

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

Adaptation et révision scientifique de
Lucio Bizzini, Guido Bondolfi et Claude Maskens



La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression

Prévenir la rechute



- ▷ Programme en huit séances
- ▷ Nombreuses illustrations cliniques
- ▷ Approche pratique et expérientielle

+ EN LIGNE



- + de 5h d'exercices audio
- + de 40 documents à destination du patient

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression

Des mêmes auteurs



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

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

Daniel J. Siegel

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

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

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

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

Dans la même collection

Bartley T., *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour le cancer*, 2018
Bowen S., Chawla N. & Marlatt A., *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience. Guide clinique*, 2^e ed., 2019

Isnard-Bagnis C., *La pleine conscience au service de la relation de soin. Méditer pour mieux soigner*, 2017

Zellner-Keller B., Maskens C. & Attala J., *Pleine conscience pour les seniors. Programme en 8 mois. Approche cognitive*, 2017

Zylowska L. & Mitchell J. T., *Comment traiter le TDA-H grâce à la pleine conscience ?*, 2022

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

Traduction de Christine Michaux

Adaptation et révision scientifique

de Lucio Bizzini, Claude Maskens et Guido Bonfoli

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression

Prévenir la rechute

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

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

© De Boeck Supérieur s.a., 2024
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

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

4^e édition

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : mai 2024
Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2024/13647/059

ISSN : 1780-9517
ISBN : 978-2-8073-6137-9

Sommaire

Compléments numériques.....	11
Préface à la 2 ^e édition américaine	13
Préface à l'édition française.....	19
Remerciements des auteurs	23
Remerciements de l'éditeur	25
Introduction	27

PARTIE I

Le défi de la dépression

CHAPITRE 1	Dépression : l'étendue du problème.....	35
CHAPITRE 2	Le pourquoi de la rechute dépressive	45
CHAPITRE 3	Mise au point de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	67

PARTIE II

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

CHAPITRE 4	Les modes « faire » et « être ».....	85
CHAPITRE 5	Le programme en huit séances : le comment et le pourquoi	99
CHAPITRE 6	L'entretien préalable au programme	115
CHAPITRE 7	Séance 1. La conscience et le pilotage automatique.....	123

CHAPITRE 8	Bienveillance et autocompassion en thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	145
CHAPITRE 9	Séance 2. Vivre dans sa tête	153
CHAPITRE 10	Séance 3. Rassembler l'esprit dispersé	177
CHAPITRE 11	Séance 4. Reconnaître l'aversion	203
CHAPITRE 12	Les périodes de feed-back : la pratique du dialogue exploratoire.....	229
CHAPITRE 13	Séance 5. Laisser être et lâcher prise.....	247
CHAPITRE 14	Séance 6. Les pensées ne sont pas des faits	269
CHAPITRE 15	Une journée de pratique de pleine conscience.....	291
CHAPITRE 16	Séance 7. « Comment puis-je au mieux prendre soin de moi ? »	297
CHAPITRE 17	Séance 8. Exercer et élargir les compétences nouvellement acquises.....	313
CHAPITRE 18	Les trois minutes d'espace de respiration : la charpente du programme MBCT	329

PARTIE III

Évaluation et dissémination

CHAPITRE 19	La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience mise à l'essai.....	339
CHAPITRE 20	Les indicateurs de l'efficacité thérapeutique de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience.....	353
CHAPITRE 21	De la théorie à la pratique : ressources pour les instructeurs de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et leurs patients	365

Épilogue.....	371
À propos des auteurs.....	373
À propos des réviseurs.....	375
Notes.....	377
Index.....	387
Table des matières.....	401

À Lisa, Ariel, Shira et Solomon

Z.V. Segal

À Phyllis, Rob, Jennie et Annie

J.M.G. Williams

À Jackie, Joe et Ben

J.D. Teasdale

Compléments numériques

Ce manuel propose des ressources complémentaires à télécharger. Pour ce faire, rendez-vous sur le site des éditions De Boeck Supérieur, à l'adresse suivante :

<https://www.deboecksuperieur.com/site/361379>

Parmi ces ressources, vous trouverez :

- Un cahier pratique pour le participant contenant les documents et fiches de travail à distribuer avant ou après la séance ;
- Un cahier pour le praticien contenant les résumés des séances, les scripts des exercices de relaxation, les textes et fiches à exploiter en séance ;
- Des enregistrements audios des pratiques de pleine conscience qui se trouvent dans le manuel¹ ;
- Une liste de centres ou organismes francophones associés la tradition occidentale de la méditation de la vision profonde.

1. Les enregistrements ont été réalisés par Claude Maskens.

Préface à la 2^e édition américaine

En introduction à la préface de la première édition de ce livre, j'avais utilisé la phrase suivante : « *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression* est un livre novateur. » Je ne peux plus commencer de cette façon. Il y a dix ans, c'était effectivement le cas. Aujourd'hui, il est plus approprié et plus exact de dire que cette nouvelle édition, révisée et mise à jour, est tout à fait révolutionnaire. Ce manuel thérapeutique destiné aux professionnels établit de nouvelles normes d'authenticité et de fidélité, et de nouveaux standards relationnels, non seulement par sa structure, mais aussi, et c'est sans doute sa dimension la plus remarquable, par sa formulation, par la relation qu'il entretient tant avec le lecteur qu'avec le sujet traité.

Cela rend cette seconde édition unique en son genre. La première édition, déjà, avait dépassé toutes les attentes grâce à son intention fondatrice : celle de modifier en profondeur la vie des patients présentant un haut risque de rechute dépressive. La publication du livre avait à l'époque suscité une énorme convergence d'intérêts, et déclenché une avalanche de pratiques cliniques et d'études scientifiques partout dans le monde. Concrètement parlant, le livre avait ouvert la voie à un nouveau domaine de recherches empiriques pointues en psychologie et en psychothérapie tout à fait inédit il y a quinze ans à peine. Il ne fait aucun doute que la première édition, ainsi que le travail des auteurs sur lequel elle s'appuyait, fut une contribution majeure à la dynamique de la courbe qui représente le nombre d'articles de la littérature scientifique et médicale portant sur la pleine conscience (Voir figure 1). Au moment où je rédige ce texte, cette courbe continue de progresser.

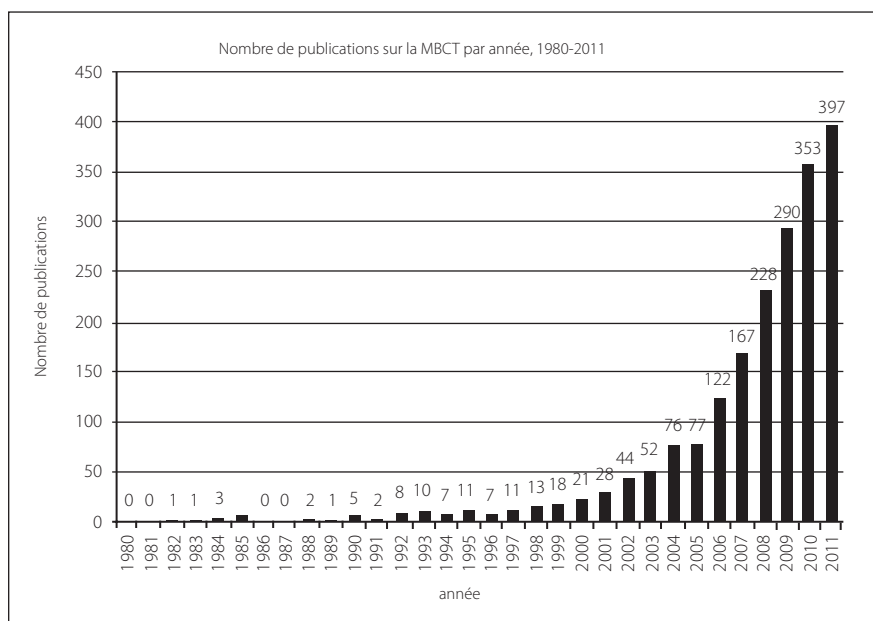


FIGURE 1. Résultats obtenus à partir de la recherche du terme mindfulness dans les abstracts et les mots-clefs de la base de données bibliographiques ISI Web of Knowledge (19 mars 2012)

La recherche était limitée aux publications avec abstracts en langue anglaise.

Schéma préparé par David Black, MPH (Master en santé publique), PhD,

Cousins Center for Psychoneuroimmunology, Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, Université de Californie, Los Angeles. Adapté de Williams and Kabat-Zinn (2011).

La lecture de cette nouvelle version, publiée dix ans après la première édition, m'a doublement marqué. J'ai tout d'abord été frappé par la masse de nouvelles réflexions, toutes aussi judicieuses les unes que les autres, qui ont été ajoutées avec beaucoup de finesse à la première édition. Ces ajouts se présentent sous forme de chapitres, mais aussi de révisions subtiles et de restructurations du livre lui-même. Ensemble, ces modifications affinent, amplifient et renforcent un certain nombre d'éléments-clefs qui, après dix ans d'expérience, se sont imposés comme essentiels à un enseignement efficace de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) en contexte clinique, ainsi qu'à la compréhension du cadre théorique très précisément décrit qui sous-tend la MBCT. En comparant le détail des deux éditions pour déterminer ce qui avait été modifié et comment cela avait été fait, j'ai été une nouvelle fois ému de constater la clarté de l'argumentation, le développement harmonieux et l'exhaustivité de la première édition. Le ton y est tout aussi notable : le lecteur est *invité*, de façon à la fois humble et modeste, à suivre la logique du cheminement des auteurs. J'avais oublié. Cette richesse est toujours présente dans la seconde édition. Les auteurs ont très sagement gardé de nombreuses parties de

l'ouvrage telles qu'elles étaient dans la première édition. En effet, les intentions, la structure, le programme et les défis de l'enseignement de la MBCT sont inchangés. À ce matériel initial, les auteurs sont venus incorporer d'autres ingrédients essentiels qui avaient été délibérément exclus de la première édition, fait d'ailleurs rapporté par les auteurs eux-mêmes. Nous disposons maintenant de la version « turbo » de la MBCT, que l'on pourrait baptiser « MBCT 2.0 ». Même si la nouvelle édition intègre l'essentiel de la première édition, elle a été complètement mise à jour ; il en résulte un ouvrage plus complet, plus accessible et au ton encore plus profondément compatissant, qui décrit de façon beaucoup plus explicite l'intervention du thérapeute, ce qui, après tout, est la raison d'être d'un manuel thérapeutique.

Comme dans la première édition, les auteurs se révèlent de grands cliniciens à de nombreux égards. Cette qualité est perceptible par la sensibilité des remarques et la finesse des avertissements relatifs à l'utilisation de la méditation d'autocompassion chez des patients très vulnérables. Les auteurs s'avèrent également de très compétents instructeurs de la *mindfulness*. Le nouveau chapitre sur l'« exploration » est une exégèse très poussée de cette dimension de la pleine conscience que de nombreux thérapeutes trouvent opaque ou intimidante. Cette dimension de la MBCT reste peut-être encore intimidante, mais elle n'est désormais plus opaque. Les auteurs ont analysé l'inalysable, déchiffré l'indéchiffrable, d'une manière inédite et avec précision, sensibilité et compétence. Je pense que tous les instructeurs de la pleine conscience tireront bénéfice d'une telle clairvoyance bienveillante et encourageante.

J'ai personnellement toujours pensé qu'il serait impossible à ceux qui s'y essaieraient de « mettre en mots » les différents aspects d'une intervention thérapeutique basée sur la pleine conscience, étant donné que le principe premier de la pleine conscience est que l'apprentissage découle d'une pratique personnelle. Autrement dit, au squelette du programme doivent être ajoutés la chair et les muscles qui naissent de l'expérience de la pratique. Dans cette seconde édition, les auteurs expriment clairement qu'ils partagent cette compréhension de la pleine conscience : la pratique personnelle de la méditation est, pour le programme, une ressource absolument essentielle, profonde, multidimensionnelle et structurée. Elle n'est donc pas simplement recommandée. Les auteurs n'affirment pas qu'il est impossible d'utiliser certains des éléments de leur travail si l'on n'a pas son propre ancrage dans une pratique de la pleine conscience. Mais ils disent explicitement que le travail ne peut s'appeler MBCT que s'il est effectivement ancré, par l'instructeur, dans la pratique personnelle de la pleine conscience. Ils sont à la fois fermes et compatissants à cet égard. Pourquoi ? Parce qu'il n'existe tout simplement pas d'autre façon de transmettre ces pratiques à d'autres personnes et de discuter avec elles de leurs expériences avec authenticité et profondeur, sans avoir soi-même fait longuement l'expérience de ces pratiques. Dans le cas contraire, comme le disent les auteurs eux-mêmes, l'intervention thérapeutique ne peut pas être dite « basée sur la pleine conscience » ; et si elle ne l'est pas, elle ne peut pas être appelée MBCT.

Voici comment cette idée est formulée :

Le but fondamental du programme MBCT est d'aider les patients à changer radicalement leur relation aux pensées, aux émotions et aux sensations corporelles qui contribuent à la rechute dépressive. La compréhension et l'orientation propres à l'instructeur seront les facteurs d'influence les plus puissants de ce processus. Que l'instructeur le réalise ou pas, la façon dont est présentée chaque pratique, dont est traitée chaque interaction, porte son empreinte. L'effet de cette empreinte est que, quel que soit le message explicite des mots de l'instructeur, l'influence la plus puissante, en bien comme en mal, sera la nature des croyances implicites de l'instructeur. (Voir pages 100-101)

Ceci explique pourquoi il est si important que les instructeurs (remarquons que les auteurs ne parlent pas de « thérapeutes ») soient conscients de certaines croyances fondamentales et implicites et qu'ils affinent et modulent leurs relations à ces croyances au travers de leur propre pratique.

Dans un autre chapitre, ils expliquent : « Une des qualités caractéristiques de la MBCT est de considérer les participants comme des invités plutôt que comme des patients, et de les accueillir avec hospitalité et respect pour le courage démontré, ne fût-ce que celui d'avoir cherché à entreprendre le programme. » (Voir page 181)

Et à nouveau :

Tant les données des recherches que notre expérience clinique nous enseignent que ce n'est que lorsque les gens apprennent à se positionner différemment par rapport au « champ de bataille » de leurs pensées et de leurs sentiments qu'ils seront capables par la suite de repérer les situations difficiles suffisamment tôt et d'y faire face avec habileté. Prendre cette position nouvelle implique d'essayer un mode d'esprit différent de celui qui nous occupe habituellement, *et qui occupe également de nombreuses thérapies*. Cela implique de remplacer l'ancien mode de résolution de problèmes par un nouveau mode permettant aux choses d'être simplement comme elles sont, afin de voir plus clairement comment y répondre au mieux. (Voir pages 132-133, les italiques sont nôtres)

L'exploration au sens de « ne rien faire » et de « ne pas chercher à trouver des solutions » peut paraître à première vue opaque à certains thérapeutes, mais c'est au cœur même de la culture de cette attitude que se trouve le potentiel pour une transformation et une satisfaction profondes, s'agissant tant du patient que du thérapeute. Est-ce contre-intuitif ? Peut-être. L'idée vaut-elle la peine d'être prise au sérieux ? Sans aucun doute. Ce livre montre concrètement comment les conditions pour que naisse cette *façon d'être en relation avec les événements de la vie* sont susceptibles de se mettre en place et d'être optimisées.

En plus du chapitre sur l'exploration, la seconde édition propose de nouvelles pratiques formelles : des séances de yoga de pleine conscience et une journée en pleine conscience à la semaine 6 du programme. Certains chapitres ont reçu de nouveaux titres, qui précisent davantage la portée de séances déterminées. Outre de nouveaux documents à distribuer aux participants, le manuel contient un chapitre entièrement dédié à la compassion, à l'incarnation de la bienveillance, qui de manière générale, tout au long du livre, sont mises en exergue plus explicitement, de même que leur rôle

dans le programme. Le livre offre aussi une analyse remarquable des études récentes qui étayent la pertinence de la MBCT dans le traitement de la rechute dépressive et qui tentent de montrer comment s'opère son action dans le processus de guérison. À cette fin, les données biologiques dont dispose la communauté scientifique sur les modes être et faire sont mises en parallèle avec les effets corporels et cérébraux d'un entraînement à la mindfulness, soulignant ainsi le potentiel exceptionnel de la culture systématique de l'attention et de la conscience telle qu'enseignée dans toutes les interventions thérapeutiques basées sur la pleine conscience.

De mon point de vue, l'incorporation, à la manière de la MBCT, de la mindfulness dans les théories psychologiques et psychothérapeutiques a le potentiel d'enrichir et de transformer la discipline et, sur le long terme, notre compréhension de la nature du psychisme et de ce que nous appelons « le moi ». Fait notable, des études récemment menées par l'équipe de Zindel Segal (Farb *et al.*, 2007) ont mis au jour différents réseaux corticaux qui sous-tendent deux modes distincts de référence à soi : un mode expérientiel, basé sur l'expérience du corps et ancré dans le moment présent ; et un second mode, basé sur la pensée, ancré dans le passé et le futur et, dans un certain sens, hors de tout contact avec l'*actualité* des événements de la vie. Des études montrent que l'apprentissage de la pleine conscience permet de découpler ces deux modes, ce qui engendre de nouvelles possibilités d'apprentissage, de croissance et de guérison. Ces données sont essentielles car elles montrent la vraisemblable pertinence du cadre théorique élaboré par les auteurs de ce volume pour expliquer la rumination dépressive, sa centralité dans la dépression sévère, et le rôle potentiel de la pleine conscience dans le passage du mode mental faire au mode mental être.

Pour conclure, je voudrais féliciter les auteurs pour leur travail remarquable. Avec ce livre rédigé sur le ton de la bienveillance, ils offrent au monde, sous une forme pratique, une méthode de travail avec la souffrance et les risques de la rechute dépressive à l'efficacité et l'intégrité rarement égalées. Leur travail a par ailleurs de possibles applications bien au-delà de la dépression. Nous attendons avec beaucoup d'intérêt de voir ce que les dix prochaines années réservent à ce domaine encore naissant.

JON KABAT-ZINN, PhD

Références

Farb NA, Segal ZV, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Fatima Z, Anderson AK. "Attending to the present : Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference", *Social Cognitive Affective Neuroscience*, 2007, 2, 313-322.

Williams JMG, Kabat-Zinn J. "Mindfulness : Diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma" [Special issue], *Contemporary Buddhism*, 2011, 12(1), 1-18.

Préface à l'édition française

« Contemplation : L'attitude de la conscience quand elle se contente de connaître ce qui est, sans vouloir l'utiliser, le posséder ou le juger. »

André Comte-Sponville,
Dictionnaire philosophique

Voilà maintenant près de 30 ans qu'un peu partout dans le monde des thérapeutes, souvent issus du courant comportemental et cognitiviste, et soucieux de validité scientifique, utilisent la méditation de type Mindfulness pour aider leurs patients dépressifs.

Un large consensus a spontanément choisi de traduire le terme anglais *Mindfulness* par « pleine conscience ». Il s'agit d'un ensemble de techniques largement inspirées des pratiques bouddhistes, mais laïcisées, codifiées et aujourd'hui scientifiquement validées, ce qui en permet l'usage dans le monde des soins.

Les techniques proposées dans la méditation de pleine conscience visent à nous rendre plus attentifs et lucides envers nos mouvements de conscience et leurs rapports automatiques avec un certain nombre d'émotions et de comportements indésirables ou toxiques, qui prennent naissance en nous à différents moments de notre vie. Pourquoi travailler ainsi sur notre attention et notre conscience ? Prenons l'exemple d'une personne qui cherche à se relaxer chez elle. Elle peut entendre alors le bruit de la perceuse du voisin ; et se sentir automatiquement agacée, se dire : « C'est pas vrai, il le fait exprès ou quoi ? » Elle peut aussi ressentir une légère douleur dans le dos, et se trouver embarquée dans un flot de pensées inquiètes sur sa santé fragile ou le manque de temps pour s'occuper de se faire soigner. Elle peut enfin être envahie par les idées de toutes les choses qu'elle a à affronter cette journée ou cette semaine, dans sa vie personnelle ou professionnelle... Tous ces mouvements de son attention vont la détourner de ce qu'elle est en train de faire et activer en elle une spirale d'émotions et de pensées désagréables.

Nous connaissons tous ces mouvements de notre esprit vers les anticipations ou les ruminations, ces « pollutions mentales » qui altèrent notre bien-être. Mais chez certains patients, cette incapacité à empêcher leur esprit d'aller vers la douleur et l'erreur, c'est le cœur même de leurs difficultés – et l'une des sources des récurrences de leurs souffrances, notamment chez les déprimés et les anxieux. Les approches de type Mindfulness se donnent pour objectif de les aider à mettre en place des automatismes de pensée et d'attention les rendant mieux capables de tenir à distance ces programmes quasi-réflexes d'inquiétudes et de ruminations, basés sur des petits amorçages quotidiens. Il s'agit d'un outil psychothérapique remarquable, auquel ont été consacrés à ce jour un nombre important de travaux scientifiques, dans des indications très variées : dépression, anxiété, troubles de la personnalité, dépendances, troubles psychotiques, bipolarité, troubles des conduites alimentaires, troubles du contrôle des impulsions, etc. De nombreuses données de neuro-imagerie permettent aussi de comprendre de quelle manière la méditation de pleine conscience influence la dynamique fonctionnelle cérébrale chez ses pratiquants, novices ou entraînés.

Pourtant, ces approches suscitent encore parfois des réserves. Ce qui est parfaitement normal, dans le monde de la psychothérapie : les patients viennent nous confier leur intimité et leurs souffrances, il est hors de questions de leur proposer des méthodes douteuses ou inefficaces.

La première des réserves suscitées par la méditation de type Mindfulness réside dans l'usage même du mot « méditation ». Ce dernier inquiète dans le monde du soin psychologique, et évoque pêle-mêle religion, sectes ou charlatanisme. Tant mieux : que cela rende prudents et les apprentis thérapeutes et les patients soucieux d'être soignés par ces approches. Rappelons ces droits inaliénables du patient : demander à son thérapeute éventuel ses diplômes, ses formations, la description de ses techniques, leur déroulement précis ; et se sentir libre d'interrompre la thérapie à tout moment, de solliciter un autre avis, sans que le thérapeute n'en prenne ombrage...

La deuxième réserve est celle de praticiens qui disent : « J'en fais déjà ! J'apprends déjà à mes patients à se relaxer, à ne pas ruminer ! » C'est possible. Mais des conseils ne représentent pas une thérapie. Dispenser de vagues encouragements à ses patients phobiques pour les inciter à se confronter à leurs peurs, ce n'est pas une thérapie comportementale. Rappeler aux dépressifs qu'il ne faut pas se laisser noyer par ses pensées négatives, ce n'est pas une thérapie cognitive. De même, conseiller à ses patients de prendre du recul, ce n'est pas leur avoir appris des techniques Mindfulness... Dans ces dernières, l'exigence de travail sur la vie intérieure est bien plus grande, et de nombreuses heures d'exercices sont nécessaires pour apprendre à prendre conscience des mouvements intérieurs de son esprit, pensées ou émotions, pour apprendre à les observer au lieu d'y participer, à les accueillir ou les accepter avant de vouloir les expulser ou les contrôler, même si les bases en sont très simples, ces approches nécessitent une formation personnelle préalable approfondie du praticien, et aussi qu'il soit un méditant régulier. Plus peut-être que dans d'autres approches cognitives et comportementales, la pratique personnelle du thérapeute compte beaucoup ici.

L'apparition des techniques de type Mindfulness représente sans doute une étape importante dans l'histoire des psychothérapies. Elle s'inscrit dans une troisième vague des thérapies comportementales et cognitives : après la vague comportementale des années soixante, la vague cognitive des années quatre-vingt, nous vivons aujourd'hui une vague « émotionnelle » où l'on commence à étudier de manière rigoureuse les dysrégulations émotionnelles, présentes notamment dans les troubles anxieux et dépressifs. Elle repose aussi sur une nouvelle approche des troubles psychiques, moins stigmatisée, où – comme dans le cadre d'un diabète ou d'une hypertension artérielle – l'on ne s'attache pas tant à rechercher seulement des causes, dans le but de les éradiquer (ce qui n'est pas toujours possible), mais on met aussi au point des moyens de ne pas laisser sa vulnérabilité abîmer ou empêcher sa vie. Une approche où l'on aide le patient à améliorer activement son bien-être global, et pas seulement à faire reculer ses symptômes. Les techniques de Mindfulness ne sont d'ailleurs pas seulement des outils de soin, mais aussi des manières durables de modifier son rapport à soi et au monde, des manières de se changer et de changer le monde. Dans son sens bouddhiste, le mot *méditation* signifie « cultiver », « se familiariser ». Ainsi, la mindfulness offre une manière de vivre au sein de laquelle on développe peu à peu une conscience plus précise de nos mécanismes mentaux et une capacité accrue à se libérer de leurs automatismes, en sachant demeurer dans le discernement et le moment présent. Cet « entraînement de l'esprit » a pour objectif de nous éviter des souffrances inutiles, de nous amener vers davantage de liberté, pour choisir sur quoi porter et maintenir notre attention : car être libre, c'est être maître de soi-même et des mouvements de son âme. Sans renoncer à l'action. L'acceptation de ce qui est – un des piliers de la méditation Mindfulness – ne suppose en rien le renoncement à le changer : ce n'est pas acceptation *ou* action, mais acceptation *puis* action ! De même, la pleine conscience ne se limite pas à un travail sur l'attention. Correctement pratiquée, la pleine conscience favorise naturellement l'essor de la bienveillance. Pour les patients déprimés, auxquels ce livre est consacré, cette bienveillance prendra d'abord la forme d'une bienveillance envers soi-même. Mais on peut aller au-delà : alors que la pleine conscience fait par exemple depuis peu son entrée dans le monde de l'entreprise, et afin d'éviter tout risque de l'utiliser comme un simple outil pour augmenter sa concentration afin d'atteindre les objectifs éthiquement discutables (on pourrait imaginer un psychopathe se servant de la pleine conscience pour mieux arriver à ses fins nuisibles), l'intégration d'une composante altruiste, dans ce qui pourrait être appelé « la pleine conscience bienveillante », pourrait offrir un moyen très puissant et purement laïque de cultiver la bienveillance et de promouvoir une société plus altruiste. Ce sera sans doute une évolution importante de ce mouvement.

Mais vous allez bientôt mieux connaître et les enjeux et les méthodes, car l'essentiel, c'est l'ouvrage que vous tenez entre les mains : il s'agit à ce jour du manuel le plus précis et le plus détaillé à l'intention des thérapeutes qui veulent comprendre et utiliser les techniques de Mindfulness auprès de leurs patients dépressifs. Cette nouvelle édition, enrichie et mise à jour, a intégré les plus récentes évolutions théoriques et pratiques de la discipline, et vous offre un outil de très grande qualité. Ses auteurs sont

des chercheurs et des cliniciens de haut niveau, pour qui nous avons la plus grande estime et la plus grande sympathie. Et pour qui nous éprouvons aussi une immense gratitude pour avoir pris la peine de mettre ainsi à la disposition des thérapeutes un outil qui va les aider à soulager bien des souffrances.

Nous vous souhaitons une très bonne et très passionnante lecture...

Christophe André, psychiatre,
psychothérapeute et écrivain, France.
(Il a publié sur ce thème : *Méditer jour après jour*.
Paris, Éditions de L'Iconoclaste, 2020.)

Matthieu Ricard, moine bouddhiste,
Monastère de Shechen, Népal,
et *Mind and Life Institute*, USA.
(Il a publié sur ce thème :
*L'art de la méditation :
Pourquoi méditer ? Sur quoi ? Comment ?*
Paris, Éditions Retrouvées, 2021.)

Remerciements des auteurs

C'est avec plaisir et gratitude que nous remercions tous ceux qui, à différents moments et de différentes façons, ont soutenu l'élaboration et l'évaluation de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT). En contribuant à l'entretien de sa vitalité sur le long terme, ils ont permis la parution de cette deuxième édition. En plus des personnes que nous avons citées dans la première édition, et même si nos remerciements s'étendent également à de nombreux autres acteurs que nous ne nommerons pas, nous souhaitons souligner la contribution d'un certain nombre d'intervenants. À Toronto, nous remercions Susan Woods, Peter Bieling, Sona Dimidjian, Lucio Bizzini, Guido Bondolfi, Christophe André, Adam Anderson, Norman Farb, Graham Meadows, Patricia Rockman et Stuart Eisendrath. À Oxford, nous remercions Catherine Crane, Danielle Duggan, Thorsten Barnhofer, Becca Crane, Sarah Silverton, Christina Surawy, Marie Johansson, Melanie Fennell, Antonia Sumbundu et John Peacock. À Cambridge, nous remercions Christina Feldman, Willem Kuyken, Michael Chaskalson, Cieran Saunders (Ruchiraketu), Trish Bartley et Alison Evans.

Ce livre ne se résume pas au récit de la genèse d'un traitement thérapeutique pour contrer les rechutes dépressives. Il raconte également, étape après étape, notre évolution vers une vision entièrement nouvelle des thérapies nécessaires au traitement de la dépression et ses conséquences. Dans les deux cas, les membres du personnel du Centre pour la pleine conscience dans la médecine, les soins de santé et la société (*Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society*) de l'école de médecine de l'Université du Massachusetts, et tout particulièrement Jon Kabat-Zinn, Saki Santorelli, Ferris Urbanowski et Elana Rosenbaum, ont joué un rôle décisif. Melissa Blacker et Florence Meleo-Meyer ont également généreusement soutenu le projet tout au long de ces années.

Notre réflexion théorique ainsi que notre enseignement ont été largement influencés par d'autres acteurs de la communauté de la pleine conscience. Nous avons la chance extraordinaire de bénéficier depuis de nombreuses années de la guidance, du soutien et de la sagesse de Jon Kabat-Zinn et de Christina Feldman, qui ont tous deux marqué de leur empreinte tant le contenu de notre enseignement que son style. D'autres enseignants de la méditation de l'inspection (Vipassana⁷), comme Sharon Salzberg, Joseph Goldstein, Jack Kornfield et Larry Rosenberg, ont par leurs écrits et leurs paroles affiné notre compréhension de l'essence même de la pratique de la pleine conscience. Chaque fois que nous avons pu retracer l'origine de l'influence des différents acteurs de la *mindfulness* sur notre enseignement de la MBCT, nous l'avons indiqué dans notre texte, mais nous pressentons que certaines de ces influences ont été incorporées implicitement à notre approche. Nous demandons ici d'excuser la présence de tout matériel dont nous aurions omis de citer la source.

La poursuite de nos travaux au-delà des premières analyses contrôlées a reçu le soutien financier du *National Institute of Mental Health* (n° MH066992) et du *Wellcome Trust* (n° GR067797). À titre personnel, nous avons également reçu le soutien du *Centre for Addiction and Mental Health* de l'Université d'Oxford, et du *Medical Research Council* du Royaume-Uni.

Nous souhaitons également remercier Jim Nageotte, rédacteur en chef de *Guilford Press*, pour ces conseils éditoriaux répétés, ainsi que Kevin Porter de *A Musik Zone*, pour son oreille attentive tout au long de l'enregistrement des fichiers audio.

Nos remerciements et notre sincère gratitude vont enfin vers les courageux patients qui ont participé aux groupes de MBCT. Nous leur sommes reconnaissants de nous avoir permis de faire part de leurs expériences dans ce livre. Le travail réalisé avec eux a été pour nous, et continue de l'être, un ingrédient vital à notre apprentissage et à notre inspiration. Nous sommes profondément émus de savoir que ce travail s'est également révélé bénéfique pour beaucoup d'entre eux.

Remerciements de l'éditeur

L'éditeur réitère ses remerciements à Pierre Philippot, docteur en psychologie et professeur de psychologie clinique à l'UCLouvain, pour son investissement dans ce projet et notamment sa participation à la révision scientifique de la 1^{re} édition.

Introduction

Jamais nous n'aurions imaginé un tel scénario. Vous tenez entre vos mains la deuxième édition d'un livre publié pour la première fois en 2002, qui, par de nombreux aspects, a constitué un nouveau départ pour chacun d'entre nous. Nous étions alors loin de nous douter que nos recherches sur les processus en jeu dans les rechutes dépressives (et plus tard les implications concrètes qui en découlaient en matière de prévention) auraient l'influence qu'elles ont eue. Avec le recul, il nous apparaît que Jon Kabat-Zinn, dans la préface qu'il avait rédigée à la première édition, avait été nettement plus clairvoyant. Il affirmait à l'époque que l'application de la pleine conscience à la santé mentale transformerait le domaine. Pour lui, les recherches sur les mécanismes d'interaction entre, d'une part, les pratiques de la sagesse ancestrale et, d'autre part, les processus en jeu dans le maintien de la vulnérabilité dépressive, qui plus est menées dans le contexte des découvertes les plus récentes en matière de psychologie, seraient particulièrement éclairantes. Il y voyait une façon d'éveiller la communauté scientifique à l'énorme potentiel de transformation qui naît de la culture de l'attention instant après instant.

La rédaction de la deuxième édition nécessitait que plusieurs défis soient relevés. Nous devions rester fidèles aux intentions qui sous-tendaient la première édition, tout en reconnaissant honnêtement les erreurs que nous avons commises. Nous voulions exposer plus explicitement les aspects théoriques qui manquaient de clarté ou avaient été mal compris. Nous souhaitions partager de nouvelles connaissances tant théoriques que pratiques, et décrire les éléments de la MBCT que notre expérience nous avait conduits à abandonner et ceux qui au contraire avaient été nouvellement inclus. Enfin, notre nouvelle édition devait clairement exposer ce qui avait été modifié et ce qui ne l'avait pas été.

Lors de la première édition, nous avons expliqué que notre objectif, en 1992, était de trouver une version de maintien de la thérapie cognitive, mais que très vite nous

avons constaté que les données scientifiques et cliniques combinées à notre expérience nous indiquaient des directions inédites. En 2002, dix ans de recherche et un essai clinique plus tard, nous exposons dans notre livre l'état le plus avancé de notre compréhension du risque latent de la rechute dépressive, et proposons un programme en huit semaines susceptible de réduire ce risque.

En réalité, à cette époque, nous disposions de fondements solides pour certaines des idées fondatrices du programme, mais d'assez peu de données empiriques relatives à son efficacité même. Ceci est bien compréhensible, dans la mesure où la pleine conscience en tant qu'approche thérapeutique de la dépression était, pour nous tous, un terrain inexploré. En outre, le problème de récurrence dépressive que nous cherchions à cerner commençait à peine à émerger. Ce n'était en effet qu'à la fin des années 1980 que les cliniciens avaient conclu à la dure réalité que dès lors qu'une personne avait connu un épisode dépressif, elle présentait un risque accru de rechute. À l'époque, tout naturellement, les traitements de la dépression s'étaient focalisés sur la résolution de l'épisode aigu, de façon à soulager le patient dépressif d'une souffrance intense. Nous visions autre chose : nous voulions aider les patients à se maintenir dans un état de bien-être une fois que l'épisode dépressif était terminé, et réduire le risque de rechute. Quand nous avons commencé nos recherches, nous ignorions comment y parvenir. Nous étions par ailleurs loin de penser qu'une approche appelée méditation de l'inspection ou encore *mindfulness* pourrait nous offrir une réponse.

Ce volume raconte à nouveau cette histoire et la prolonge. Nous commençons par présenter ce qui nous a poussés à croire que cette approche particulière de la dépression valait la peine d'être privilégiée, en nous basant sur la littérature scientifique et les résultats de nos propres recherches. Dans un premier temps, nous avons cherché à améliorer nos connaissances théoriques de la dépression récurrente et, dans un second temps, à mettre en pratique ces connaissances. Cela ne s'est pas fait sans mal. La thérapie qui est aujourd'hui connue sous le nom de « thérapie cognitive basée sur la pleine conscience » (MBCT) ne faisait pas partie de nos premiers objectifs. Nous ne parlions d'ailleurs pas de MBCT lorsque nous avons envisagé la possibilité d'intégrer la pleine conscience dans notre approche.

Dans la première édition, nous décrivions dans le détail l'évolution de nos recherches : notre constat d'origine autour des défis de la dépression, puis les nombreux faux départs, jusqu'à la conclusion provisoire que la pleine conscience pouvait constituer un outil puissant pour les nombreuses personnes coincées dans la situation délicate d'une vulnérabilité à la dépression. Nous devons maintenant aller plus loin. Entre-temps, de nouvelles études ont amélioré nos connaissances au sujet de la nature de la dépression. De nouveaux travaux ont évalué l'efficacité sur le long terme des antidépresseurs et des traitements psychologiques. Des recherches récentes ont cherché à déterminer l'action, le fonctionnement et le public cible de la pleine conscience. En 2002, les études qui reposaient sur l'utilisation de l'imagerie cérébrale étaient rares ; à l'heure actuelle, on dispose de données fondamentales sur les mécanismes cérébraux de personnes pratiquant la *mindfulness*.

Le fait le plus marquant est sans nul doute l'explosion d'intérêt, totalement inattendue, pour l'intégration de la pleine conscience dans le traitement de pathologies de la santé en général et de la santé mentale en particulier. Pour comprendre ce phénomène, en tout cas en ce qui concerne la santé mentale qui est notre domaine de compétence, il nous faut remonter au début de notre collaboration. En effet, à cette époque, nous n'avions pas du tout envisagé de prendre cette direction. Comment alors sommes-nous parvenus à notre position actuelle ?

L'histoire commence au cours de l'été 1989. Mark Williams et John Teasdale travaillaient alors tous deux au centre de psychologie appliquée du *Medical Research Council* (aujourd'hui appelé *Cognition and Brain Sciences Unit*) à Cambridge, en Angleterre. Zindel Segal, en chemin vers le congrès mondial de thérapie cognitive qui se tenait à Oxford cette année-là, leur rendit visite. Nous avions des intérêts communs, puisque nous travaillions tous depuis plusieurs années sur les modèles psychologiques et les traitements de la dépression. Chacun d'entre nous avait été sélectionné pour présenter ses travaux au congrès en question.

À Cambridge, au cours d'une réunion qui précéda le congrès, notre intention était de discuter des aspects énigmatiques des recherches récentes sur la cognition et les émotions. Nous cherchions à déterminer dans quelle mesure les avancées dans le domaine pourraient expliquer l'interaction des pensées et des sentiments négatifs en période de dépression ainsi que les effets dévastateurs de cette interaction. Même si nous avions chacun adopté des approches légèrement différentes, nos préoccupations nous rapprochaient. Tous trois, nous cherchions à comprendre l'incidence de la dépression sur les pensées ; à comprendre pourquoi cette modification des pensées commençait par maintenir le patient dans un état négatif, état qui ensuite se dégradait.

Nos conversations se focalisaient principalement sur les mécanismes sous-jacents aux transformations des pensées et des sentiments en période de dépression. Nous ne cherchions pas à élaborer un traitement contre la dépression, parce qu'à la fin des années 1980, des traitements psychologiques existaient déjà, et donnaient des résultats comparables aux traitements par antidépresseurs. Il nous semblait donc peu probable que de nouvelles recherches sur les traitements de la rechute dépressive puissent apporter quoi que ce soit de neuf au domaine.

Au lieu de cela, nous nous sommes demandé pourquoi certaines personnes étaient plus susceptibles que d'autres de retomber en dépression après une période rémission. La littérature académique n'apportait pas de réponse définitive à cette question. Certaines études antérieures laissaient entendre que les personnes qui, après la rémission, conservaient un certain type de croyance, un certain type d'attitude envers elles-mêmes et le monde extérieur, étaient celles qui présentaient le plus haut risque de rechute. Ces croyances comprenaient des affirmations du type « Si je ne fais pas aussi bien que les autres, cela veut dire que je suis un être humain inférieur » ou « Ma valeur en tant que personne dépend en grande partie de ce que les autres pensent de moi ». On pensait à l'époque que de telles attitudes et de telles croyances augmentaient la probabilité de l'émergence d'une dépression, en grande partie parce qu'elles établissaient un lien

entre l'estime de soi et des événements qui, de près ou de loin, étaient souvent hors du contrôle de la personne dépressive. Un questionnaire connu sous le nom d'échelle des attitudes dysfonctionnelles (*Dysfunctional Attitude Scale*) avait été mis au point pour mesurer la valeur attribuée par ces personnes à leurs croyances.

De plus en plus fréquemment, les chercheurs remettaient en cause le rôle de ces attitudes dans la rechute dépressive. Leur argument était que les patients qui, à la fin du traitement, continuaient d'entretenir ce type de croyances n'étaient peut-être pas pleinement guéris, et qu'il n'était dès lors pas étonnant que leur risque de rechute fût accru. Il est en effet avéré que l'intensité des symptômes résiduels après traitement est un des meilleurs indicateurs de rechute.

Mais cette théorisation de la rechute dépressive comportait d'autres lacunes. Plusieurs études montraient que des patients totalement guéris, dont le niveau d'humeur dépressive avait donc rejoint le niveau moyen de la population, ne montraient aucun signe d'une telle façon de penser. Les scores obtenus sur l'échelle des attitudes dysfonctionnelles étaient normaux, alors que nous savions que ces personnes courraient un risque très élevé de connaître une nouvelle dépression. Comment, dans ce cas, pourrions-nous déterminer la vulnérabilité de ces patients ? Sans pouvoir apporter de réponse à cette question, nous avons cependant continué à en débattre. Nous en dirons plus un peu plus tard. Mais à l'issue du congrès d'Oxford, nous sommes repartis dans nos centres académiques respectifs tout en nous promettant de rester en contact.

Deux années plus tard, en 1991, l'occasion se présenta de nous retrouver à nouveau pour approfondir les mêmes questions. David Kupfer, qui dirigeait le réseau de recherche en psychobiologie de la dépression (*Psychobiology of Depression Research Network*) de la Fondation John D. et Catherine T. MacArthur, avait demandé à Zindel Segal d'élaborer une « version de maintien » de la thérapie cognitive à l'usage des patients dépressifs. Cette version avait pour but de maintenir les patients dans l'état de bien-être retrouvé après la rémission d'un épisode aigu de la maladie. Une thérapie de maintien est une façon de continuer à soigner les individus qui sont en rémission, mais toujours à risque. Ce type de thérapie est moins souvent proposé qu'une thérapie ordinaire, mais elle garde le même objectif : renforcer la capacité des patients remis de dépression à identifier et gérer des problèmes qui, s'ils sont ignorés, peuvent mener à la dépression. David Kupfer et Ellen Frank venaient de publier une étude novatrice qui démontrait la valeur de telles séances de maintien dans le cas d'un traitement structuré, connu sous le nom de thérapie interpersonnelle. Une version de maintien de la thérapie cognitive pouvait-elle être mise sur pied de la même manière ? Zindel Segal, qui assurait la direction du centre de thérapie cognitivo-comportementale (*Cognitive Behaviour Therapy Unit*) du *Clarke Institute of Psychiatry*, contacta Mark Williams (qui avait quitté Cambridge pour l'Université du Pays de Galles à Bangor et est aujourd'hui à l'Université d'Oxford) et John Teasdale pour envisager la possibilité d'une collaboration.

Notre première rencontre eut lieu à Toronto en avril 1992. Les notes de cette réunion esquissent les grandes lignes d'une thérapie cognitive de maintien comme nous l'entendions à l'époque. Ces grandes lignes n'ont rien en commun avec l'approche

que nous avons finalement mise au point. En effet, dans les années qui suivirent, nous nous sommes finalement très fortement écartés de la forme de thérapie cognitive à laquelle chacun de nous avait été formé.

Comme l'explique la première partie de ce livre, nous avons commencé par nous en éloigner en ajoutant à la thérapie cognitive une composante d'entraînement attentionnel. Nous avons très vite constaté que cela ne suffisait pas. Nous avons ensuite abandonné le cadre « thérapeutique » pour travailler dans un cadre plus proche de celui de la *mindfulness*, qui insistait sur le maintien des pensées et des émotions dans le champ de la conscience plutôt que sur des tentatives de changement de ces pensées et émotions. Nous avons finalement abouti à l'intégration des principes fondamentaux de la thérapie cognitive à une pratique durable de la *mindfulness*. Le volume de 2002 rapporte précisément notre démarche.

À la parution de la première édition, nous fûmes surpris de constater l'influence de cette approche sur le monde thérapeutique. En effet, au cours des premières étapes de l'élaboration de la MBCT, nous nous étions souvent inquiétés de la réception qu'une telle thérapie recevrait. Notre intuition était que même si elle se révélait utile pour certains patients, elle resterait toujours un courant mineur de la pratique thérapeutique. Nous avons apparemment mal évalué la situation. Pour des raisons qui nous échappent encore, l'approche basée sur la pleine conscience était dans l'air du temps. Au fur et à mesure d'un consentement grandissant autour de la pertinence de la MBCT, des questions fondamentales furent mises au jour par les thérapeutes. Par exemple, pourquoi opter pour la MBCT et qu'est-elle exactement ? Est-elle efficace ? Comment fonctionne-t-elle ? Qui serait susceptible de l'enseigner ?

Pourquoi opter pour la MBCT et qu'est-elle exactement ? En 2002, l'histoire ne faisait que commencer. Dix ans plus tard, il est intéressant de s'interroger sur son déroulement. C'est pourquoi, dans cette seconde édition, nous avons choisi de mettre en lumière les nouveaux aspects théoriques et les nouvelles recherches susceptibles de motiver l'utilisation d'une approche basée sur la pleine conscience dans le cadre d'un traitement de la rechute dépressive. Nous exposons les changements du programme lui-même, et nous revenons sur les aspects qui n'étaient pas clairement formulés et sur les problèmes de compréhension qui en ont résulté, en essayant, cette fois, d'être plus clairs. À cette fin, nous nous interrogeons sur l'incidence des différentes dimensions de la pleine conscience à chaque étape du programme, en essayant de répondre aux questions les plus récurrentes.

La MBCT est-elle efficace ? Au moment de la publication de la première édition, seul un essai clinique avait été réalisé qui montrait l'efficacité de notre thérapie sur la réduction du risque de rechute. Même si nous avions attendu de disposer des résultats de cet essai clinique avant de nous mettre à rédiger notre livre, les données de l'époque étaient purement préliminaires. Allaient-elles se confirmer ? Aujourd'hui, dix ans plus tard, nous connaissons la réponse à cette question. Pour l'illustrer, nous exposons les résultats de cinq autres travaux de recherche qui ont évalué l'approche basée sur la pleine conscience. Deux d'entre eux ont comparé la MBCT avec le traitement contre la rechute dépressive le plus fréquemment administré : la prise continue

d'antidépresseurs. Les résultats convergent : la MBCT réduit considérablement le risque de rechute chez des patients qui ont connu les passés dépressifs les plus longs et le plus grand nombre de rechutes.

D'où lui vient cette efficacité ? Au moment de la rédaction de la première édition, notre analyse théorique améliorée de notre travail clinique nous avait permis d'émettre un certain nombre d'hypothèses sur le type de mécanismes déterminants en jeu. Mais peu de recherches avaient pour objectif de déterminer quels paramètres étaient modifiés par les huit semaines de programme ou de définir quels changements étaient décisifs pour la prévention des rechutes. Les réponses qui se profilent sont fascinantes et d'une importance cruciale pour notre compréhension de la dépression.

Comment le clinicien doit-il se préparer pour enseigner la MBCT ? En 2002, nous n'en étions pas du tout certains. Aujourd'hui, dix ans plus tard, nous avons participé à la formation de plusieurs centaines d'instructeurs potentiels en MBCT partout dans le monde. Nous faisons état de ce qui nous paraît être les meilleurs contextes et les expériences les plus appropriées pour la formation d'un instructeur. Peu à peu, nous avons réalisé le caractère fondamental de ces critères de formation. Ils sont essentiels pour ne pas aggraver l'état des patients qui voient en nous une aide possible ; mais ils sont également essentiels, car ils offrent l'assurance que les patients participeront à un programme qui les délivrera réellement et durablement de la souffrance dépressive. Il nous apparaît, plus clairement encore aujourd'hui qu'en 2002, que l'expression « basé sur la pleine conscience » ne signifie pas que l'enseignement en classe ou à la clinique est « ancré dans la pleine conscience ». Elle signifie que la « base » sur laquelle s'appuient les compétences de l'instructeur se construit à partir de sa propre pratique quotidienne de la *mindfulness*. Comprenons nous bien. Les instructeurs de la MBCT doivent présenter les compétences de tout professionnel qualifié et reconnu dans son domaine. Mais ils doivent également acquérir une connaissance approfondie de la pratique et de ses effets, ce qui ne peut se développer qu'en faisant l'expérience intime de ce qu'est et de ce que n'est pas la pleine conscience. Cela signifie que les *instructeurs* de la pleine conscience sont des *praticiens* de la pleine conscience au quotidien. Sans une pratique personnelle et continue de la *mindfulness*, ce qui est transmis aux patients ne relève pas d'une thérapie basée sur la pleine conscience.

Le livre s'ouvre sur un rappel de quelques fondamentaux de la dépression. En examinant ce trouble à la lumière des vingt années qui se sont écoulées depuis le début de nos recherches, il ne fait aucun doute qu'il représente encore aujourd'hui un des problèmes les plus pressants du domaine de la santé mentale. Quelle était la situation à la fin des années 1980 ? Quelles nouvelles tendances se dessinaient à cette époque ? Nous verrons que la compréhension des humeurs dépressives était en pleine mutation : la dépression était depuis longtemps considérée comme un problème épisodique et unique. Elle était désormais décrite comme un trouble chronique et récurrent. Les décideurs politiques dans le domaine de la santé prenaient peu à peu conscience de ce que la dépression était en passe de devenir une des « maladies » majeures du *xxi^e* siècle et qu'elle exigeait de nouvelles solutions.

PARTIE I

Le défi de la dépression

CHAPITRE 1

Dépression : l'étendue du problème

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

Qu'entend-on par dépression ? Dans son acception la plus commune, le terme suggère que l'on se sent « dans un creux » ou « cafardeux ». Mais de telles expressions omettent le caractère essentiel de syndrome de ce trouble clinique, à savoir qu'il consiste en une combinaison d'éléments plutôt qu'en un seul trait caractéristique.



DÉFINITION

La dépression clinique (parfois également appelée « dépression majeure ») est un état dans lequel une humeur dépressive ou une perte d'intérêt persistantes surviennent, accompagnées d'autres signes physiques et mentaux objectivables, comme par exemple un sommeil perturbé, un appétit déréglé, une diminution de la concentration, et des sentiments de désespoir et d'insuffisance. Le diagnostic de dépression n'est posé que lorsque plusieurs de ces éléments sont présents simultanément, durant deux semaines au moins, et interfèrent clairement avec la capacité de la personne à accomplir ses activités quotidiennes.

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

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

Au cours des vingt dernières années, notre compréhension de la dépression s'est affinée, notamment en termes d'appréciation du degré d'incapacité associé

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

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

1. Optimisme précoce pour le traitement de la dépression

Dès lors qu'il était avéré que la dépression était un problème, quelles étaient les solutions possibles ? À la fin des années 1980, on combattait la dépression de diverses manières. Les antidépresseurs, qui étaient utilisés depuis leur découverte dans les années 1950, avaient été améliorés et on disposait à leur propos de nombreuses données attestant de leur efficacité. La plupart de ces médicaments ciblaient, au niveau cérébral, le fonctionnement des neurotransmetteurs (messagers chimiques qui permettent aux impulsions neurales de passer d'une fibre nerveuse à une autre par leurs jonctions, qu'on appelle les « synapses »). Ce faisant, ils renforçaient l'efficacité des connexions entre les cellules cérébrales et augmentaient la quantité de neurotransmetteurs, comme la noradrénaline et la sérotonine, disponibles entre les synapses¹⁴. Même si le processus associé à ce mode de fonctionnement reste peu clair, les faits ont montré que certains de ces antidépresseurs bloquent la recapture des neurotransmetteurs par d'autres cellules, alors que d'autres antidépresseurs stimulent les cellules nerveuses pour qu'elles libèrent plus de neurotransmetteurs. Dès la fin des

années 1980, les antidépresseurs étaient devenus le traitement de première ligne de la dépression clinique¹⁵. C'est d'ailleurs toujours le cas aujourd'hui. Malheureusement, des données alarmantes montrent que pour les dépressions légères à modérées, les antidépresseurs ne sont pas plus efficaces qu'un placebo¹⁶, et que même lorsqu'ils sont efficaces, chez certains patients, pour une raison qui nous échappe encore, leur action s'amointrit après un à deux ans de traitement continu¹⁷.

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

Avec un tel éventail de traitements contre la dépression, on aurait pu penser que le problème était résolu. Malheureusement, alors que les traitements pour la dépression courante s'avéraient efficaces, la recherche montra que le taux mondial de prévalence était influencé par un élément majeur : la *réurrence* de nouveaux épisodes dépressifs chez les personnes qui en avaient déjà fait l'expérience. L'étendue du problème avait changé.

2. La dépression comme maladie chronique récidivante

Pourquoi cet aspect de la dépression n'avait-il pas été remarqué plus tôt ? Tout d'abord parce que la plupart des données à la base de notre compréhension de la dépression

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

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

En 1983, Martin Keller et ses collaborateurs conduisirent une des premières études de ce type²³. Ils suivirent pendant treize mois 141 patients atteints de trouble dépressif majeur et rapportèrent que quarante-trois d'entre eux (33 %) avaient rechuté après une période de rémission d'au moins huit semaines. Les patients en rémission étaient manifestement confrontés au défi majeur de conserver la santé et les gains du traitement. Toutes les recherches menées depuis lors vont dans ce sens : un minimum de 50 % des patients remis d'un premier épisode dépressif connaîtront au moins un second épisode dépressif²⁴, et les patients ayant vécu deux épisodes ou plus ont une probabilité de 70 à 80 % de faire une récurrence au cours du reste de leur vie⁶. Jusque-là, les professionnels de la santé mentale distinguaient les états « aigus » (court terme) des états « chroniques » (long terme, d'une durée de plus de deux ans), relevant que certaines dépressions pouvaient *sembler* aiguës, mais que beaucoup de personnes remises de leur dépression restaient « chroniques » dans le sens d'une vulnérabilité accrue et à long terme. Dans un article souvent cité²⁵, Judd conclut que « la dépression unipolaire est une maladie chronique qui dure toute la vie, dont le risque de récurrence dépasse 80 %. Les patients connaîtront au cours de leur vie en moyenne quatre épisodes dépressifs majeurs d'une durée de 20 semaines chacun ». De telles données ont permis de dégager le consensus qui prévaut actuellement selon lequel la rechute et la récurrence faisant suite à un traitement concluant de la dépression sont un phénomène courant et invalidant (Voir figure 1.1²⁶).

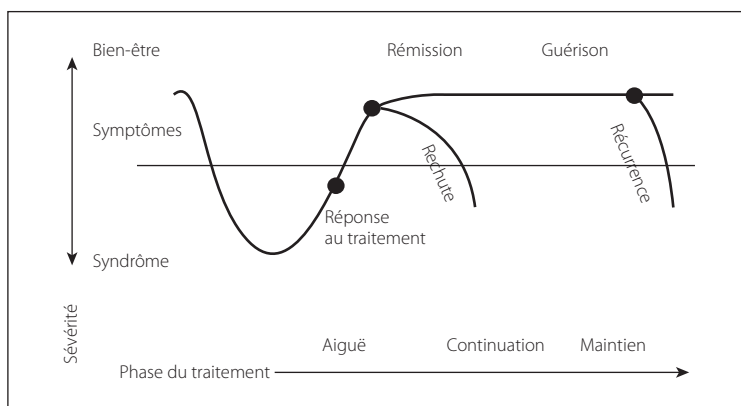


FIGURE 1.1. La dépression comme maladie chronique récidivante

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

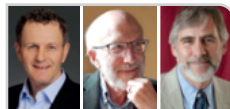
Les données de Keller tendaient à montrer une grande différence de pronostic entre les patients n'ayant jamais connu antérieurement d'épisode dépressif et ceux ayant connu antérieurement au moins trois épisodes dépressifs. La différence du taux de rechute entre ces deux groupes était significative :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

Le nombre d'épisodes que les patients ont connu par le passé reste aujourd'hui encore un des éléments prédictifs les plus fiables de dépression future, ce qui corrobore les premières observations de Keller. Mais alors que dans les études de Keller, le seuil était fixé à trois épisodes, il est maintenant fixé à deux épisodes. Il est important de noter que le principe de séparer ces deux groupes sur la base de leur risque de rechute est toujours d'application. Ainsi, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*^[1] (DSM-IV-TR) de l'*American Psychiatric Association*²⁸ qualifie de « récurrent » tout trouble dépressif majeur diagnostiqué chez des patients qui ont connu au moins deux épisodes dépressifs.

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

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

Christophe André



Près d'une personne sur sept fait face à un épisode dépressif au cours de sa vie. Dans 50 à 80 % des cas, ce premier épisode dépressif sera suivi d'une rechute.

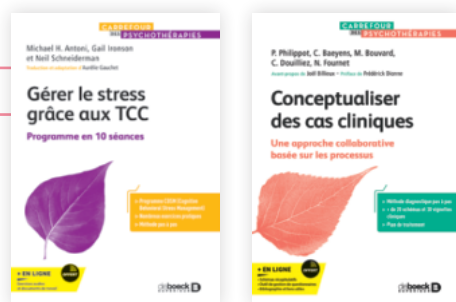
Cliniciens reconnus, méditants expérimentés et chercheurs de premier plan, Z. Segal, M. Williams et J. Teasdale ont conçu un programme en huit séances, éprouvé scientifiquement, qui intègre la pleine conscience à l'approche cognitive (MBCT). La personne dépressive apprend, au travers de nombreux exercices, à changer sa relation aux pensées, sentiments et sensations corporelles et à éviter la spirale qui la fera retomber dans la dépression. Au cœur de cette thérapie, la méditation, à la fois moyen d'intervention bénéfique auprès des patients et pratique nécessaire pour le thérapeute.

Riche de nombreux témoignages, vignettes cliniques et documents de travail, ce livre est un véritable manuel de formation pour les professionnels. Ils y trouveront :

- toutes les bases théoriques utiles ;
- un descriptif de chaque séance enrichi de plus de 10 années d'expérience ;
- des fiches techniques et des documents de travail.

- **Zindel Segal, Mark Williams et John Teasdale** sont tous trois docteurs en psychologie. Enseignants et chercheurs (États-Unis et Europe), ils sont également membres fondateurs de l'*Academy of Cognitive Therapy*.
- **Christine Michaux** est docteur en linguistique de l'Université Libre de Bruxelles. Elle enseigne la traduction à l'Université de Mons et pratique la pleine conscience au quotidien.
- **Lucio Bizzini, Guido Bondolfi et Claude Maskens**, spécialistes reconnus de la pleine conscience, ont assuré la révision scientifique du texte.

DANS LA MÊME COLLECTION



Prix : 39,90 €

ISBN : 978-2-8073-6137-9



deboeck
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com