



Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes thymiques chez le patient bipolaire I : une étude pilote

C. Mirabel-Sarron, E. Siobud Dorocant, L. Sala, M. Bachelart, J.-D. Guelfi, F.
Rouillon

► To cite this version:

C. Mirabel-Sarron, E. Siobud Dorocant, L. Sala, M. Bachelart, J.-D. Guelfi, et al.. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes thymiques chez le patient bipolaire I : une étude pilote. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2009, 167 (9), pp.686. <10.1016/j.amp.2009.08.019>. <hal-00589463>

HAL Id: hal-00589463

<https://hal.science/hal-00589463v1>

Submitted on 29 Apr 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Accepted Manuscript

Title: Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes thymiques chez le patient bipolaire I : une étude pilote

Authors: C. Mirabel-Sarron, E. Siobud Dorocant, L. Sala, M. Bachelart, J.-D. Guelfi, F. Rouillon



PII: S0003-4487(09)00269-8
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.08.019
Reference: AMEPSY 1079

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Mirabel-Sarron C, Dorocant ES, Sala L, Bachelart M, Guelfi J-D, Rouillon F, Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes thymiques chez le patient bipolaire I : une étude pilote, *Annales médico-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.08.019

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes
thymiques chez le patient bipolaire I : une étude pilote****Mindfulness based cognitive therapy (MBCT): A pilot study in bipolar patients****C. Mirabel-Sarron, E. Siobud Dorocant, L. Sala, M. Bachelart, J.-D. Guelfi, F. Rouillon**

Service du Pr F. Rouillon, Université Paris V-René Descartes, CMME, 100, rue de la Santé,
75014 Paris, France

Auteur correspondant : Dr Christine Mirabel-Sarron, Psychiatre praticien hospitalier, Service
du Pr F. Rouillon, Université Paris V-René Descartes, CMME, 100, rue de la Santé, 75014
Paris, France

Adresse mail : c.sarron@ch-sainte-anne.fr

Résumé

Plusieurs études ont montré l'efficacité de l'utilisation de la MBCT (mindfulness based cognitive therapy) dans la prévention des rechutes dépressives chez le patient non bipolaire (Teasdale, Williams, Segal, 2001), puis d'autres travaux ont exploré les effets de cette approche sur les ruminations du sujet dépressif (Teasdale, 2000 ; Watkins, Teasdale, 2001).

Cette étude pilote est la première qui inclut exclusivement des patients bipolaires I répartis en trois groupes qui ont bénéficié du programme MBCT en huit séances. Tous ces patients avaient suivi au préalable le programme de thérapie comportementale et cognitive de groupe pour bipolaires (modèle de Lam). Cette étude clinique et psychologique montre la faisabilité du programme, sa bonne acceptation par les sujets avec une tendance à l'augmentation de la capacité de pleine conscience relative à l'assiduité de la démarche.

Mots clés : Bipolarité ; Emotions ; Pleine conscience ; Prévention ; Psychothérapie ; Rechute

Abstract

Mindfulness cognitive therapy (MBCT) is a class-based program designed for using the prevention of relapse of major depression. Its aim is to teach to participants to disengage from those cognitive processes that may render them vulnerable to future episodes. Hence a

clinical study was conducted to explore the use of MBCT in bipolar outpatients (bipolar I) who were currently actively depressed or manic who had not responded fully to standard mood regulator treatment. 17 Bipolar I outpatients were included after a behaviour and cognitive training in accordance with Lam's programme (1999). Three groups were conducted. Thymic symptoms, clinical status and mindfulness abilities were assessed before and after treatment phase using the Mindful Attention and Awareness Scale and Kentucky Inventory of mindfulness. This study showed that MBCT was acceptable to these patients, in addition mindfulness skills increased during MBCT in a few subjects.

Keywords: Bipolar Disorder; Emotion; Mindfulness; Prevention; Psychotherapy; Relapse

1. Introduction

Depuis 1972, date des premiers travaux de Teasdale sur la dépression chronique, les théories cognitives de la dépression se sont développées afin de comprendre les stratégies cognitives en jeu dans les rechutes dépressives ou dans les dépressions chroniques. Segal, Williams et Teasdale [14] proposent une approche thérapeutique complémentaire aux thérapies cognitives classiques pour répondre aux dysfonctionnements cognitifs observés chez de tels patients, la MBCT (mindfulness based cognitive therapy).

Cette approche a été proposée tout d'abord aux sujets déprimés récurrents en phase de rémission, puis à des sujets déprimés aux symptômes résiduels. C'est seulement depuis 2007 que la MBCT a été proposée à quelques patients bipolaires en phase intercritique, toujours au sein de groupes de patients unipolaires, sans explorer les particularités de leurs réponses.

2. Les troubles bipolaires : un problème de santé publique

Les troubles bipolaires sont considérés parmi les troubles psychiatriques les plus fréquents. Il s'agit de la sixième cause de handicap mondial. Sa prévalence est estimée à 1,2 % de la population générale. Cette fréquence du trouble n'est pas modifiée par l'origine ethnoculturelle des patients.

D'autres perturbations psychologiques y sont associées : abus de substances, troubles anxieux, troubles de la personnalité... qui concernent 50 à 70 % des sujets bipolaires. Ainsi

les intervalles dits « libres » entre les accès dépressifs ou maniaques ne sont pas indemnes de dysfonctionnements psychologiques.

Dans le but d'améliorer la qualité de vie de ces patients, de diminuer leur taux de rechute, d'augmenter leur observance médicamenteuse aux thymorégulateurs, des aides psychologiques leur sont proposées [11,13].

Parmi celles-ci, la démarche de thérapie comportementale et cognitive (TCC) a déjà montré largement son efficacité [2,6,12].

3. Qu'est-ce que la démarche MBCT ?

C'est le Pr Kabat-Zinn [4] qui introduit le concept de « mindfulness » et l'utilise comme stratégie de gestion du stress dans différentes souffrances anxieuses.

La Mindfulness Based Cognitive Therapy a été mise au point en 2002 par Segal, Williams et Teasdale comme stratégie de prévention des rechutes dépressives. Cette approche combine la démarche de pleine conscience du Pr Kabat-Zinn avec des éléments issus de la thérapie comportementale et cognitive de Beck, Rush et Emery (1979). Ainsi, le sujet reconnaît puis se désengage d'un mode de pensée principal caractérisé par des pensées négatives et des ruminations afin de pouvoir accéder puis utiliser une nouvelle modalité de pensées caractérisée par l'acceptation et l'état d'être.

Ce programme a été conçu à partir du constat qu'en phase de rémission de la dépression, les individus connaissent des montées émotionnelles, dont souvent ils n'arrivent pas à se décentrer par la pensée. La MBCT propose d'autres moyens de décentration émotionnelle par la respiration, la pleine conscience, le stretching, la méditation, l'exposition émotionnelle... Le but de la MBCT est de réduire chez le patient sa réactivité cognitive due à l'humeur, qui est un facteur de risque à la rechute dépressive.

On peut en conclure qu'aux stratégies de décentration spécifiques de la TCC, sont adjointes des techniques de décentration non spécifiques dans l'utilisation du « mindfulness » [10].

Ce programme a été évalué à partir de quelques premières études chez des patients unipolaires en rémission [9,16].

Les patients ayant eu au moins trois épisodes dépressifs ou plus ont le plus bénéficié de la MBCT. Mais ces travaux n'en sont vraiment qu'à leur début et ils sont trop récents pour en attendre des conclusions définitives [3]. En effet, la fiabilité de ces résultats et des

déductions afférentes peut être mise en cause en raison de conditions de contrôles non satisfaisantes. D'autres études doivent être poursuivies afin de préciser ces premiers résultats.

4. Étude pilote chez des patients bipolaires en rémission

4.1. Hypothèses

L'hypothèse générale est de vérifier la faisabilité d'une démarche MBCT avec un groupe de patients bipolaires I en rémission thymique.

La première hypothèse spécifique est le maintien de la normothymie après thérapie, pour des patients bipolaires stabilisés.

La seconde hypothèse spécifique est que l'entraînement MBCT augmente les capacités de pleine conscience (évaluée par le questionnaire KIM, qui vise à mesurer la capacité à centrer son attention et à accepter l'expérience du moment présent).

4.2. Population étudiée

Il s'agit de patients bipolaires ayant suivi une thérapie comportementale et cognitive de groupe selon le programme de Lam [6-8] en vingt séances (cf. tableau I). Ces hommes et femmes ont souhaité volontairement participer à la thérapie MBCT dans l'objectif de mieux gérer encore leurs fluctuations émotionnelles.

Tous les patients poursuivent depuis plus d'une année un traitement thymorégulateur, avec une bonne compliance (vérification des taux plasmatiques), ils ont un psychiatre référent et ne présentent pas de conduites addictives invalidantes.

Sont exclus de cette étude uniquement les malades dont l'état dépressif ou maniaque est jugé trop sévère.

4.3. Évaluation

Trois groupes ont été évalués (Tableau II).

Le premier groupe a été un groupe de faisabilité permettant de stabiliser la méthode thérapeutique du fait de l'inexistence de groupe MBCT pour patients bipolaires.

Les deux autres groupes ont fait l'objet d'une évaluation systématisée avant et après les huit séances de MBCT.

Une évaluation clinique et psychologique se déroule huit jours avant le début du groupe, elle comprend un entretien clinique et la passation d'échelles et de questionnaires par un évaluateur externe indépendant des deux thérapeutes.

4.4. Echelles

Les échelles utilisées ont été :

- La *Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS* (Hamilton, 1959) : composée de 14 items.
- La *MINI (mini international neuropsychiatric interview)* de Sheehan et al., 1998.
- Le BDI 13 : (*Beck Depression Inventory*) de Beck, 1961.
- Le BAI (Inventaire de Beck pour l'anxiété de Beck et Steer) de 1990 ; il comprend 21 items.
- Le STAI YA et YB : (*State Trait Anxiety Inventory*) forme Y de Spielberger, 1983.
- L'échelle d'Affirmation de Soi de Rathus.
- La *Rosenberg Self Esteem Scale – SES* de Rosenberg, 1965 : questionnaire en dix items.
- La DAS : (*Dysfunctional Attitude Scale*) de Weissman et Beck, 1980, composée de 40 items.

Des autoquestionnaires de pleine conscience ont été traduits en langue française, mais n'ont pas été validés (les tableaux III et IV en présentent des extraits).

La MAA (*The Mindfulness Attention Awareness Scale*) de Brown & Ryan mesure la compétence de l'individu d'être en pleine conscience dans l'expérience du moment présent (questionnaire de 15 items).

Pour chaque mise en situation le sujet doit indiquer à quelle fréquence se produit cette expérience individuelle.

Les études métrologiques montrent une validité et une corrélation discriminante avec le Neo Pi-R, avec le BDI, l'échelle de Rosenberg (SEI) et les questionnaires de M. Spielberger, le Questionnaire de Kentucky (*Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, KIMS*), autoquestionnaire de 39 items qui vise à mesurer la capacité à centrer son attention et à accepter l'expérience du moment présent [...] [1].

Les auteurs distinguent quatre habiletés de « pleine conscience :

Observance : la capacité à observer des phénomènes internes (cognitions, sensations physiques) ou des phénomènes externes (odeurs, sons).

Description : capacité du sujet à décrire, à étiqueter ce qu'il a observé.

Activation de la conscience de soi : être pleinement actif et engagé dans l'observation de soi.

Acceptation ou évitement de tout jugement : accepter la réalité telle quelle est, sans à lui échapper ou à l'éviter.

4.4. Déroulement de l'étude

Un entretien avec chaque patient précisait l'âge de début au premier épisode, le nombre d'épisodes, ainsi que le nombre d'hospitalisations. L'évaluation clinique et psychologique précédait le début de la thérapie MBCT de groupe.

Tous les patients ont suivi le programme MBCT aménagé pour patients bipolaires à raison d'une séance de deux heures par semaine (aménagement conçu en collaboration avec le Pr Segal qui consiste en une réduction de moitié du temps des pratiques thérapeutiques formelles : méditation...).

Les patients ont été réévalués au terme de leurs huit séances de thérapie (à deux mois environ).

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Statistica.

Un T de Student pour groupes indépendants a permis de préciser l'évolution clinique et psychologique pour chacun des deux groupes.

5. Résultats

5.1. Résultats cliniques

Les trois groupes de Mindfulness constituent un échantillon de 17 sujets dont 12 femmes et 5 hommes, soit 70,6 % de femmes et 29,4 % d'hommes.

La moyenne d'âge est de 48,5 +/- 9,07 ans.

Sept sujets sont célibataires (41,2 %), cinq sont mariés (29,4 %), quatre sont séparés ou divorcés (23,5 %) et un vit en concubinage (5,9 %).

Sur le plan professionnel, dix sont en activité (58,8 %), cinq en interruption de travail

(29,4 %), un est à la retraite (5,9 %) et un autre en demande de préretraite (5,9 %).

L'âge moyen de début des troubles est de 20,8 ans \pm 9,3.

Le nombre moyen d'épisodes dépressifs est de 9,6 \pm 9,5. Le nombre moyen d'épisodes maniaques est de 7,4 \pm 9.

En ce qui concerne la médication, quatre sujets prennent du Lithium (23,5 %) et 13 un autre thymorégulateur (76,5 %).

Le nombre moyen d'hospitalisations est de 3,1 \pm 2,9.

Le nombre moyen de tentatives de suicide est de 0,9 \pm 0,9.

Si nous revenons plus en détail sur ces trois groupes, nous constatons :

- trois groupes homogènes sur le plan de la répartition des sexes, de la durée de l'évolution de la maladie, du diagnostic de la maladie (tous diagnostiqués bipolaires de type I), la seule différence statistique apparaissant entre la moyenne d'âge entre le groupe 2 et le groupe 3 significativement plus jeune (p. inf. 0,02).

- tous ces patients sont donc caractérisés par une longue évolution des troubles, la prise d'un traitement thymorégulateur (compliance vérifiée par les dosages plasmatiques) et des fluctuations émotionnelles encore invalidantes.

- tous présentent au moins un trouble pathologique de la personnalité documenté par une psychométrie le plus souvent, et dont les dimensions de personnalité ont été appréhendées par le TCI de Cloninger dont nous ne rapporterons pas ici les résultats.

- le MINI rapporte une comorbidité anxieuse également comparable : dans le groupe 1 quatre phobiques sociaux et deux TAG (trouble anxieux généralisé) ; dans le second groupe deux phobiques sociaux et deux TAG et, enfin, pour le groupe 3, trois phobiques sociaux et trois sujets TAG.

5.2. Résultats psychologiques

Le premier groupe de MBCT visait à observer la faisabilité de l'instruction de la pleine conscience chez des patients bipolaires I qui présentaient par ailleurs un ensemble de comorbidités.

Les six patients volontaires du premier groupe ont assisté à toutes les séances. Ils étaient participatifs pendant toutes les approches enseignées, et interactifs quant au partage de l'expérience émotionnelle. Ces patients ont pu identifier dès le premier exercice dit « du grain

de raisin » leur impatience, leur découverte d'être très difficilement et de manière extrêmement fugace dans le temps présent.

Les participants du groupe 2 ont été également très présents aux séances, très engagés (nombreux échanges pendant et en dehors des séances : téléchargements internet et de leurs expériences individuelles) ; en revanche, le troisième groupe a été particulièrement plus instable : un seul des six participants a suivi les huit séances, un autre s'est absenté une fois alors que deux ne sont venus pour diverses raisons qu'à cinq séances et qu'un sujet n'a suivi que quatre des enseignements sur huit. Les quatre sujets les plus absents étaient deux femmes et deux hommes, les plus jeunes du groupe.

Les quelques différences cliniques indiquent d'une part que les patients les plus âgés sont les plus assidus au training des huit séances, avec pour hypothèses qu'ils recherchent des outils, des démarches pour aller mieux et que leur niveau de motivation est probablement supérieur.

5.2.1. Résultats psychologiques avant traitement

L'évaluation clinique et psychologique ne rapporte aucune souffrance dépressive ni maniaque significative.

5.2.2. Résultats psychologiques après MBCT

Ces résultats seront présentés sur deux groupes, soit un total de 12 sujets. Compte tenu de la différence significative des deux groupes en terme d'âge ($p. \inf. 0.02$), nous serons obligés de présenter les résultats séparément.

Concernant les échelles et questionnaires d'appréciation de la dépression, de la manie et de l'anxiété, il n'existe aucune différence significative avant et après traitement MBCT, tous les patients étant euthymiques avant de démarrer la thérapie.

Nous n'observons également aucune différence significative sur les questionnaires cognitifs dont la DAS, donc pas de diminution de la réactivité cognitive au retest à deux mois.

Concernant les deux autoquestionnaires MAS et Kentucky, il n'existe pas non plus de différence significative avant et après.

Si nous regardons de plus près les résultats obtenus par chacun des patients nous constatons des résultats très hétérogènes : environ quatre patients sur six améliorent leurs

scores KIM après l'enseignement MBCT. En revanche, les patients qui seront les plus absents ont ceux qui ont un score KIM le plus bas, toujours inférieur à 25.

La sous-échelle conscience de soi présente des scores effondrés pour les patients les moins observants (absence à trois séances). En revanche, les scores « acceptation sans jugement » sont extrêmement élevés chez ces douze patients.

6. Discussion

Cette première expérience avec des patients bipolaires euthymiques sous thymorégulateurs est un véritable succès quant à la faisabilité de la thérapie.

Nous avons ainsi confirmé notre première hypothèse de pouvoir apprendre à des patients bipolaires des stratégies de décentration complémentaires à celles de la thérapie cognitive.

Cette faisabilité avait été confirmée en premier par Kanny et Williams en 2007 qui ont conduit une thérapie MBCT en huit séances chez 50 patients déprimés symptomatiques malgré le traitement antidépresseur, cinq de ces patients présentant un trouble bipolaire. Les mesures effectuées consistaient en une mesure de l'acceptabilité de la thérapie et l'évolution du score au BDI. Parmi les cinq patients bipolaires, le BDI ne s'améliorait pas significativement, sauf pour le plus déprimé d'entre eux, sans que la réduction n'atteigne les 50 %. Il montrait que ces cinq patients bipolaires en souffrance dépressive modérée avaient pu suivre l'enseignement MBCT classique pendant les huit séances de deux heures.

L'ensemble des patients avaient bénéficié également d'une prise en charge de thérapie comportementale et cognitive dans l'année qui précédait l'enseignement MBCT.

L'étude la plus récente de Williams et al. [16] compare deux groupes de patients randomisés comprenant chacun des patients unipolaires en rémission : 24 en MBCT et 27 en liste d'attente et des patients bipolaires stabilisés (neuf dans le groupe MBCT et huit en liste d'attente) ; 21 unipolaires et 7 bipolaires seront réévalués à un mois.

Les deux groupes diminuent significativement leur souffrance dépressive évaluée par le BDI comparativement au groupe contrôle, et le sous-groupe de patients bipolaires diminue significativement sa souffrance anxieuse évaluée par le BAI toujours comparativement au groupe contrôle et non pas par rapport à eux-mêmes.

Ces résultats montrent l'originalité de notre travail car les deux expériences précédentes regroupaient 10 % de patients bipolaires avec 90 % de patients unipolaires en rémission [5,16].

Sur le plan psychologique, nous obtenons les mêmes résultats psychologiques, à savoir aucune amélioration du BDI ou du BAI avant et après groupe, leur différentiel ne se faisant que par rapport à un groupe contrôle (liste d'attente) que nous n'avons pas.

Notre hypothèse concernant l'amélioration des capacités de pleine conscience après l'enseignement MBCT n'est que très partiellement confirmée et mérite une autre méthode d'investigation.

7. Conclusions

Cette étude pilote exploratoire objective la faisabilité d'une démarche MBCT chez des patients bipolaires I en phase euthymique, mais qui connaissent encore des « hauts et bas » invalidants dans leur vie quotidienne et dont le tableau clinique associe de nombreuses comorbidités actives.

La combinaison des deux approches TCC classique et MBCT a pour but de réduire chez le patient la réactivité cognitive due à l'humeur, qui est un facteur de risque à la rechute dépressive ou à la récurrence des épisodes. Si nous n'avons pas pu objectiver de différences importantes à court terme, nous nous proposons de réévaluer ces patients plus tardivement afin d'estimer l'impact de cet apprentissage sur leur réactivité cognitive.

Références

[1] Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment* 2004;11:191-206.

[2] Docteur A, Mirabel-Sarron C, Urdapilleta I, Siobud-Dorocant E, Guelfi JD, Rouillon F. Évaluation clinique et cognitive d'une thérapie comportementale et cognitive de groupe chez des patients bipolaires *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2007;17:79-83.

[3] Felenf H, Coelho PF, Tanter A, Edzard E. Mindfulness based cognitive therapy: Current evidence and informing future research. *Consulting and Clinical Psychology* 2007;75:1000-05.

- [4] Kabat-Zinn J, Massio AO, Kristeller J, Peterson SG, Fletcher KE, Obert L. Effectiveness of meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992;149:936-43.
- [5] Kanny MA, Williams MG. Treatment resistant depressed patients showed a good response to MBCT. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:617-25, 5 short communications.
- [6] Lam D, Jones S, Hayward P. Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concept, methods and practice. Ed. Wiley; 1999.
- [7] Lam DH, Bright J, Jones S. et al. Cognitive therapy for bipolar disorder. A pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy Research* 2000;24:503-20.
- [8] Lam DH et al. A randomized control study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiat* 2003;60:145-62.
- [9] Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-Based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72:31-40.
- [10] Mirabel-Sarron C. Le concept de « mindfulness » et son utilisation dans la prévention des rechutes dépressives. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2003;13:40-3.
- [11] Mirabel-Sarron C. Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives. Paris: Dunod; 2005.
- [12] Mirabel-Sarron C, Siobud-Dorocant E, Cheour-Ellouz M, Kadri N, Guelfi JD. Apport des thérapies comportementales et cognitives dans les troubles bipolaires. *Ann Méd Psychol* 2006;164:341-8.
- [13] Mirabel-Sarron C, Solignac-Lavignac C. De la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif : identifier, traiter et prévenir les rechutes. Paris: Dunod; 2009.
- [14] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. The Guilford Press, New York. 2001.
- [15] Teasdale JD. Prevention of relapse recurrence in major depression by mindfulness cognitive therapy. *Journal of Consulting and clinical psychology* 2000;68:615-23.
- [16] Williams GM, Alatiq Y, Crane C, Barnhoffe C, Fennel V, Sdiggan G, et al. MBCT and bipolar disorder preliminary evaluation of immediate and between episod functioning. *J Affect Disorder* 2008;107:275-90, 9 brief report.

Conflit d'intérêt : aucun

Discussion

Dr Charbit – Y a-t-il des différences et des ressemblances avec la méditation classique ? Et les patients qui ont déjà fait de la méditation trouvent-ils le mindfulness différent ?

Réponse du Rapporteur, le Dr C. Mirabel-Sarron – Les patients qui ont déjà pratiqué la méditation trouvent une différence importante ; il existe plusieurs types de méditation enseignées (sur le corps, sur les sens, sur la respiration...) et d'autres outils complémentaire également appris pour accéder à une meilleure appréhension du moment présent et à une acceptation des contenus émotionnels et de pensée.

Pr M. Laxenaire – Je voulais poser une question à propos de vos patients bipolaires : à quel moment de leur état clinique appliquez-vous cette thérapie, un patient en phase maniaque ou prémaniaque n'ayant pas du tout les mêmes modes de pensée qu'en phase dépressive ?

Réponse du Rapporteur, le Dr C. Mirabel-Sarron – Afin de pouvoir participer à l'enseignement MBCT le patient doit être normothymique, prendre régulièrement son traitement thymorégulateur, même si persistent encore des fluctuations émotionnelles pénibles et invalidantes.

Dr J.-G. Veyrat – Ce travail est intéressant par l'association entre deux thérapies, TCC et mindfulness. Mais en ce qui concerne cet état d'esprit, n'est-il pas ce que l'on recherchait à obtenir dans les années où l'on mettait en œuvre, dans les groupes dérivés de la côte Ouest des USA, de Palo Alto, etc., en particulier les groupes de gestalt-thérapie, fondés sur le « hic et nunc » ?

Réponse du Rapporteur, le Dr C. Mirabel-Sarron – Il y a bien sûr un certain nombre de ressemblances comme pour toutes les approches visant à améliorer ses capacités à vivre le moment présent ; la spécificité de l'approche MBCT est l'observation par le sujet en période euthymique de ses ruminations, de ses modes de pensée récurrents, et des mouvements émotionnels infracliniques, sorte de « bruit de fond » quasi permanent qui le rendrait plus vulnérable aux rechutes.

Pr J.-M. Vanelle – Beaucoup de données récentes plaident pour un déclin cognitif assez spécifique chez les bipolaires avec l'âge. Les travaux de Williams et al. montrent-ils une action sur cette atteinte cognitive et est-ce l'un de vos objectifs thérapeutiques, à côté d'un apaisement thymique et émotionnel ?

Réponse du Rapporteur, le Dr C. Mirabel-Sarron – Non, cette approche n'a aucun objectif concernant les capacités cognitives ou le déclin cognitif.

Tableau I : Programme de Lam et col. 1999 (16)

20 séances de groupe

ÉTAPE 1 - éducative : séances 1 à 5

Le trouble bipolaire et ses traitements.
Construction de l'alliance thérapeutique.
Rappels sur la démarche comportementale.
Identification des cognitions, émotions et comportements.
Structuration des entretiens, définition de l'agenda.
Définition des tâches à domicile.
Questionnaires d'autoévaluation.
Construction progressive de la life-shart.
Définition individuelle des problèmes et des objectifs.

ÉTAPE 2 - techniques comportementales et cognitives : séances 6 à 16

Auto-enregistrement de l'humeur et des activités quotidiennes.
Identification des fluctuations de l'humeur normale, des aspects de la personnalité, et de l'humeur pathologique.
Mise en relation de la modification de l'humeur avec les cognitions et avec le taux d'activité
Apprentissage à la relaxation si activité augmentée.
Définition de tâches graduées si activité diminuée.
Contre-argumentation des cognitions : alternatives de pensées, examen de l'évidence.
Identification des schémas cognitifs.
Reformulation des schémas.

ÉTAPE 3 - consolidation : séances 17 à 20

Vérification de l'utilisation de toutes les techniques comportementales et cognitives.
Régularité du style de vie. Identification des stigmas et leurs conséquences personnelles.
Identification des facteurs précédant les rechutes sur la *life-shart*

Tableau II : Description de la population des trois groupes

Groupe	Sexe	Âge moyen	Âge de début des troubles
1	quatre femmes, deux hommes	53 ans +/- 5.44	23ans +/- 13,3
2	quatre femmes, un homme	53 ans +/- 8.91	18,4 ans +/- 8.1
3	quatre femmes, deux hommes	40.2 ans +/- 6.5	20,5 ans +/- 6

Tableau III
Extrait de la MAA
MAAS

Instructions : Voici une série de propositions décrivant des expériences de la vie quotidienne. Veuillez indiquer à l'aide de l'échelle allant de 1 à 6 la fréquence avec laquelle vous vivez chacune de ces expériences actuellement. Veuillez s'il vous plaît répondre selon *votre expérience réelle* plutôt que selon ce que votre expérience devrait être.

1. Il m'arrive d'éprouver une émotion et de ne pas en prendre conscience avant un certain temps.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez peu	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	fréquemment	fréquemment	jamais

2. Je casse ou renverse des choses parce que je suis inattentif(ve) ou parce que je pense à autre chose.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez peu	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	fréquemment	fréquemment	jamais

3. J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur ce qui se passe dans le présent.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez peu	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	fréquemment	fréquemment	jamais

4. J'ai tendance à marcher rapidement pour me rendre là où je veux aller, sans prêter attention à ce qui se passe durant le trajet.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez peu	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	fréquemment	fréquemment	jamais

5. J'ai tendance à ne pas remarquer des sensations de tension physique ou d'inconfort jusqu'à ce qu'elles captent vraiment mon attention.

1	2	3	4	5	6
presque	très	assez	assez peu	très peu	presque
toujours	fréquemment	fréquemment	fréquemment	fréquemment	jamais

Tableau IV : Inventaire Kentucky des Compétences de Pleine Conscience

Instructions : Veuillez coter chacune des propositions suivantes à l'aide de l'échelle ci-dessous. Notez le chiffre correspondant à ce qui décrit le mieux *votre opinion* ou ce qui est *généralement vrai pour vous*.

1. Je remarque les changements dans mon corps tels que le ralentissement ou l'accélération de ma respiration.
2. Je suis capable de trouver les mots qui décrivent mes sentiments.
3. Quand je fais des choses, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).
4. Je me reproche d'avoir des émotions irrationnelles ou inappropriées.
5. Je suis attentif(ve) au fait que mes muscles soient tendus ou relâchés.