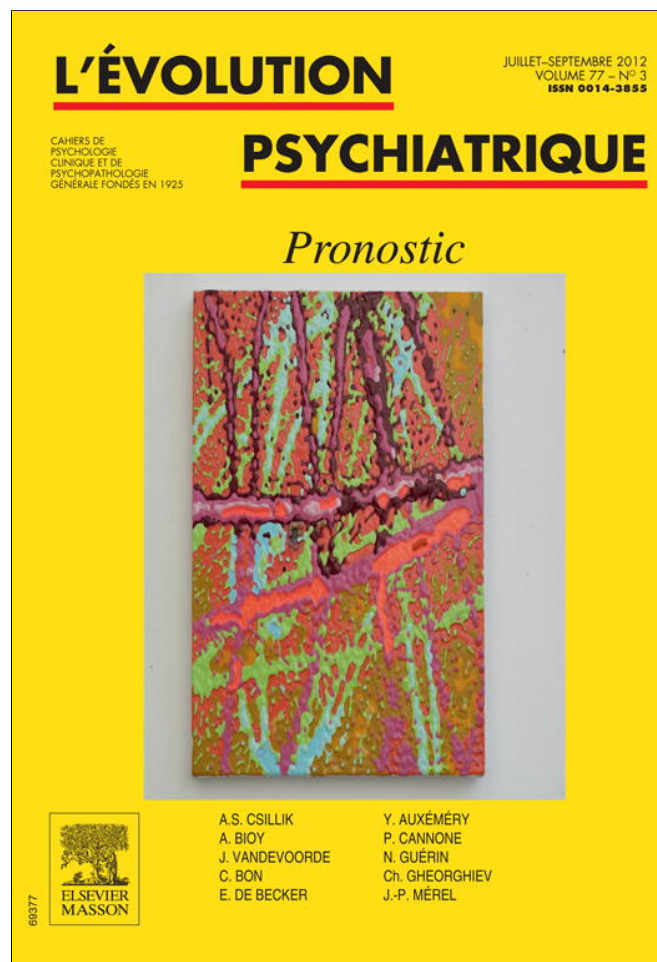


Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

L'évolution psychiatrique 77 (2012) 469–490

**L'ÉVOLUTION
PSYCHIATRIQUE**

www.em-consulte.com

Ouvertures

Une analyse des effets de la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) du champ princeps de la dépression à une pluralité de troubles psychiques : une revue de la littérature[☆]

An analysis of the Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) from the princeps field of depression to a plurality of mental disorders: A literature review

Lionel Strub^{a,*}, Cyril Tarquinio^b

^a Docteur en psychologie, psychologue, praticien MBCT, unité de recherche EA 4360 APEMAC, laboratoire équipe de psychologie de la santé de Metz (EPSam), UFR sciences humaines et arts, Île-du-Saulcy, 57045 Metz cedex, France

^b Professeur des universités Metz, unité de recherche EA 4360 APEMAC, laboratoire équipe de psychologie de la santé de Metz (EPSam), UFR sciences humaines et arts, Île-du-Saulcy, 57045 Metz cedex, France

Reçu le 11 mai 2011

Résumé

Ancrée dans les psychothérapies de la troisième vague mettant en avant le concept de la pleine conscience et l'acceptation de l'expérience vécue, la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) a été appliquée pour la première fois en 2000 par Teasdale lors d'un essai clinique mené dans le cadre de la recherche sur les facteurs de vulnérabilité cognitive clés de la dépression récurrente. Si cette étude princeps s'est vue répliquer à plusieurs reprises et continue de faire actuellement l'objet de divers approfondissements, l'exploration des effets de la MBCT a également été élargie à une pluralité d'autres champs thérapeutiques. Après une présentation synthétique de son historique et de son protocole de base, nous proposons un aperçu de l'état de la recherche actuel basé sur trente-sept études, respectant le format de groupe originel d'enseignement en énonçant les principaux résultats empiriques relatifs à la question de son efficacité. Ceux-ci attestent à la fois d'une action prouvée dans le champ de la dépression et d'un réel potentiel d'applicabilité dans les autres champs investigués malgré une nécessité flagrante d'affinement méthodologique et de réplification afin de

[☆] Toute référence à cet article doit porter mention : Strub L, Tarquinio C. Une analyse des effets de la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) du champ princeps de la dépression à une pluralité de troubles psychiques : une revue de la littérature. *Evol psychiatr* 2012;77(4).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : postmaster@lionel-strub.com (L. Strub).

complémenter les apports existants. L'analyse de ces résultats nous amènera ensuite à porter une réflexion sur les ressorts psychothérapeutiques de la MBCT et à baliser le territoire de ses modes d'application cliniques les plus efficaces.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Psychologie cognitive ; Thérapie cognitive ; Pleine conscience ; MBCT ; Mindfulness-Based Cognitive Therapy ; Dépression ; Pathologie psychiatrique ; Efficacité ; Revue de la littérature

Abstract

Rooted in the psychotherapies of the third wave which point up the mindfulness concept and the acceptance of life experiences, the MBCT was applied for the first time in 2000 by Teasdale within the framework of a clinical trial designed to explore the key factors of the cognitive vulnerability to recurrent depression. If this princeps study has been replicated on several occasions and is still being deepened at this time, the exploration of the MBCT effects has also been broadened to a plurality of other therapeutic fields. After a brief presentation of its background and basic procedure, we submit an overview of the present state of research based on thirty-seven studies in accordance with the original group format delivery while expressing the main empirical results relating to the efficiency issue of the therapy. The outcomes show evidence of both a proven action in the depression field and a real applicability potential in the other fields explored despite an obvious need of methodological refinement and replication to complement the existing accounts. The outcome analysis will lead us to reflect on the psychotherapeutic drives of the MBCT and to mark the area of its most efficient clinical application modes out.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Cognitive psychology; Cognitive therapy; Mindfulness; MBCT; Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Depression; Psychiatric pathology; Efficiency; Review of the literature

1. Introduction

La dépression occupe une place significative au sein des préoccupations de santé publique en raison d'une prévalence au cours de la vie estimée entre 2 et 15 % et d'une association avérée à une incapacité substantielle. D'après une projection de l'Organisation mondiale de la santé, la dépression occupera en 2020 le deuxième rang des maladies au niveau mondial [1].

Les recherches ont mis en évidence une vulnérabilité chronique à la rechute et à la récurrence dépressives [2]. Compte tenu de ces éléments, les chercheurs se sont focalisés dès les années 1990 sur l'administration d'une pharmacothérapie de maintien et la dispense de psychothérapies destinées à développer chez le patient des compétences stratégiques pour éviter les rechutes lors de la phase de guérison [3,4]. S'inscrivant dans cette nouvelle approche, la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) [5] a ainsi été élaborée sous la forme d'un programme d'entraînement de prévention destiné à désamorcer le processus cognitif intrinsèque à la rechute dépressive. Mais si ce champ d'application princeps a été porteur de succès et continue à être à l'heure actuelle intensément exploré, la MBCT ne se limite cependant plus au seul traitement de la dépression comme en témoigne l'élargissement récent de son champ d'application, tant au niveau des différents troubles psychiques que des populations visées.

Cet article a pour objectif de proposer une présentation succincte de la MBCT et une synthèse des résultats des études empiriques issue de la recension de l'ensemble des données publiées depuis la parution de l'étude princeps de Teasdale et al. [6] jusqu'en 2011. Ces résultats nous ont ensuite amenés à nous questionner sur l'apport de la MBCT dans la prise en charge clinique en identifiant ses forces et ses enjeux potentiels.

2. La *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

2.1. Contexte d'émergence de la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

Le cheminement élaboratif du programme MBCT s'est nourri en premier lieu d'une démarche réflexive portée sur le mode d'action supposé de la thérapie cognitive de Beck, à savoir le changement du contenu des pensées dépressives. Ainsi, sans pour autant rejeter cette théorie, les fondateurs de la MBCT émirent l'hypothèse que le succès du traitement pouvait également passer par un phénomène de décentration, c'est-à-dire par le changement implicite de la relation même à ces pensées, le patient ne les considérant plus comme des faits mais comme de simples pensées et se protégeant ainsi d'un risque de rechute induit par un schéma de pensée ruminatif. Adopter cette perspective alternative les amena alors à croiser le chemin de Marsha Linehan qui avait travaillé de nombreuses années à développer un traitement psychologique pour les patients souffrant du trouble de la personnalité borderline, la Thérapie Comportementale Dialectique (DBT). En introduisant la méditation de pleine conscience dans son protocole, sa théorie mettait en avant le concept de décentration qui permettait, selon elle, d'armer le patient de nouvelles compétences psychosociales qui lui offriraient un choix de réponse face à l'émergence d'un événement émotionnel significatif en changeant sa relation aux pensées négatives. Cette considération constitua une nouvelle source d'inspiration pour Segal et al. [5] qui établirent un parallèle entre la dépression et le trouble de la personnalité borderline du point de vue de l'incrimination commune d'un modèle de pensées dysfonctionnelles et envisagèrent ainsi l'inclusion de la pleine conscience dans leur programme, notion substantielle du protocole *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) de Kabat-Zinn [7], comme nous allons le détailler ci-après.

2.2. Le programme *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

La MBCT est un programme de groupe de huit semaines manualisé qui est dispensé par un instructeur sous la forme de séances hebdomadaires de deux heures (*Annexe 1*). Sa singularité repose sur un environnement d'apprentissage apparenté davantage à des classes de cours qu'à des séances de thérapie à strictement parler. Largement inspirée de la MBSR, elle repose sur le concept de la pleine conscience qui a été définie comme « le fait d'être attentif d'une manière particulière : délibérément, dans le moment présent et sans jugement » [7]. Son enseignement s'articule respectivement autour d'un pôle voué à des pratiques méditatives de pleine conscience, d'un pôle axé sur la réorganisation cognitive et d'un pôle centré sur une démarche psychoéducative. Si ce dernier s'emploie à transmettre de l'information sur la maladie de la dépression et à mobiliser chez le sujet des compétences de monitoring des symptômes et de détection des prodromes, les deux autres pôles l'encouragent, d'une part, à développer un processus de distanciation par rapport à des schémas de pensées négatifs qui entretiennent les ruminations alimentant le processus de rechute et lui enseignent, d'autre part, des techniques de décentration à cet effet.

La structure du programme favorise un modelage progressif du participant à la pleine conscience, reprenant à chaque début de séance une pratique de méditation enseignée tout en initiant une nouvelle. Parallèlement aux séances collectives, ce dernier s'engage à se livrer quotidiennement à des exercices à domicile et à consigner ses expériences. Une phase clé du programme repose en effet à la fois sur l'évaluation de la conformité de l'exécution de ces tâches à domicile et sur l'utilité clinique de la mise par écrit de la lecture pragmatique du vécu expérientiel de la pleine

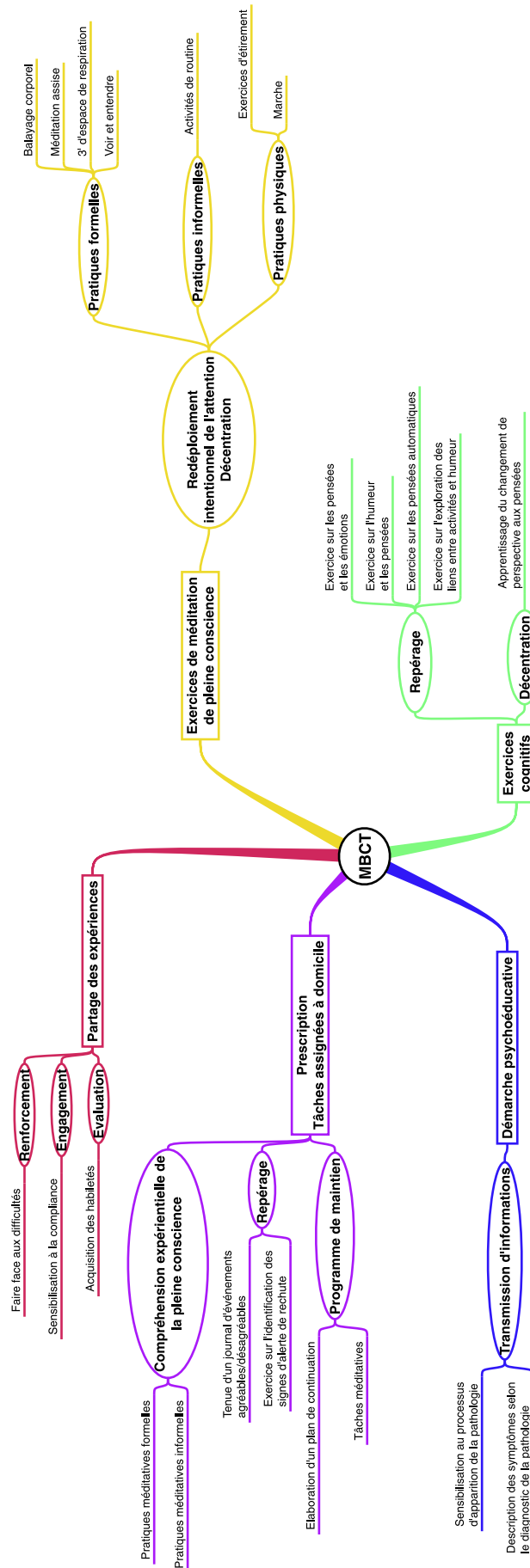


Fig. 1. Les techniques d'intervention utilisées dans le programme *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT).

conscience, tant pour le sujet au travers d'une activité autoréflexive, que pour l'instructeur ainsi à même de s'assurer de l'acquisition progressive des compétences et, conséquemment, de la capacité du sujet à devenir autonome, ou d'identifier les éventuelles difficultés pour tenter de les pallier. Par ailleurs, la visée multidimensionnelle des techniques d'intervention de la MBCT (Fig. 1) permet au sujet de combiner les connaissances et les compétences nécessaires au développement de stratégies comportementales propre à enrayer le processus de la rechute dépressive.

3. Efficacité de la pratique *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

3.1. Méthode

Pour mettre en évidence l'efficacité et l'intérêt de la MBCT dans la prise en charge des troubles psychiques, nous avons eu recours aux bases de données bibliographiques internationales *Academic Research Library*, *British Library Direct*, *Interscience-Wiley*, *PsycARTICLES*, *PubMed*, *Science Direct* et *Springerlink* en soumettant à ces moteurs de recherche les mots-clés *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* et *MBCT*, ces deux termes rassemblant à eux seuls les données scientifiques existantes. En ce qui concerne les critères d'inclusion, seules les études où le protocole MBCT était dispensé en format de groupe ont été retenues. Par ailleurs, nous avons fait le choix d'inclure, outre les études randomisées, les études non randomisées afin d'encadrer l'ensemble des champs thérapeutiques abordés jusqu'à ce jour. Sur cette base, nous avons écarté celles qui présentaient des mesures uniquement qualitatives.

3.2. Résultat de la recherche

Notre recherche nous a conduit à dresser un inventaire selon huit catégories de troubles psychiques (Annexe 2). Vingt-quatre études ont porté sur les troubles de l'humeur, dont vingt sur le champ de la dépression seule [6,8–26], une sur la dépression associée à d'autres troubles [27] et trois sur le trouble bipolaire [28–30]. Par ailleurs, quatre études se sont intéressées aux troubles anxieux et phobiques [31–34], une aux troubles des conduites alimentaires [35], deux aux conduites de suicide [36,37], une aux troubles du sommeil [38], une aux troubles somatoformes [39], et une aux troubles des conduites et du comportement chez l'enfant et l'adolescent [40,41]. Enfin, deux dernières études se sont focalisées sur les troubles psychiques du patient cancéreux [42,43].

3.3. Résultats principaux

De nombreuses études cliniques ont pu mettre en évidence l'intérêt d'une prise en charge MBCT à la fois dans le champ principal de la dépression et pour les autres troubles psychiques mentionnés ci-dessus (Annexe 3).

Ainsi, les résultats laissent tout d'abord entrevoir le réel potentiel de la MBCT dans le champ de la dépression majeure en tant qu'adjuvant au traitement conventionnel par antidépresseurs avec une réduction des risques de rechutes dépressives chez les patients présentant au moins trois épisodes dépressifs antérieurs. Cet effet se voit par ailleurs confirmé lors de la comparaison d'un groupe « MBCT plus diminution progressive des antidépresseurs de maintien » à un groupe « Continuation des antidépresseurs de maintien » avec un taux de rechute au suivi à un an similaire pour les deux groupes, résultats corroborés par la méta-analyse de Chiesa et Serretti [44]. Par ailleurs, ils suggèrent un effet additif de la MBCT à un traitement usuel sur la réduction des symptômes

dépressifs résiduels. Enfin, des résultats préliminaires avancement des modifications potentielles au niveau de paramètres spécifiques à la dépression telle une réduction des ruminations, de la mémoire autobiographique surgénérale et du désaccord entre le soi réel et le soi idéal.

Les interventions MBCT appliquées à la prise en charge d'autres troubles psychiques semblent indiquer une amélioration au niveau des symptômes d'anxiété et une réduction des pensées indésirables. Ces études font néanmoins état de résultats disparates selon les pathologies investiguées avec, par exemple, une efficacité avérée dans le champ de la boulimie [35] ou encore de l'hypocondrie [39] contre une absence d'efficacité dans le champ du trouble bipolaire [30].

4. Discussion

4.1. *Caractère limitatif des études*

Si la plupart des études semblent suggérer des résultats encourageants, elles se heurtent néanmoins souvent à des écueils méthodologiques. Plusieurs études ne présentent en effet pas d'assignation aléatoire au groupe, ce qui ne permet pas d'assurer une comparabilité des groupes à l'inclusion sur des facteurs pronostiques connus ou non. Par ailleurs, les analyses des résultats sont basées sur des groupes de patients relativement petits en raison d'échantillons de départ réduits, d'abandon en cours de traitement ou d'absence de données de suivi entraînant de ce fait un pouvoir statistique faible. De plus, le caractère de participation volontaire de certains patients aux études peut biaiser les résultats du fait d'une motivation plus importante. De façon générale, les études ont tendance à se focaliser davantage sur les effets immédiats qu'à long terme, les résultats restant ainsi préliminaires dans la mesure où nous ne savons pas si les effets observés sont de nature durable ou non. Concernant l'observance thérapeutique, nous noterons également une difficulté à contrôler la réalisation des exercices à domicile pouvant entraver l'acquisition même des compétences de pleine conscience et, de ce fait, réduire les bénéfices potentiels du traitement. Enfin, certains protocoles ne permettent pas d'attribuer les bénéfices de la MBCT aux aptitudes spécifiques enseignées par le programme par rapport à des facteurs non spécifiques tels l'attention thérapeutique, la participation en groupe ou la continuation d'un traitement médicamenteux, d'autres encore n'incluent pas de groupe témoin. Si les études explorant de nouveaux champs thérapeutiques révèlent dans la plupart des cas des résultats prometteurs, la confirmation de ces derniers nécessitera indubitablement de répliquer les essais thérapeutiques en améliorant leur design. De ce fait, il nous paraît indiqué de considérer les résultats avec prudence car ils ne permettent pas de tirer de conclusion définitive à ce jour.

4.2. *Éclairage clinique*

Au regard de la littérature recensée qui souligne un réel potentiel dans la prise en charge de divers troubles psychiques, tant au niveau de la réduction des symptômes mesurés que de l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être exprimée par les sujets, il nous apparaît comme évident de nous questionner sur les forces et les enjeux cliniques soulevés par l'intégration de la MBCT au champ des psychothérapies.

4.2.1. *Les forces*

De par son approche singulière, le programme MBCT met en œuvre des mécanismes psychologiques qui lui sont propres en permettant au sujet de développer de nouvelles réponses adaptatives au moyen d'habiletés spécifiques. Ainsi, la pratique de la pleine conscience qui implique le fait

d'observer de manière délibérée et sans jugement les sensations physiques, les pensées et les émotions rattachées au trouble sans tenter de les éviter ou de les fuir peut désamorcer l'adoption de comportements dysfonctionnels. Cette modification de la réaction face aux événements douloureux réduirait le recours à des stratégies d'évitement [45]. Sur le même plan, la pleine conscience implique l'attitude mentale d'acceptation qui consiste à être réceptif et ouvert à l'expérience qui se déroule dans l'instant présent. Cette posture incline le sujet à se déprendre de processus mentaux souvent sources d'associations et de réactivités et lui permet alors d'initier un changement de relation à ses pensées grâce à une capacité de choix accrue [46]. Par ailleurs, une focalisation de l'attention sur l'expérimentation de l'instant présent permet au sujet de favoriser une attitude empreinte de discernement face aux pensées négatives émergentes, se déprenant ainsi de toute réactivité cognitive de type temporel ou ruminatif et, conséquemment, d'une inscription en mode « robot » [47,48]. Plus encore, la pratique de la pleine conscience articulée avec des exercices cognitifs peut constituer un moyen de modifier la relation envers les pensées qui structurent la perception et le comportement. En effet, la pleine conscience invite à observer que les pensées ne sont pas des faits alors que les exercices cognitifs exploitent l'opportunité de s'immerger dans les pensées automatiques et les schémas cognitifs profonds de manière à développer la capacité de décentration consistant à ne pas assimiler le matériel des pensées à la réalité ou à lui attribuer une valeur de vérité. Enfin, l'importance de la reconnaissance précoce des signes prodromiques dans les pathologies justifie l'adoption d'une démarche psychoéducatrice. Ces éléments informatifs permettent en effet au sujet d'identifier sa propre configuration de fonctionnement par rapport à son trouble et d'être ainsi en mesure de détecter au plus tôt une fragilisation de son état pour mettre en place une réponse prophylactique avant que sa santé ne se dégrade davantage ou que ses symptômes ne deviennent chroniques [5].

L'acquisition de ces différentes forces donnera ainsi au sujet l'opportunité d'installer une autonomisation de la pratique MBCT au quotidien, véritable méthode d'autogestion par rapport à sa pathologie.

4.2.2. *Les enjeux*

Comme évoqué ci-dessus, plusieurs ressorts thérapeutiques de la MBCT pourraient revêtir un bénéfice potentiel dans la prise en charge des troubles psychopathologiques. Si les études recensées dans l'Annexe 2 font état de son efficacité dans le champ thérapeutique de la dépression, les limites méthodologiques et le manque de réplifications de celles inhérentes aux autres pathologies ne permettent pas d'en faire autant à ce jour. La question de savoir si la MBCT peut à ce jour être envisagée en tant que traitement unique reste donc en suspens. En revanche, la lecture des données qualitatives issues de ces mêmes études laisse entrevoir clairement les bénéfices indéniables du programme exprimé par les patients, tant au niveau de l'amélioration de leur qualité de vie que du bien-être. Il nous apparaît donc hautement souhaitable, dans l'intérêt des patients, de combiner systématiquement la MBCT à des traitements pharmacologiques de manière à renforcer le processus thérapeutique.

5. Conclusion

Le rapport remis à la secrétaire d'État à la Prospective et au Développement de l'Économie numérique par le groupe de travail présidé par Viviane Kovess-Masféty en 2010 [49] fait état de l'expression d'une prévalence importante des troubles de santé mentale au sein de la population française et, notamment de la dépressivité de la personne âgée. De plus, les données de l'Union Européenne retranscrites dans ce rapport évaluent « entre 3 % et 4 % du PIB les coûts directs et

indirects de la mauvaise santé mentale sur l'économie ». Cette problématique de santé publique assied la nécessité de mettre en place des programmes thérapeutiques efficaces pour enrayer la progression de cette épidémie. La MBCT, conçue pour prévenir la rechute/récidive dépressive, s'avérerait ainsi un outil de prise en charge justifié du fait qu'un traitement de troubles dépressifs majeurs abouti n'est pas pour autant synonyme de guérison. En effet, la recension des études suggère un effet additif de la MBCT à un groupe *Treatment As Usual* (TAU) par comparaison à un groupe TAU seul menant à une réduction significative des taux de rechute ou récurrence chez des patients souffrant de dépression majeure sur une période d'un an. Par ailleurs, elle semble indiquer que l'effet de la MBCT pourrait être similaire à celui d'antidépresseurs de maintien en termes de prévention des rechutes et récurrences et qu'une intensification de la pratique MBCT pourrait s'avérer utile pour réduire les symptômes dépressifs résiduels. Si nous nous basons sur les théories cognitives, il semble par ailleurs que le traitement de l'information via les schémas cognitifs revêt un rôle essentiel dans l'apparition et le maintien des troubles psychopathologiques par la génération de pensées dysfonctionnelles [49]. Ce constat nous incline à penser que la MBCT, du fait de son accentuation sur un travail axé sur le désamorçage des réactivités cognitives erronées, pourrait ainsi s'avérer pertinente pour cibler ces mécanismes psychiques dysfonctionnels propres à la plupart des troubles psychopathologiques. Les résultats des études portant sur les autres troubles psychiques semblent indiquer un potentiel d'applicabilité qu'il faut toutefois nuancer au regard, par exemple, de l'absence d'amélioration des symptômes observée dans la pathologie du trouble bipolaire [30], d'une amélioration comparable à un groupe TCC dans la pathologie du trouble de la phobie sociale [34] ou encore d'une efficacité limitée à un rôle d'adjuvant à la pharmacothérapie dans la pathologie du trouble panique [33].

Si la MBCT avance indéniablement une pertinence et une richesse inhérentes à un style thérapeutique spécifique la positionnant en dehors du cadre clinique habituel, asseoir sa légitimité ne pourra cependant passer que par le déploiement de méthodologies plus rigoureuses et de multiples répliques, outre le fait de relever le défi inhérent à l'élucidation de ses « ingrédients actifs » et de leurs mécanismes biologiques et psychologiques sous-jacents [44].

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Annexe 1. Représentation synoptique du programme *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*.

Séance	Contenu	Tâches à domicile
1	Présentation de la pratique méditative Sensibilisation à la nécessité de l'observance Initiation à la pleine conscience Introduction à la pleine conscience : exercice du raisin Pleine conscience du corps : exercice du balayage corporel	Balayage corporel Méditation informelle Manger en pleine conscience
2	Balayage corporel Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile Initiation à la méditation assise centrée sur la respiration Reconnaissance de la connexion pensées/émotions Informations relatives aux signes prodromiques de la rechute dépressive	Balayage corporel Respiration en pleine conscience Journal événements agréables Méditation informelle

3	Méditation assise centrée sur la respiration Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile 3' espace de respiration condition normale Marche en pleine conscience Pleine conscience des sons et de la vue : exercice Voir ou Entendre Exercices d'étirement en pleine conscience	Journal événements désagréables Étirements 3' espace de respiration
4	Méditation assise Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile 3' espace de respiration condition faire face Exercice Voir ou Entendre Identification des pensées automatiques Information sur les symptômes de diagnostic de la dépression Renforcement de la compréhension de la pratique méditative	3' espace de respiration condition normale et faire face
5	Méditation assise Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile Stratégie langagière de facilitation à la compréhension de concepts 3' espace de respiration	Méditation assise 3' espace de respiration condition normale et faire face
6	Méditation assise Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile 3' espace de respiration Exercice sur l'humeur et les pensées	3' espace de respiration condition normale et faire face Gestion des situations par la pleine conscience
7	Méditation assise Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile 3' espace de respiration ou marche en pleine conscience Exploration des liens entre activités et humeur	3' espace de respiration condition normale et faire face Identification de sa configuration de rechute Stratégies comportementales
8	Balayage corporel Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile Méditation de clôture sur un objet Bilan du programme suivi Stratégies d'autogestion	

Annexe 2. Répartition des études selon les troubles psychiques.

Pathologies	Études retenues
Troubles de l'humeur ^a	15 études randomisées et contrôlées 3 études non randomisées et contrôlées 9 études non randomisées et non contrôlées
Troubles anxieux et phobiques	2 études non randomisées et non contrôlées 1 étude non randomisée et contrôlée 1 étude randomisée et contrôlée
Troubles des conduites alimentaires	1 étude non randomisée et non contrôlée
Les conduites de suicide	2 études randomisées et contrôlées
Troubles du sommeil	1 étude non randomisée et non contrôlée
Troubles somatoformes	1 étude non randomisée et non contrôlée
Troubles des conduites et du comportement chez l'enfant et l'adolescent	1 étude randomisée et contrôlée 1 étude randomisée et non contrôlée
Troubles psychiques du patient cancéreux	2 études randomisées et contrôlées

^a27 études dont trois incluses dans Teasdale et al. (2002) [9] et deux incluses dans Raes et al. (2009) [20].

Annexe 3. Synthèse des études *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*.

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
Teasdale, et al. (2000) [6]	Dépression/Adultes	Oui	Oui	MBCT + TAU/TAU	63 69	Réduction significative du taux de rechute/récidive chez les patients présentant au moins 3 épisodes de dépression antérieurs, pas de réduction chez ceux présentant seulement 2 épisodes antérieurs
Williams, et al. (2000) [8]	Dépression/Adultes	Oui	Oui	MBCT + TAU/TAU	21 20	Réduction de la tendance à se remémorer des événements dans un style générique chez des patients dépressifs en rémission soumis à un entraînement, incluant des instructions de focalisation plus précises sur les événements quotidiens et permettant aux cognitions de se produire sans chercher à les éviter ou à les supprimer
Teasdale, et al. (2002) [9]	Dépression/Adultes	Étude 1 : Non Étude 2 : Oui	Étude 1 : Oui Étude 2 : Oui	Groupe patients dépressifs/Groupe témoin (patients non dépressifs) Groupe CM (antidépresseurs + gestion clinique)/Groupe CT (antidépresseurs + gestion clinique + thérapie cognitive)	40 20	Les résultats suggèrent que la thérapie cognitive peut empêcher la rechute dépressive en augmentant l'awareness métacognitive et qu'un programme ciblant un changement au niveau de la relation aux pensées négatives plutôt qu'un changement de la croyance liée au contenu des pensées négatives (MBCT) peut avoir des effets similaires à la thérapie cognitive

Annexe 3 (Suite)

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
Ma et Teasdale (2004) [10]	Dépression/Adultes	Étude 3 : Oui	Étude 3 : Oui	Groupe TAU/Groupe MBCT + TAU	148 pour mesures awareness métacogni- tive (RNR) < 148 pour autres mesures (RNR) 48 39 31 38	Réplication des résultats de l'étude princeps (Teasdale et al., 2000), à savoir que la MBCT diminue de plus de moitié les taux de rechute/récidive chez des patients présentant au moins trois épisodes de dépression antérieurs par rapport à un groupe TAU. Les effets protecteurs de la MBCT ont été plus significatifs chez les patients présentant au moins 4 épisodes de dépression (38 % de rechute dans groupe MBCT vs 100 % dans groupe TAU)
Baer, et al. (2005) [35]	Boulimie/Adultes	Non	Non	MBCT	6	Les résultats ont montré des améliorations significatives au niveau des symptômes incluant la fréquence des épisodes de boulimie et les préoccupations liées à la boulimie

Annexe 3 (Suite)

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
Finucane et Mercer (2006) [11]	Dépression/Adultes	Non	Non	MBCT	11	Les résultats ont montré des réductions statistiquement significatives au niveau de la moyenne des scores obtenus pour la dépression et l'anxiété
Barnhofer, et al. (2007) [36]	Suicide/Adultes	Oui	Oui	MBCT/TAU	10	Le groupe MBCT a conservé un schéma équilibré d'activation préfrontale suggérant un effet protecteur de la MBCT, alors que le groupe TAU a montré une détérioration significative au niveau de l'activation préfrontale droite pointant des diminutions du style affectif positif
Kenny et Williams (2007) [12]	Dépression/Adultes	Non	Non	MBCT	46	Les résultats ont montré un changement très significatif au niveau de la réduction des scores du BDI chez la plupart des patients
Kingston, et al. (2007) [13]	Dépression/Adultes	Non	Oui	MBCT/TAU	8	Les résultats ont montré une diminution des symptômes dépressifs résiduels au cours du programme MBCT ainsi qu'un maintien des bénéfices au suivi
Ree et Craigie (2007) [27]	Troubles de l'humeur et/ou anxieux/Adultes	Non	Non	MBCT	23	Les résultats ont montré que la MBCT était associée à des améliorations statistiquement significatives au niveau de la dépression, de l'anxiété, du stress et des symptômes d'insomnie
Smith, et al. (2007) [14]	Dépression/Adultes	Non	Non	MBCT	30	Les résultats ont montré que les scores moyens au niveau du BDI avaient diminué légèrement à l'issue du programme et avaient continué au suivi à 13 mois

Annexe 3 (Suite)

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
Crane, et al. (2008) [15]	Dépression/Adultes	Oui	Oui	MBCT + TAU/TAU	19	Les participants du groupe MBCT ont rapporté des niveaux de dépression significativement plus bas que ceux assignés à la liste d'attente au post-test. Impact de la MBCT sur la régulation du soi
Eisendrath, et al. (2008) [16]	Dépression/Adultes	Non	Non	MBCT	51	Les résultats ont montré une réduction significative des niveaux de dépression et d'anxiété
Evans, et al. (2008) [31]	Anxiété/Adultes	Non	Non	MBCT	11	Les résultats ont montré une réduction significative au niveau de l'anxiété, de la tension, des symptômes de préoccupation et de dépression
Kuyken, et al. (2008) [17]	Dépression/Adultes	Oui	Oui	MBCT avec diminution/arrêt ADM/m-ADM	52	Les résultats ont indiqué pour le groupe MBCT un effet supérieur au niveau des symptômes dépressifs résiduels, de la comorbidité psychiatrique, et des paramètres physiques et psychologiques de la qualité de vie. Arrêt complet de la prise d'antidépresseurs pour 75 % des patients du groupe MBCT. Plus de 50 % des patients du groupe MBCT ont conservé les bénéfices au cours de la période de suivi vs 40 % dans le groupe m-ADM. Cette étude exploratoire a permis de développer le protocole d'étude de l'essai contrôlé randomisé définitif (Kuyken et al., 2010) destiné à corroborer ces résultats, à savoir que la MBCT pourrait être considérée comme une approche alternative aux antidépresseurs de maintien chez des personnes souffrant de dépression récurrente

Annexe 3 (Suite)

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
Lee, et al. (2008) [40]	Troubles externalisés et internalisés/Enfants de 9 à 12 ans (population non clinique)	Oui	Non	Groupe traitement immédiat MBCT-C/Groupe traitement liste d'attente MBCT-C	17 (RNR)	Les résultats quantitatifs font preuve d'une efficacité limitée mais les résultats qualitatifs laissent entrevoir un réel potentiel. La MBCT apparaît comme une psychothérapie de groupe envisageable et acceptable pour des enfants d'âge scolaire
Michalak, et al. (2008) [18]	Dépression/Adultes	Non	Non	MBCT	24	Les résultats ont indiqué une augmentation de la pleine conscience. Seuls les scores de pleine conscience post traitement ont prouvé de façon significative la rechute au suivi à 12 mois par rapport au nombre d'épisodes antérieurs combiné aux scores BDI post-traitement
Williams, et al. (2008) [28]	Trouble bipolaire/Adultes	Oui	Oui	MBCT/Liste d'attente	28 27	Les résultats ont suggéré un effet immédiat de la MBCT sur l'anxiété pour le groupe bipolaire. Les participants bipolaires et unipolaires du groupe MBCT ont montré une réduction des symptômes dépressifs résiduels vs le groupe témoin
Yook, et al. (2008) [38]	Insomnie/Adultes	Non	Non	MBCT	19	Les résultats ont montré des améliorations significatives au niveau de la qualité de sommeil, des préoccupations, de la rumination, de l'anxiété, et de la dépression

Annexe 3 (Suite)

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
Barnhofer, et al. (2009) [19]	Dépression/Adultes	Oui	Oui	MBCT + TAU/TAU	14	Les résultats consolident ceux d'études antérieures, à savoir que la MBCT est une intervention envisageable dans le traitement de la dépression chronique ou récurrente et qu'elle peut apporter une aide précieuse à des interventions déjà établies
Hepburn, et al. (2009) [37]	Suicide/Adultes	Oui	Oui	MBCT/Liste d'attente TAU	20 23	Les résultats suggèrent que la MBCT peut réduire la suppression des pensées indésirables et la dépression résiduelle sur le court terme, mais des effets différentiels sur ces mesures justifient la réalisation d'études supplémentaires
Kim, et al. (2009) [32]	Trouble panique ou trouble de l'anxiété généralisée/Adultes	Non	Oui	Groupe MBCT + Médicaments/Programme ADE + Médicaments	10 (RNR)	Les résultats ont montré une amélioration beaucoup plus importante au niveau de l'ensemble des scores des échelles d'anxiété et de dépression dans le groupe MBCT que dans le groupe ADE de même qu'au niveau des sous-échelles de la SCL-90-R relatives aux troubles obsessionnels compulsifs et phobiques. En revanche, tel n'a pas été le cas au niveau des autres sous-échelles de cette dernière. La MBCT peut donc s'avérer un programme efficace pour réduire les symptômes d'anxiété et de dépression dans une telle population

Annexe 3 (Suite)

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
Mirabel-Sarron, et al. (2009) [29]	Trouble bipolaire/Adultes	Non	Non	Groupe 1 faisabilité MBCT Groupe 2 MBCT Groupe 3 MBCT	12 présentés sur Groupes 2 et 3 (RNR)	Les résultats ont montré la faisabilité du programme auprès de patients bipolaires, sa bonne acceptation par les sujets et une tendance à l'augmentation de la capacité à la pleine conscience relative à l'assiduité de la démarche
Raes, et al. (2009) [20]	Dépression/Adultes	Étude 1 (transversale): Non Étude 2 : Non	Étude 1 : Non Étude 2 : Oui	Étude 1 : Groupe observation Étude 2 : MBCT Liste d'attente	164 18 21	Cette étude apporte pour la première fois la preuve que la réactivité cognitive est significativement corrélée de façon négative à la pleine conscience trait et que la MBCT permet de réduire la réactivité cognitive
Bondolfi, et al. (2010) [21]	Dépression/Adultes	Oui	Oui	MBCT + TAU/TAU	27 28	Les résultats ont montré un effet retardateur significatif de la MBCT par rapport au délai avant rechute chez des patients en rémission d'une dépression récurrente
Foley, et al. (2010) [42]	Cancer/Adultes	Oui	Oui	MBCT/Liste d'attente	49 48	Les résultats ont montré des améliorations significatives sur l'ensemble des mesures pour les patients du groupe MBCT vs le groupe témoin liste d'attente
Hargus, et al. (2010) [22]	Dépression/Adultes	Oui	Oui	MBCT + TAU/TAU	14 13	Les résultats ont indiqué une baisse significative au niveau des scores du BDI-II au suivi à 3 mois pour le groupe MBCT. Le groupe MBCT a rapporté des niveaux de métacognition plus élevés dans les descriptions des signatures de rechute au suivi à 3 mois

Annexe 3 (Suite)

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
Kim, et al. (2010) [33]	Trouble panique/Adultes	Non	Non	MBCT	17	Les résultats suggèrent que la MBCT peut s'avérer un additif efficace à la pharmacothérapie chez des patients souffrant du trouble panique via peut-être l'amélioration de facteurs clés telles l'inquiétude, la sensibilité à l'anxiété et la phobie
Lovas et Barsky (2010) [39]	Hypocondrie/Adultes	Non	Non	MBCT	9	Les résultats montrent des améliorations significatives au niveau des mesures de l'anxiété par rapport à la santé, des pensées liées à la maladie, des symptômes somatiques et de la pleine conscience. Ces bénéfices ont été maintenus au suivi à 3 mois. Les participants ont affiché une satisfaction élevée par rapport au traitement
Manicavasgar, et al. (2010) [23]	Dépression non mélancolique/Adultes	Oui	Oui	MBCT/CBT	19 26	La MBCT apparaît comme aussi efficace que la TCC (CBT) dans le traitement de la dépression. En ce qui concerne le groupe TCC, les participants présentant au moins quatre épisodes de dépression antérieurs ont cependant tiré des bénéfices plus importants à l'issue des 8 semaines de programme que ceux qui présentaient moins de quatre épisodes
Piet, et al. (2010) [34]	Phobie sociale/Jeunes adultes (18–25 ans)	Oui	Oui	MBCT (groupe 1)/GCBT (groupe 2) Design croisé	9 10	Pas de différences significatives entre les groupes MBCT et TCC (GCBT) sur l'ensemble des mesures après la première période de traitement, de même qu'après la seconde et aux suivis à 6 et 12 mois

Annexe 3 (Suite)

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
van der Lee et Garssen (2010) [43]	Cancer/Adultes	Oui	Oui	Groupe MBCT/Groupe témoin liste d'attente	57 24	Les résultats montrent que la MBCT est un traitement acceptable et potentiellement efficace pour diminuer la fatigue chronique liée au cancer
Segal, et al. (2010) [24]	Dépression/Adultes	Oui	Oui	MBCT (+ diminution progressive antidépresseurs) m-ADM Placebo (+ diminution progressive antidépresseurs + gestion clinique)	64 (RNR)	La MBCT offre une protection contre la rechute/récidive comparable à celle offerte par le maintien sous antidépresseurs de patients en rémission clinique stable ou instable. Les données accentuent également l'importance de maintenir au moins un traitement actif à long terme chez des patients souffrant de dépression récurrente dont la rémission clinique est instable
Semple, et al. (2010) [41]	Problèmes attentionnels, d'anxiété et comorbidementaux/Enfants de 9 à 13 ans (population non clinique)	Oui	Oui	MBCT-C/Liste d'attente n = 12	10 10	Les résultats montrent que la MBCT-C s'avère une intervention prometteuse pour traiter les problèmes attentionnels et comportementaux des enfants et qu'elle peut réduire les symptômes d'anxiété liés à l'enfance

Annexe 3 (Suite)

Étude	Pathologie/Population	Randomisée	Contrôlée ^a	MBCT/Groupe comparaison	Résultats disponibles (n sujets)	Résultats principaux
Thompson, et al. (2010) [25]	Dépression Adultes	Oui	Oui	MBCT par téléphone MBCT par internet Liste d'attente TAU (2 groupes)	40 (RNR)	Les résultats suggèrent que la soumission à distance d'un protocole MBCT en groupe peut s'avérer un moyen efficace pour réduire les symptômes de dépression chez des personnes épileptiques qui, par ailleurs, expérimentent peut-être une mobilité réduite
Weber, et al. (2010) [30]	Trouble bipolaire/Adultes	Non	Non	MBCT	15	Les résultats n'ont pas montré d'amélioration des symptômes mais l'étude fournit néanmoins des informations préliminaires de valeur quant à la faisabilité du traitement MBCT pour le trouble bipolaire
Crane, et al. (2011) [26]	Dépression/Adultes	Oui	Oui	Groupe MBCT traitement immédiat/Groupe TAU liste d'attente	14 13 26 pour mesures	Les résultats suggèrent que la MBCT peut à la fois accroître la spécificité des objectifs de vie importants et la probabilité perçue de leur réalisation, ce qui peut avoir des implications significatives pour avancer dans la vie avec confiance en soi

^a Inclut une procédure de groupe témoin soit inactive (par exemple une liste d'attente), soit active.

TAU : Treatment As Usual, CM : Clinical Management, CT : Cognitive Therapy, RNR : Répartition Non Renseignée, ADM / Antidepressant Monotherapy, m-ADM : maintenance-Antidepressant Monotherapy, MBCT-C : MBCT-Children, BDI : Beck Depression Inventory, ADE : Anxiety Disorder Education, SCL-90-R : Symptom Checklist-90-, Revised, CBT : Cognitive Behavior Therapy, GCBT : Group Cognitive Behavior Therapy.

Références

- [1] Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851–8.
- [2] Judd LL. The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:989–91.
- [3] Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal therapy as a maintenance treatment of recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1053–9.
- [4] Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Cornes C, Mallinger AG, Thase ME, et al. Five-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:769–73.
- [5] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Une nouvelle approche pour prévenir la rechute. Bruxelles: De Boeck; 2006.
- [6] Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(4):615–23.
- [7] Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: the program of the stress reduction clinic at the university of Massachussets Medical Center. New York: Delta; 1990.
- [8] Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol* 2000;109(1):150–5.
- [9] Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(2):275–87.
- [10] Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(1):31–40.
- [11] Finucane A, Mercer S. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry* 2006;6(14):1–14.
- [12] Kenny MA, Williams JMG. Treatment-resistant depressed show a good response to Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 2007;45(3):617–25.
- [13] Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother* 2007;80(2):193–203.
- [14] Smith A, Graham L, Senthinathan S. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for recurring depression in older people: a qualitative study. *Aging Ment Health* 2007;11(3):346–57.
- [15] Crane C, Barnhofer T, Duggan DS, Hepburn S, Fennell MV, Williams JMG. Mindfulness-Based Cognitive Therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cogn Ther Res* 2008;32:775–87.
- [16] Eisendrath SJ, Delucchi K, Bitner R, Fenimore P, Smit M, McLane M. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for treatment-resistant depression: a pilot study. *Psychother Psychosom* 2008;77:319–20.
- [17] Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Holden EWE, White K, Barrett B, et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy to prevent relapse and recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(6):966–78.
- [18] Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:630–3.
- [19] Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. *Behav Res Ther* 2009;47:366–73.
- [20] Raes F, Dewulf D, Van Heeringen C, Williams JMG. Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behav Res Ther* 2009;47:623–7.
- [21] Bondolfi G, Jermann F, Van Der Linden M, Gex-Fabry M, Bizzini L, Weber Rouget B, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord* 2010;122:224–31.
- [22] Hargus E, Crane C, Barnhofer T, Williams JMG. Effects of Mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion* 2010;10(1):34–42.
- [23] Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-Based Cognitive Therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *J Affect Disord* 2010;130:138–44.
- [24] Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(12):1256–64.
- [25] Thompson NJ, Reisinger Walker E, Obolensky N, Winning A, Barmon C, Dilirio C, et al. Distance delivery of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: Project UPLIFT. *Epilepsy Behav* 2010;19:247–54.

- [26] Crane C, Winder R, Hargus E, Amarasinghe M, Barnhofer T. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on specificity of life goals. *Cogn Ther Res* 2011 [en ligne, consulté le 03/03/11]. Disponibilité sur Internet : <http://www.springerlink.com/content/j7720387w29q1235/>.
- [27] Ree MJ, Craigie MA. Outcomes following Mindfulness-Based Cognitive Therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behav Change* 2007;24(2):70–86.
- [28] Williams JMG, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJV, Duggan DS, et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord* 2008;107:275–9.
- [29] Mirabel-Sarron C, Siobud Dorocant E, Sala L, Bachelart M, Guelfi JD, Rouillon F. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes thymiques chez le patient bipolaire I : une étude pilote. *Ann Med Psychol* 2009;167:686–92.
- [30] Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry JM. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *Eur Psychiatry* 2010;25(6):334–7.
- [31] Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2008;22:716–21.
- [32] Kim YW, Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, et al. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009;26:601–6.
- [33] Kim B, Lee SH, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *J Anxiety Disord* 2010;24:590–5.
- [34] Piet J, Hougaard E, Hecksher MS, Rosenberg NK. A randomized pilot study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scand J Psychol* 2010;51(5):403–10.
- [35] Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *J Ration Emot Cogn Behav Ther* 2005;23(4):281–300. Disponibilité sur Internet : <http://mindfulcounseling.org/BaerMindfulnessandAcceptance.pdf>.
- [36] Barnhofer T, Duggan D, Crane C, Hepburn S, Fennell MJV, Williams JMG. Effects of meditation on frontal α -asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport* 2007;18(7):709–12.
- [37] Hepburn SR, Crane C, Barnhofer T, Duggan DS, Fennell MJV, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: findings from a preliminary study. *Brit J Clin Psychol* 2009;48:209–15.
- [38] Yook K, Lee SH, Ryu M, Kim KH, Choi TK, Suh SY, et al. Usefulness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for treating insomnia patients with anxiety disorders. A pilot study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:501–3.
- [39] Lovas DA, Barsky AJ. Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. *J Anxiety Disord* 2010;24(8):931–5.
- [40] Lee J, Semple RJ, Rosa D, Miller L. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for children: results of a pilot study. *J Cogn Psychother* 2008;22(1):15–28.
- [41] Semple RJ, Lee J, Rosa Dinelia Miller LF. A randomized trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for children: promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *J Child Fam Stud* 2010;19:218–29.
- [42] Foley E, Baillie A, Huxter M, Price M. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(1):72–9.
- [43] Van der Lee ML, Garssen B. Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-Oncol* [epub ahead of print]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1890/Abstract>.
- [44] Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiat Res* 2011;187(3):441–53.
- [45] Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clin Psychol Sci Pr* 2002;9(1):54–68.
- [46] Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help. *Behav Res Ther* 1995;33:225–39.
- [47] Borkovec TD, Inz J. The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behav Res Ther* 1990;28:153–8.
- [48] Kovess-Masféty V. La santé mentale, l'affaire de tous. Paris: La Documentation française; 2010. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000556/index.shtml>.
- [49] Cottraux J. Les thérapies cognitives. Comment agir sur nos pensées et nos émotions ? 2nd ed. Paris: Retz; 2004.