

# **MBCT**

## **Déroulement pratique**

**D.I.U. de Mindfulness de l'Université de Toulouse**  
**Lundi 9 mai 2022**

**Docteur Christine MIRABEL-SARRON**

**Psychiatre-Psychothérapeute**

**Docteur en psychologie clinique et pathologique**

**MD PhD**

**[cmirabelsarron@club-internet.fr](mailto:cmirabelsarron@club-internet.fr)**

# M.B.C.T : C'est quoi ?

---

M.B.C.T : un programme de soins innovant ;

- 8 séances de 2 heures : bon rapport/efficacité/coût.
- Une dizaine de participants

Un **programme intégratif**, pour chaque séance :

- Des pratiques de méditation de type « pleine conscience »
- Des outils issus de la thérapie comportementale et cognitive
- Des exercices issus de la psychologie expérimentale des émotions.

# **MBCT dans la 3<sup>ème</sup> vague TCC :**

## **Une rupture conceptuelle**

- Ne plus lutter contre ses émotions, ses pensées, mais développer l'acceptation, l'ouverture, la bienveillance.

# Signification du terme MBCT

- **MBCT** pour **Mindfulness Based Cognitive Therapy** (Segal, Williams & Teasdale, 2001, 2013) est uniquement proposée par des professionnels de santé (médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers, kinésithérapeutes) ; eux seuls peuvent entreprendre la formation d'après les recommandations internationales.
- Ils doivent avoir au préalable une formation théorique sur les émotions, leurs régulations chez l'être humain, leurs dysfonctionnements dans les troubles émotionnels et avoir une expérience des patients anxio-dépressifs.

# Introduction de la *Mindfulness* dans l'intervention psychologique.

- **Jon Kabat-Zinn (1982) :**  
Développement du « Mindfulness Based Stress Reduction Program » (MBSR).
- **Marsha Linehan (1992) :**  
Dialectal Behavior Therapy: intégration d'éléments de « mindfulness ».
- **Teasdale, Segal & Williams (1995, 2001, 2013):**  
Mindfulness Based Cognitive Therapy (**MBCT**).

# Pourquoi MBCT ?

- Hypothèses d'une participation du **stress** à la symptomatologie ;
- Hypothèses d'un **évitement** des expériences internes déplaisantes dans les étiologies et dans le maintien des troubles.
- Persistance d'une **réactivité cognitive séquellaire des épisodes thymiques antérieurs.**

# **Matin**

## **Partie 1 :**

**Bases théoriques**

## **Partie 2 :**

**Déroulement M.B.C.T**

## **Partie 3 :**

**Indications et résultats principaux**

## **Partie 4 :**

**Pratiques partagées**

## **Après midi**

### **Mises en pratique :**

- Espace respiratoire,
- Les calendriers des événements agréables et désagréables,
- Scénette 1 (séance 2),
- Scénette 2 (séance 6),
- Le questionnaire A.T.Q (séance 4),



# **Partie 1 :**

## Bases théoriques

## La réactivité cognitive (Segal, 1988).

- Même en phase de rémission de la dépression, il existe des moments de tristesse adaptés, qui ramènent à la conscience les vieilles routines de pensées dépressives (pensées, schémas cognitifs, ...)
- **La M.B.C.T** a pour but de réduire chez le patient sa réactivité cognitive qui est un facteur de risque à la rechute dépressive ou à la récurrence des épisodes.
- Le patient développe alors la capacité à se désengager de ses émotions pénibles source de pensées négatives, mais aussi de stress associé.

## But de la M.B.C.T (Teasdale et al.,1995).

- Eviter la consolidation de **patterns cognitifs**, de pensées négatives qui peuvent transformer des états d'humeur négatifs en rechutes dépressives ;
- Quitter ses routines cognitives qui s'autoalimentent ;
- Mettre à distance « **les vieilles habitudes de pensées** » qui sont **automatiques, ruminatives** et qui sont actionnées par un souhait de se débarrasser de cette humeur négative
- Donc arrêter de s'impliquer dans ses habitudes et développer un autre mode de relations avec ses **événements mentaux**.

## Le mode « faire »

### Le mode « faire » : Mode dirigé vers un but :

- il va dans une direction et il mesure la distance au but.
- Le résultat est que l'esprit voyage souvent vers l'avenir ou le passé et que les expériences vécues la plupart du temps ne sont pas celles d'être vraiment ici et maintenant.
- Il nous permet de résoudre des problèmes pratiques.

## Le mode « être ».

- **Le réel est appréhendé directement par nos sens** dès notre naissance, avant d'être pensé.
- C'est un mode de connaissances entièrement différent du mode «**faire**» et des pensées qui l'accompagnent ;
- Cultiver le mode «**être**» c'est sortir de sa tête et apprendre à expérimenter directement le monde,

## **Partie 2 :**

### Déroulement M.B.C.T

# Faire attention à tout moment.

- Est au centre des séances 1 à 4.
- Le participant devient alors conscient du peu d'attentions qu'il accorde habituellement à sa vie quotidienne ;
- Prise de conscience de la vitesse à laquelle l'esprit saute d'un sujet à un autre ; apprentissage à ramener l'esprit qui vagabonde à un point central : soit à un point du corps (*body scan*) soit en ramenant au souffle (observation de « l'inspire et de l'expire ») ;
- La prise de conscience que **ce vagabondage de l'esprit** ouvre la porte aux pensées et aux sentiments négatifs et au risque de **rechutes associées.**

# Gérer les mouvements de l'humeur.

- C'est l'objectif de la deuxième partie, soit de la séance 5 à la séance 8.
- Quand une pensée ou un sentiment négatif surgit, des instructions sont apprises afin d'être tout simplement « là »
- Les participants apprennent à être pleinement conscients de la pensée ou du sentiment et des sensations corporelles associées.
- Le sujet peut choisir sa manière de répondre, au mieux à la situation difficile, soit maintenant soit plus tard.



# Au-delà du pilotage automatique

## Séance 1

### **Exercice du grain de raisin :**

- Centrer son attention sur les cinq sens, un par un :
  - au moment présent ;
  - sans poser de jugement ;
- Quels effets sur la prévention de la rechute dépressive ?
- **Pratique formelle du balayage corporel** : déplacer intentionnellement l'attention dans les différentes parties du corps,

# **Observer ses pensées plutôt que réagir**

## **Séance 2**

**La pleine conscience** commence quand nous reconnaissons la tendance à être sur pilote automatique et que nous nous engageons à apprendre comment mieux en sortir et devenir conscient de chaque instant.

### **Exercice : Balayage corporel**

- **Exercice cognitif « dans la rue » ;**
- **Espace respiratoire**
- **Calendrier des activités plaisantes.**

# Gérer ses obstacles

## Séance 3.

Le corps comme trace de nos émotions :

- Etirement en pleine conscience ;
- Méditation assise ;
- Mouvement en pleine conscience ;
- Calendrier des activités déplaisantes.
- Espace respiratoire.

# **Rester présent : Reconnaître l'aversion**

## **Séance 4.**

- Psychoéducation sur la dépression ;
- Questionnaire ATQ ;
- Identification des pensées résiduelles dépressives ;
- Méditation assise 4 focus ;
- Méditation en marchant ;
- Espace respiratoire.

# Laisser être et « lâcher prise »

## Séance 5.

- Développer une autre forme de relation avec nos expériences désagréables.
- Développer une posture , « d'acceptation » de l'expérience telle qu'elle est, sans la juger ou essayer de la changer.
- Méditation assise avec activation d'une situation « difficile »émotionnellement »
  - - Poème la « maison d'hôtes »
  - - Espace respiratoire « faire face ».

# Les pensées ne sont pas des faits

## Séance 6.

- Théorie de Teasdale des émotions ;
- Scénettes de la vie quotidienne: **mood state dependant.**
- Méditation assise avec exposition à une situation ou à des pensées, ou à des émotions désagréables ;
- Espace respiratoire « **faire face** ».

# Comment au mieux prendre soin de moi

## Séance 7.

- Identification des signes précurseurs de rechutes,
- Identification des activités nourrissantes et *vidantes* ;
- Méditation assise 4 focus avec exposition(s) ;
- Définition de son contrat personnel « anti-rechute ».
- Espace respiratoire avec prise de décisions d'actions

# **Plan d'action pour une nouvelle « façon d'être »**

## **Séance 8**

- Méditation, balayage corporel ;
- Revue de tous les outils appris durant les 7 premières séances : les participants peuvent s'aider mutuellement en réfléchissant ensemble aux différentes manières de répondre au mieux à ces signes.
- Chaque participant définit son contrat personnel pour le mois à venir
- Exercice motivationnel pour maintenir la pratique..



# **Processus du dialogue exploratoire ?**

**Comment ce qui vient d'être appris peut-il être appliqué à des pratiques ou à des expériences de détresses futures?**

- **CERCLE 1 : Quelle est l'expérience aujourd'hui ?**
- **CERCLE 2 : Restituer l'expérience dans le contexte personnel d'un participant.**
- **CERCLE 3 : Généralisation dans le contexte plus large du fonctionnement corps-esprit**

# But du dialogue exploratoire

Le but du dialogue exploratoire est de fournir aux participants des occasions de faire l'apprentissage, par l'expérience directe,

- d'autres façons de voir et de comprendre leurs expériences ;
- de constater l'ajout par eux-mêmes de souffrance supplémentaire, (couches émotionnelles)
- et de montrer comment ils peuvent se libérer de cette souffrance.

# **Les périodes de Feed-back : la pratique du dialogue exploratoire**

**Le champ exploratoire du dialogue établi pendant le feed-back change au cours du programme.**

**Dans les premières séances de 1 à 4 : l'accent est mis :**

- 1. Sur l'observation directe des sensations corporelles, des pensées, des impulsions et des émotions,.....**
- 2. Sur l' Identification des connexions ou non-connexions entre ces différents aspects de l'expérience.**
- 3. Sur une meilleure prise de conscience de la manière habituelle de s'identifier à ces aspects de l'expérience.**

**Dans les séances de 5 à 8 : l'accent est mis sur la généralisation de ce qui est appris pendant la pratique, de façon à relier ces expériences aux défis de la vie quotidienne. Pour ce faire, l'espace de respiration est utilisé comme moyen d'explorer l'expérience et d'y répondre avec sagesse.**

# **Exemples de questions utilisées dans le dialogue exploratoire.**

L'instructeur commence à interroger le groupe: « Qu'avez-vous remarqué au cours de cette expérience ? » ou « De quoi avez-vous pris conscience pendant cette pratique ? », suivi de « Quelqu'un souhaite-t-il faire un commentaire sur sa propre expérience ? ».

## **Qu'avez-vous remarqué dans votre corps ?**

- Des sensations physiques ?
- Des émotions, des sentiments ou d'autres sensations en lien avec elles ? »

## **Dans votre esprit ?**

- Des pensées ou des images ?
- A propos du présent, du passé ou du futur ?
- Où ces pensées ou ces images vous ont-elles emmené ?

# Qualités et attitudes de l'instructeur qui facilitent le dialogue exploratoire

1. **Ne pas savoir** : le dialogue exploratoire signifie accepter que vous ne disposez pas de toutes les réponses, et parfois même de le dire aux membres du groupe.
2. **Etre curieux** : le dialogue exploratoire signifie s'intéresser à tout ce qui est décrit indépendamment de sa valence, et particulièrement à tout ce qui concerne la triade de l'attention : les pensées, les sensations corporelles et les émotions.
3. **La gentillesse et l'hospitalité** : le dialogue exploratoire signifie accueillir tout ce qui est présent, par exemple, en utilisant les signaux non verbaux d'une attitude positive et attentive, en disant « oui ».
4. **Incarner la pratique** : le dialogue exploratoire signifie porter véritablement l'attention sur l'expérience du moment présent, et pas seulement en avoir l'air.

## **Partie 3**

### **Indications et résultats principaux**

# Historique

---

- A l'origine, en 2001, destiné aux patients déprimés unipolaires multi récurrents (au moins 3 épisodes dépressifs), quand ils sont stabilisés ;
- Depuis 2010, généralisation des indications à d'autres troubles psychologiques ;
- Un ensemble de spécialités médicales en plus de la psychiatrie pose l'indication d'une démarche de soin de type MBCT.

# **MBCT les troubles de l'humeur.**

1. La MBCT dans la prévention des rechutes .
2. La MBCT dans la diminution de la symptomatologie dépressive .
3. La MBCT et les troubles bipolaires.



# Meta-analyse de Chiesa et Serretti, 2011

- Diminution du taux de rechute dépressive chez des patients unipolaires multi-récurrents (**4 études**)
- Diminution significative des symptômes résiduels post-dépressifs (**2 études**),
- Diminution significative de la souffrance anxieuse de patients bipolaires stabilisés (**3 études**).

# Méta-analyse de Piet et Hougaard, 2011

- 6 études randomisées (*RCT*) incluant **593** patients déprimés en rémission.
- Différences significatives avec les groupes contrôles :
- **Réduction du risque de rechute dépressive de 34%**
- Pour les sujets ayant connus au moins trois épisodes dépressifs caractérisés antérieurs :
- **Réduction du risque de rechute dépressive de 43%**

# Troubles anxieux.

- Phobies sociales.
- Tag
- ESPT (SSPT)
- Tocs
- Attaques de panique
- Hypochondrie
- Anxiété sociale
- Etat de stress post-traumatique
- Symptômes anxieux, résiduels de dépression....

# Hypothèses neuro-fonctionnelles

- **Méta-analyse de Hofmann** ( 2010 ) 39 études ; 1140 patients anxieux ou déprimés. Taille d'effet 0,5
- **Méta-analyse de Strauss** (2014) : 12 études R.D.C. : 578 patients anxieux ou déprimés.
- **Méta-analyse de Chiesa, Brambilla et Seretti** (2011) rapportent que la pratique de la pleine conscience, à long terme, engendre une flexibilité accrue de la régulation émotionnelle par l'activation des régions frontales et jouerait ainsi un rôle de modulateur quant à l'activation automatique des structures amygdaliennes.
- **Méta-analyse de Pascoe** (2017) mesure des changements biologiques induits par le stress.

# **MBCT dans les troubles de l'humeur**

## **Méta-analyse de Strauss et al. (2014)**

Strauss et al. (2014): méta-analyse MBI sur RCT

▪ 12 études syndrome anxio-dépressif	<b>578 patients</b>
▪ 4 études EDC	<b>160 patients</b>
▪ 8 études état anxieux	<b>518 patients</b>
▪ 3 études anxiété sociale	<b>120 patients</b>
▪ 1 étude TAG	<b>64 patients</b>
▪ 1 étude PTSD	<b>47 patients</b>
▪ 1 étude trouble anxieux somatiques	<b>75 patients</b>
▪ 2 études anxiété multiforme	<b>146 patients</b>

# Addictions.

2010 Witkiewitz & al.

- **161** patients en cours de consolidation de sevrage (alcool) ;
- **73%** termine le groupe ;
- Agirait sur la part dépressive des patients addicts ;

Sevrage tabagique (2011) Judson A. Brewer & al.

Troubles des conduites alimentaires de type boulimique

# **Partie 4**

## Pratiques partagées

# Pratiques partagées

- Espace respiratoire
- Scénette 1
- Scénette 2
- Les calendriers



# Calendrier des événements plaisants

- Séance 2 –DOCUMENT 6 - Le calendrier des événements agréables

- Nom : .....
- Prenez conscience d'un événement agréable lorsque celui-ci survient. Pour focaliser votre attention sur les détails de l'expérience au moment où elle se passe posez vous des questions ce dessous

Jour	Quelle expérience avez-vous fait ?	Quelles sensations corporelles avez-vous ressenties précisément pendant cette expérience ?	Quels états d'esprit humeurs et sentiments accompagnaient cette expérience ?	Quelles pensées vous sont passées par la tête ?	Quelles pensées avez-vous en tête maintenant alors que vous êtes occupé (e) à écrire tout cela
	Exemple : sur le chemin du retour après le travail m'arrêter et entendre un oiseau chanter	Légèreté des traits du visage, conscience des épaules qui se relâchent, les commissures des lèvres qui remontent	Soulagement, plaisir	« ça fait du bien » Qu'est ce qu'il est beau cet oiseau « C'est si agréable d'être dehors »	« c'était un événement insignifiant, mais je suis content de l'avoir remarqué ».
Lundi					
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					
Samedi					
Dimanche					

# CONCLUSION (1)

- Un entraînement mental destiné à améliorer des capacités psychologiques intrinsèques : comme l'attention.
- Ces programmes d'entraînement mental requièrent un apprentissage quotidien, un engagement de la personne.
- Le participant s'approprie progressivement les outils et développe des compétences **méta-cognitives** et **neuropsychologiques**.
- Une nouvelle démarche qui apporte de l'espace, de la créativité personnelle dans le choix des outils, mis à disposition dans chaque programme.

## CONCLUSION (2)

- Il ne s'agit pas d'une **intervention de phase aiguë** des troubles pour laquelle d'autres moyens thérapeutiques sont à mobiliser.
- C'est une **intervention de prévention secondaire**, (prévention de la rechute) ou de prévention primaire (**prophylaxie**), notamment de par leur excellent rapport investissement/bénéfice.
- L'acceptation, la pleine conscience, la compétence émotionnelle et la régulation des émotions seraient les 4 dimensions prédictives du bien-être personnel (*Kotsou et al., 2017*) abordées par ces programmes.

**Merci de votre attention.**

# Bibliographie

- Mirabel-Sarron C ; Docteur A. ; L. Sala ; Siobud Dorocant E. ; Penet C.  
« Pratiquer la MBCT pas à pas », « pour lâcher prise, laisser être, réguler ses émotions, récupérer sa liberté », E. Dunod 2<sup>ème</sup> édition (**2021**)
- Livre MBCT :Article annales médico-psychologiques Mirabel-Sarron C. et Philippot P.« Les nouvelles approches en thérapies émotionnelles et thérapeutiques en psychiatrie », chapitre 11 pages : 305 à 332. Editions Masson, (**2016**)
- Mirabel-Sarron C. ; Provencher M. ; Baulieu S. ; Aubry J.M. ; Leygnac-Solignac I.« Mieux vivre avec un trouble bipolaire », Editions Dunod, (**2016**)
- Mirabel-Sarron C; Docteur A. Sala L. Siobud-Dorocant E, «Mener une démarche de pleine conscience : approche M.B.C.T. Editions Dunod Paris (2012)
- Mirabel-Sarron C, Chidiac N, « Bien gérer son temps » O. Jacob, Paris (2012).