Signature Scale

Date:	Time:	Brief event description:		
Mass	Lightest	Neutral	Heaviest
	*----------|----------		----------*
Temperature	Coldest	Neutral	Hottest
	*----------|----------		----------*
Motion	Stillest	Neutral	Most movement
	*----------|----------		----------*
Fluidity	Loosest	Neutral	Densest/tightest
	*----------|----------		----------*
Intensity before	Least		Most
	*----------		----------*
Intensity after	Least		Most
	*----------		----------*

Date:	Time:	Brief event description:		
Mass	Lightest	Neutral	Heaviest
	*----------|----------		----------*
Temperature	Coldest	Neutral	Hottest
	*----------|----------		----------*
Motion	Stillest	Neutral	Most movement
	*----------|----------		----------*
Fluidity	Loosest	Neutral	Densest/tightest
	*----------|----------		----------*
Intensity before	Least		Most
	*----------		----------*
Intensity after	Least		Most
	*----------		----------*

Date:	Time:	Brief event description:		
Mass	Lightest	Neutral	Heaviest
	*----------|----------		----------*
Temperature	Coldest	Neutral	Hottest
	*----------|----------		----------*
Motion	Stillest	Neutral	Most movement
	*----------|----------		----------*
Fluidity	Loosest	Neutral	Densest/tightest
	*----------|----------		----------*
Intensity before	Least		Most
	*----------		----------*
Intensity after	Least		Most
	*----------		----------*

Date:	Time:	Brief event description:		
Mass	Lightest	Neutral	Heaviest
	*----------|----------		----------*
Temperature	Coldest	Neutral	Hottest
	*----------|----------		----------*
Motion	Stillest	Neutral	Most movement
	*----------|----------		----------*
Fluidity	Loosest	Neutral	Densest/tightest
	*----------|----------		----------*
Intensity before	Least		Most
	*----------		----------*
Intensity after	Least		Most
	*----------		----------*

From *Mindfulness-integrated CBT for Well-Being and Personal Growth*. Bruno A. Cayoun © 2015 John Wiley & Sons, Ltd.