

Running head: PLEINE CONSCIENCE ET INTERVENTIONS PSYCHOLGIQUES

Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience

Mindfulness-based psychological interventions

Alexandre Heeren^{a, b} & Pierre Philippot^a

^a Université Catholique de Louvain, Belgique

^b Fonds National de la Recherche Scientifique, Belgique

Citation : Heeren, A. & Philippot, P. (2009). Les interventions basées sur la pleine conscience. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 14, 13-23

Note des auteurs

L'écriture de cet article a reçu le soutien des subventions du « Fonds National de la Recherche Scientifique » belge et des « Consultations Psychologiques Spécialisées en Troubles Emotionnels » de l'Université Catholique de Louvain. Les auteurs tiennent à remercier les deux experts anonymes pour leurs suggestions concernant une version antérieure de cet article. Les auteurs remercient également Morgane Vanhaelen pour ses commentaires sur une version antérieure de cet article.

Toute correspondance concernant cet article peut être adressé à Alexandre Heeren ou Pierre Philippot, Unité de Recherche Emotion, Cognition et Santé (ECSA), Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Université Catholique de Louvain (UCL), 10, Place du Cardinal Mercier, 1348, Louvain-la-Neuve. Email: Alexandre.Heeren@uclouvain.be ou Pierre.Philippot@uclouvain.be

Résumé

Dernièrement, beaucoup d'attention a été portée sur la notion de pleine conscience. Cet article passe en revue les modèles théoriques et les recherches empiriques investiguant la pertinence clinique de cette notion. Le construit théorique de « *pleine conscience* » est d'abord examiné. L'approche métacognitive en deux composants proposée par Bishop et al. (2004) est ensuite discutée. Les procédures d'interventions psychologiques basées sur la pleine conscience sont décrites. De même, les processus impliqués et les domaines d'efficacité de ces interventions sont examinés. Les divergences et les convergences entre cette approche et les interventions comportementales et cognitives traditionnelles sont discutées. Enfin, des suggestions de recherches futures concernant les mécanismes de changement impliqués dans la pleine conscience sont envisagés.

Mots-clefs: Pleine conscience, Acceptation, Méditation, Régulation des émotions, Processus métacognitifs, Processus de changements psychologiques

Abstract

Lately, the construct of mindfulness has received much attention. This paper reviews conceptual approaches to mindfulness and empirical research of the utility on mindfulness-based interventions. The theoretical construct of mindfulness is examined. The two-component metacognitive approach proposed by Bishop et al. (2004) is discussed. Then, mindfulness-based interventions are described. Issues regarding clinical indications and mechanisms of action underlying mindfulness-based intervention are examined. Similarities and differences between mindfulness-based interventions and traditional cognitive-behavioural approaches are discussed. Suggestions of future directions for the empirical study of mechanisms involved in mindfulness are also discussed.

Keywords: Mindfulness, Acceptance, Meditation, Emotion regulation, Metacognitive processes, Psychological change processes.

Interventions psychologiques basées sur la pleine conscience

Récemment, d'importants changements sont survenus dans l'univers de la psychothérapie. Ceux-ci accordent une place d'importance aux processus émotionnels. Ces changements ont été qualifiés de troisième vague des thérapies comportementales et cognitives (Teasdale, 2004). La première vague avait été le développement de la thérapie comportementale, basée essentiellement sur les théories de l'apprentissage. Par la suite, une deuxième vague, basée sur le développement de la thérapie cognitive, est venue se greffer sur ce premier courant. Ces deux vagues ont en commun une approche centrée sur les problèmes rapportés par le client et la mise en place de stratégies explicites pour éliminer les facteurs de maintien du problème (i.e., les apprentissages et/ou les représentations dysfonctionnelles).

De manière contrastée, les interventions dites de la troisième vague sont avant tout centrées sur la reconnaissance et l'acceptation des émotions (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). En outre, elles accordent une place d'importance à la relation thérapeutique. De nouvelles formes d'interventions psychologiques ont ainsi progressivement émergé (e.g., la thérapie de l'acceptation et de l'engagement, le protocole de traitement unifié des troubles émotionnels de Barlow). Ces interventions reposent en grande partie sur l'exploration de l'expérience vécue ici et maintenant, une notion baptisée « *pleine conscience* ».

Le présent article a pour ambition d'établir les différents éléments constitutifs de la notion de pleine conscience. Le construit théorique de « *pleine conscience* » sera d'abord développé. Nous décrirons les procédures d'interventions psychologiques basées sur cette notion. Les processus impliqués et les domaines d'efficacité de ces interventions seront ensuite examinés. Enfin, les divergences et les convergences entre cette approche et les interventions comportementales et cognitives traditionnelles seront discutées.

Définition

Historiquement, la pleine conscience constitue la pratique de base des différentes méditations bouddhistes (Kabat-Zinn, 2003). Cela étant, de nombreux chercheurs la considèrent aujourd'hui comme une compétence psychologique à part entière (e.g., Hayes & Shenk, 2004; Hayes & Wilson, 2003; Kabat-Zinn, 2003; Linehan, 1993; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). Kabat-Zinn (2003, p. 145) désigne la pleine conscience comme un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention, de manière intentionnelle, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment. Chacun des éléments de la définition est essentiel en vue de bien comprendre ce qui sous-tend le concept de pleine conscience. En d'autres termes, il s'agit d'un état qui résulte de l'action du maintien de l'attention sur un stimulus (ou un pattern de stimuli) donné, dont l'expérience présente constitue le stimulus essentiel. Suivant cette approche, l'expérience présente réfère tant aux données sensori-motrices (e.g., ce que l'individu entend), cognitives (e.g., les pensées et les images mentales) qu'émotionnelles qui surgissent spontanément dans le champ de la conscience. En outre, une attitude de non-jugement est également nécessaire. Cette attitude consiste à explorer de manière similaire et à accepter toutes les facettes de l'expérience présente, quelle qu'en soit *a priori* la valence émotionnelle (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). L'objectif est d'entraîner l'attention à ne pas être capturée par les *a priori* associés à une expérience donnée.

Différents modèles de la pleine conscience ont été proposés (e.g., Bishop et al., 2004; Shapiro et al., 2006). Ces modèles visent principalement une définition opérationnalisable de la pleine conscience. Toutefois, en raison de sa parcimonie scientifique, seul le modèle de Bishop et al. (2004) sera envisagé. Selon ce modèle, la pleine conscience constitue une compétence d'ordre métacognitive sous-tendue par deux composants principaux, l'auto-régulation de l'attention et l'orientation vers l'expérience.

Auto-régulation de l'attention

Selon Bishop et al. (2004), la régulation du focus attentionnel est nécessaire à l'émergence d'un état de pleine conscience. Cette régulation permet à l'attention de rester maintenue sur l'expérience immédiate. Plus précisément, la pratique de la pleine conscience nécessite, lorsque le focus attentionnel est capturé par un distracteur potentiel, de pouvoir prendre conscience de ce distracteur, d'en désengager le focus attentionnel et d'ensuite ramener l'attention sur le point de focalisation déterminé par l'exercice. En ce sens, les capacités d'attention soutenue (i.e., capacité de maintenir un état de vigilance durant une période de temps prolongée; Posner & Rothbart, 1992) et de flexibilité du focus attentionnel (i.e., capacité de diriger le focus attentionnel d'un stimulus vers un autre; Posner, 1980) sont impliquées.

Orientation vers l'expérience

Selon Bishop et al. (2004), l'adoption d'une certaine attitude face à l'expérience est centrale dans la pratique de la pleine conscience. Cette attitude consiste à observer, avec curiosité et sans volonté ni de les modifier ni de les éviter, les différentes pensées, émotions ou sensations corporelles surgissant à l'esprit et capturant le focus attentionnel. Cet aspect renvoie à une forme d'acceptation active de l'expérience du moment présent, quelle qu'elle soit (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Roemer & Orsillo, 2003).

En résumé, la pleine conscience est un état mental qui émerge du fait de focaliser, volontairement et sans jugement *a priori*, toutes les ressources attentionnelles sur l'expérience présente, et ce tant dans les aspects sensori-moteurs, cognitifs qu'émotionnels. La pleine conscience constitue une compétence psychologique d'ordre métacognitif sous-tendue par deux éléments, l'auto-régulation du focus attentionnel et une attitude d'ouverture vers l'expérience émotionnelle (Bishop et al., 2004; Philippot, 2007).

Jon Kabat-Zinn (1982) a été le premier à développer un programme visant l'apprentissage de la pleine conscience dans une perspective d'intervention psychologique. Aujourd'hui, de nombreuses interventions psychologiques empiriquement éprouvées font référence à cette notion (Öst, 2008a; Shapiro et al., 2006). Parmi celles-ci, certaines articulent des éléments faisant référence à la pleine conscience à d'autres principes thérapeutiques. C'est notamment le cas de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) et de la thérapie comportementale dialectique (Dialectical Behavior Therapy; Linehan, 1993). En outre, des exercices de pleine conscience ont été intégrés dans un certain nombre de protocoles cliniques pour des troubles spécifiques tels que le trouble anxieux généralisé (e.g., Roemer & Orsillo, 2002; Wells, 2002), l'état de stress post-traumatique (e.g., Wolfson & Zlotnick, 2001), l'abus de substance (Marlatt, 2002; Breslin, Zack, & McMinn, 2002) ou les troubles alimentaires (e.g., Kristeller & Hallett, 1999; Telch, Agras, & Linehan, 2001). Par ailleurs, d'autres interventions sont exclusivement basées sur la pleine conscience; à savoir, l'entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience (MBSR, Mindfulness-Based Stress Reduction; Kabat-Zinn, 1990) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT, Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Segal, Teasdale & Williams, 2002).

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

La MBSR constitue la méthode d'intervention basée sur la pleine conscience la plus fréquemment citée dans la littérature scientifique. Elle a été développée par Kabat-Zinn (1982) auprès de patients douloureux chroniques. L'intérêt scientifique d'une telle démarche était d'offrir à ces personnes un environnement au sein duquel elles auraient la possibilité d'expérimenter un large éventail de nouvelles méthodes potentiellement efficaces pour atténuer leurs douleurs et les conséquences psychologiques qui en résultent (Kabat-Zinn, 1982; 2003). Plus concrètement, la MBSR est une intervention psychologique structurée en 8

à 10 séances. Des séances hebdomadaires d'une durée de 120 à 150 minutes sont organisées en groupe de 20 à 30 participants. Lors de chacune de ces séances des exercices¹ méditatifs sont pratiqués, et ce en dehors de toute référence idéologique et/ou spirituelle.

Chaque séance débute directement par un exercice pratique de pleine conscience d'une durée approximative de 40 minutes. Les participants sont ensuite invités à partager leurs impressions, commentaires et questions au sujet de l'expérience qu'ils ont vécue durant l'exercice. Toute la séance est organisée de manière à ce que les participants soient focalisés sur leurs expériences du moment présent. En ce sens, tout discours intellectualisant et/ou d'abstraction est évité. Les participants échangent ensuite sur les exercices qu'ils ont dû réaliser à domicile durant la semaine écoulée. En outre, la thématique spécifique de la séance est introduite sur la base des commentaires et des réactions des participants. Des exercices nouveaux sont alors introduits. Enfin, la séance se clôture par l'assignation des tâches à domicile. En effet, l'apprentissage de la pleine conscience exige une pratique régulière (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1990, 2003). Une corrélation positive a été observée entre les bénéfices retirés et l'intensité de la pratique quotidienne (Astin, 1997). Ainsi est-il demandé aux participants de pratiquer la pleine conscience en dehors des séances, et ce à raison d'environ 45 minutes par jour durant six jours sur sept. Pour ce faire, des enregistrements audio sont mis à disposition des participants au début du programme, bien qu'ils soient progressivement encouragés à pratiquer sans support. Il leur est également demandé d'essayer de pratiquer la pleine conscience lors d'activités quotidiennes, souvent effectuées de manière automatique et sans prise de conscience (e.g., marcher, se laver ou encore manger).

En ce qui concerne les exercices formels du programme, en début de formation, les participants sont invités à prendre conscience de l'objet de l'attention (e.g., la respiration) et à ramener le focus attentionnel sur cet objet lorsque l'esprit vagabonde (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1982). Plus précisément, et comme nous l'avons déjà évoqué ci-dessus, chaque fois que

le focus attentionnel est capturé par un distracteur (e.g., une pensée, une image, une sensation corporelle, un bruit), les participants sont invités à prendre pleinement conscience du distracteur et à ensuite rediriger le focus attentionnel sur le point de focalisation déterminé par l'exercice. Au fur et à mesure du programme, le champ attentionnel est progressivement élargi et il devient possible d'y inclure les pensées, les émotions et les sensations corporelles (Kabat-Zinn, 2003). Au fil des séances, les participants deviennent capables de répondre consciemment aux événements plutôt que d'y réagir de manière automatique et capturée par leur *a priori* (Kabat-Zinn, 2003).

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

La MBCT est une intervention psychologique de groupe structurée s'étalant sur une période de 8 semaines (Segal et al., 2002; Teasdale, Segal, & Williams, 1995). La méthodologie du programme est entièrement spécifiée dans un manuel (Segal et al., 2002). Ce programme a été construit en vue de prévenir les rechutes dépressives de clients en rémission de troubles dépressifs récurrents. La finalité est de permettre aux participants de modifier radicalement la manière dont ils entrent en relation avec des patterns de pensées et d'émotions négatives, contribuant à la rechute dépressive (Segal et al., 2002). En effet, des études suggèrent que la rechute dépressive est fréquemment causée par la réactivation automatique de patterns de pensées négatives, similaires à ceux activés lors du ou des épisodes antérieurs (Teasdale et al., 1995). La MBCT est essentiellement basée sur le programme MBSR mais incorpore également des éléments de thérapie cognitive en vue de faciliter une attitude de décentration et de détachement à l'égard des pensées, des émotions et des sensations corporelles. En ce sens, les participants sont à maintes reprises amenés à prendre conscience du phénomène selon lequel *les pensées ne sont pas des faits mais ne sont que des pensées* (Segal et al., 2002). De plus, le programme comprend une brève partie de psychoéducation au sujet de la dépression et des stratégies de coping les plus adaptées en vue de faire face à la

rechute dépressive. Le nombre de participants est souvent moindre (i.e., approximativement une douzaine) que dans les groupes MBSR.

Domaines d'Application et Efficacité

Critères de participation

Bien qu'il puisse être qualifié d'intervention psychologique, la communauté scientifique s'accorde aujourd'hui sur le fait que l'apprentissage de la pleine conscience ne constitue pas une forme de psychothérapie (Öst, 2008a, 2008b; Segal et al., 2002; Teasdale, 2004). La récente présentation d'Öst (2008b) lors du congrès annuel de la « British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies » insiste d'ailleurs sur ce point. Il constitue avant tout une intervention psychologique de prévention primaire et secondaire (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Philippot, 2007; Teasdale et al., 1995). En ce sens, il n'existe pas réellement de critères formels d'exclusion. Toutefois, un des aspects primordiaux est la capacité à pouvoir effectuer quotidiennement au moins 30 minutes d'exercice (e.g., Astin, 1997). Une personne dont les ressources attentionnelles sont déficitaires (e.g., une personne fortement déprimée) risque ainsi de ne pas pouvoir centrer son attention pendant des périodes de temps suffisamment longues. Il est alors conseillé d'attendre la récupération des ressources cognitives, et plus particulièrement des ressources attentionnelles et exécutives, avant de débiter l'apprentissage de la pleine conscience.

Notre expérience clinique nous a également permis d'observer que le programme n'était pas conseillé aux personnes souffrant d'une tendance à la dissociation ou de phobies de type intéroceptif. De fait, un certain nombre d'exercices de pleine conscience impliquant une focalisation attentionnelle sur les sensations corporelles sont souvent vécus comme une exposition de trop forte intensité pour ces personnes. Ce dernier point peut paraître en contradiction avec l'efficacité observée des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience auprès des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, chez qui

la tendance à la dissociation est souvent importante². Toutefois, aucune étude utilisant exclusivement des exercices de pleine conscience n'a été menée sur ce trouble. Les effets positifs ont été observés lors d'intervention de type troisième vague, intégrant progressivement des exercices de pleine conscience à d'autres ingrédients thérapeutiques actifs (e.g., thérapie comportementale dialectique, thérapie de l'acceptation et de l'engagement). En outre, ce point peut également apparaître en contradiction avec les études investiguant les effets de la pratique de la pleine conscience auprès de personnes souffrant de douleurs chroniques. En effet, certains pourraient craindre que la focalisation attentionnelle sur les sensations douloureuses se vive comme une exposition de trop forte intensité, entraînant une sensibilisation plutôt qu'une habitude. Toutefois, les observations empiriques et cliniques ne vont pas dans ce sens ; les programmes MBCT et MBSR ayant démontré une efficacité dans le traitement de la douleur chronique (pour une revue, voir Baer, 2003).

Efficacité

Les programmes d'apprentissage de la pleine conscience ont été appliqués dans des domaines larges et variés. Toutefois, bien qu'une majeure partie de ces études incluent un groupe contrôle ou un groupe en liste d'attente, moins nombreuses sont celles incluant une procédure de répartition aléatoire des participants. Cela étant, l'objectif de cet article n'étant pas de réaliser une méta-analyse des données empiriques relatives à l'efficacité de ces programmes d'intervention, nous renvoyons le lecteur intéressé aux méta-analyses de Baer (2003) et/ou de Grossman et al. (2004) pour plus de détails à ce sujet.

En ce qui concerne les troubles émotionnels, une réduction significative du niveau de symptomatologie a été observée auprès de personnes souffrant d'anxiété généralisée et d'attaques de panique (Kabat-Zinn et al., 1992; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995) ainsi que d'un trouble dépressif récurrent et résistant aux interventions comportementales et

cognitives habituelles (Kenny & Williams, 2007). Dans cette dernière étude, la présence d'éventuels troubles comorbides n'a toutefois pas été contrôlée. De même, ces trois études ne comprenaient pas de groupe contrôle. L'efficacité de la MBCT a aussi été démontrée dans la prévention de la rechute dépressive auprès de clients en rémission d'épisodes dépressifs majeurs récurrents (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000). En outre, une réduction significative du niveau de symptomatologie a également été observée auprès de personnes souffrant de boulimie (Baer, Fischer & Huss, 2005; Kristeller & Halett, 1999). Une réduction à différents indices de psychopathologie générale a également été observée en réponse à la MBSR auprès d'échantillons non-cliniques (Astin, 1997; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998; Williams, Kolar, Reger & Pearson, 2001).

Une amélioration de la qualité de vie en réponse au programme MBSR a également été observée auprès de personnes souffrant de douleurs chroniques (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1987; Randolph, Caldera, Tacone & Greak, 1999), de fibromyalgie (Goldenberg et al., 1994; Kaplan, Goldenberg & Galvin, 1993), et d'un cancer (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen & Speca, 2001; Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez & Schwartz, 2003; Speca, Carlson, Goodey & Angen, 2000). Aussi une augmentation significative du taux de mélatonine dans l'urine a-t-elle été observée en réponse au programme MBSR (Massion, Teas, Hebert, Wertheimer & Kabat-Zinn, 1995). La mélatonine est une hormone notamment impliquée dans la régulation des sécrétions hormonales et dans la réponse immunitaire des lymphocytes T. Une amélioration de l'efficacité des séances de photothérapie aux ultraviolets A et B lors la prise en charge de personnes souffrant de psoriasis a été observée lorsque les exercices méditatifs du programme MBSR était pratiqués lors des séances de traitements (Kabat-Zinn et al., 1998). Enfin, l'effet bénéfique de la pratique de la pleine conscience dans le traitement de

l'acouphène chronique invalidant a récemment été observé (Philippot, Nef, Clauw, de Romrée, & Segal, 2007).

Des tentatives d'utilisation de la pratique de la pleine conscience sont en cours auprès d'autres populations (e.g., gestion du stress au travail, prison). Ces essais ont principalement l'ambition de tester l'hypothèse selon laquelle l'apprentissage de la pleine conscience auprès de ces personnes serait associé à une amélioration de la qualité de vie. Aussi des tentatives d'adaptation clinique des exercices issus des programmes MBCT et MBSR sont en cours auprès d'enfants et d'adolescents (S. Deplus, communication personnelle, 18 Avril, 2008). Cela étant, ces applications n'ont pas encore été suffisamment éprouvées empiriquement en vue d'attester de leur efficacité.

Pour investiguer de manière plus large le spectre de l'efficacité de ces interventions, Baer (2003) a réalisé une méta-analyse. Il rapporte une taille d'effet moyen de .74, indiquant une efficacité modérée à bonne. Il suggère que les programmes MBSR et MBCT répondent aux critères de « traitement probablement efficace » tel que défini par l'American Psychological Association (1995) et peuvent ainsi être utiles dans la réduction de certains symptômes psychopathologiques et dans l'amélioration du fonctionnement psychologique en général. Toutefois, la difficulté principale en vue de répondre aux critères de « traitement bien établi comme efficace » proposés par l'APA (1995) consiste en ce qu'un des critères implique que le traitement s'adresse à une population spécifique, ce qui n'est pas la volonté de ces interventions (Baer, 2003; Philippot, 2007). Cela étant, de par sa manualisation complète et la répliation d'études d'efficacité dans de multiples laboratoires de recherche, le programme MBCT parvient aujourd'hui à réunir les critères de « traitement bien établi comme efficace » (Philippot, 2007).

Modèle de Changement des Interventions Basées sur la Pleine Conscience

Outre la validation empirique de l'efficacité des programmes d'apprentissage de la pleine conscience (i.e., la procédure réduit significativement la symptomatologie visée), une autre manière de préciser les domaines d'application de la pleine conscience est de s'intéresser à la validation du modèle thérapeutique de changement sous-tendant ces interventions (i.e., l'intervention est efficace par le biais de tel processus). Plus précisément, selon Barlow (2004), un modèle de changement est un modèle qui stipule les processus et les opérations qui amènent à un changement du fonctionnement. A nos yeux, cette connaissance est capitale en vue d'élaborer des interventions psychologiques utilisant au mieux les processus de changement, et donc maximisant le potentiel d'efficacité (Barlow, 2004, 2006; Philippot & Van Broeck, 2006). Cela étant, il n'existe pas encore de modèle bien établi précisant le modèle de changement et les principes actifs dans l'efficacité des programmes d'apprentissage de la pleine conscience. Une des raisons sous-tendant ce constat est que la pleine conscience constitue avant tout l'importation d'une pratique méditative bouddhiste dans le champ de la clinique, et non une intervention psychologique dérivée d'un modèle théorique scientifique (Hayes & Feldman, 2004). Examiner de manière plus fine la validation du modèle thérapeutique de changement sous-tendant ces interventions constitue sans nul doute un des défis pour le développement futur de la pleine conscience. Cela étant, Baer (2003) a, de manière spéculative, suggéré un modèle de changement articulé autour de cinq types de processus que nous discuterons: (a) l'exposition, (b) les changements cognitifs, (c) l'acceptation, (d) la gestion de soi, et (e) la relaxation.

Exposition

Bien que la réduction des réponses émotionnelles conditionnées ne constitue pas un objectif thérapeutique de la pratique de la pleine conscience, celle-ci implique dans une large mesure des processus d'exposition prolongée avec prévention de la réponse d'évitement. Pour reprendre l'exemple cité par Kabat-Zinn (1982), dans le cas de personnes souffrant de douleur

chronique, les participants sont invités à center leur attention sur les sensations de douleur, à les observer, les décrire et les explorer, tout en restant simultanément assis, sans bouger et surtout sans tenter de supprimer et/ou d'éviter (e.g., distraction) les sensations désagréables. De manière similaire, les personnes souffrant de troubles émotionnels sont amenées à observer, explorer et décrire leurs émotions, et ce sans tenter de les supprimer et/ou de les éviter.

Changements cognitifs

De nombreuses études se sont intéressées aux processus cognitifs sous-tendant l'efficacité de la pratique de la pleine conscience. Des recherches expérimentales ont observé que la pratique de la pleine conscience augmentait la capacité à récupérer des souvenirs autobiographiques spécifiques (Heeren, Philippot, & Van Broeck, 2008a; Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000). Un déficit de spécificité du rappel en mémoire autobiographique a été observé auprès de populations cliniques multiples et variées (pour une revue, voir Williams et al., 2007). De nombreuses études ont observé que ce déficit était associé à des conséquences cliniques non-négligeables, telles que des difficultés dans la résolution de problèmes interpersonnels (e.g., Pollock & Williams, 2001) ou des difficultés à concevoir des scénarii spécifiques futurs (Williams, 1996). En outre, la pratique de la pleine conscience induit également des changements d'ordre métacognitif. Une amélioration des processus exécutifs d'inhibition et de flexibilité cognitive a été observée en réponse à la pratique de la pleine conscience (Heeren, Philippot, & Van Broeck, 2008a). La principale fonction des processus exécutifs est de faciliter l'adaptation de l'individu à des situations nouvelles, et ce notamment lorsque les routines d'action, c'est-à-dire les habiletés cognitives surappries, ne peuvent suffire (Norman & Shallice, 1986). De plus, il a été observé que l'amélioration des processus de flexibilité cognitive constituait un médiateur de l'augmentation de la spécificité

du rappel en mémoire autobiographique observée en réponse à l'apprentissage de la pleine conscience (Heeren, Philippot, & Van Broeck, 2008a).

Une des particularités de la pleine conscience est le changement qu'elle permettrait d'opérer sur les ruminations mentales entretenant l'affectivité négative (Watkins, 2004). Selon Teasdale, Segal et Williams (1995), la pratique de la pleine conscience permet de désamorcer les boucles de rétroactions cognitives qui s'autoalimentent de manière automatique pendant la rumination. Selon ces auteurs, ce phénomène justifierait l'efficacité de la pleine conscience dans la prévention de la dépression et de la rechute dépressive. De manière congruente, une réduction des pensées intrusives abstraites et générales, caractéristiques des ruminations mentales, a été observé en réponse à un entraînement à la pleine conscience (Heeren, Philippot, & Van Broeck, 2008b). Ces auteurs ont également observé une augmentation de la capacité à générer des pensées flexibles et se développant dans des directions nouvelles ainsi qu'un développement du sentiment d'efficacité dans la capacité à faire face aux pensées intrusives. Par ailleurs, ils ont également pu observer que l'augmentation de la capacité à penser de manière ouverte et flexible constituait un médiateur de la réduction des pensées intrusives abstraites et générales. De même, ils ont observé que le changement affectant le niveau d'abstraction des pensées constituait lui-même un médiateur sous-tendant le développement du sentiment d'efficacité dans la capacité à faire face aux pensées intrusives. Enfin, ces auteurs ont également montré que le changement affectant le niveau d'abstraction des pensées constituait également un médiateur de la réduction du niveau de symptomatologie psychopathologique générale.

Acceptation

Comme nous l'avons déjà évoqué ci-dessus, la pratique de la pleine conscience accorde une place d'importance à l'attitude mentale d'acceptation et d'ouverture à l'expérience, quelle qu'elle soit. En d'autres termes, il s'agit de promouvoir un processus d'acceptation active (et

non de résignation) de l'expérience vécue. Cette attitude correspond tout à fait à celle incitée tant par la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) que par la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993) pour lesquelles un changement émotionnel n'est possible que lorsque l'individu a reconnu et accepté la détresse émotionnelle qu'il ressent. Actuellement, de nombreux chercheurs (e.g., Barlow, Allen, & Choate, 2004; Greenberg, 2002) considèrent que la souffrance émotionnelle résulte bien plus de la non-acceptation de l'émotion que de l'émotion elle-même. En ce sens, des recherches expérimentales ont pu démontrer qu'une attitude d'acceptation de l'émotion engendrait une réduction de l'intensité émotionnelle, en comparaison à une attitude de non-acceptation (e.g., Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hoffmann, 2006; Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004).

Gestion de soi

La pratique de la pleine conscience implique des auto-observations des réactions émotionnelles automatiques. Ces observations engendrent une meilleure connaissance de soi et des conséquences des réactions propres. Ces observations permettent d'envisager plus facilement des réactions alternatives et d'élargir le répertoire comportemental. En outre, les auto-observations permettent de devenir plus à même de détecter les signes avant-coureurs d'une difficulté psychologique et d'ainsi pouvoir y faire face de manière préventive plutôt que curative. Enfin, l'exigence de devoir libérer 45 minutes quotidiennes en vue de réaliser les exercices entraîne une réorganisation, amenant l'individu à observer les buts et valeurs qui déterminent les actions au quotidien, facteurs d'importance dans la gestion de soi.

Relaxation

Outre l'état d'être pleinement conscient de l'expérience du moment présent, le but explicite de la pleine conscience n'est pas d'amener un état de relaxation, ni même de générer un état particulier. La pratique de la pleine conscience peut même amener l'individu à observer et rester en contact avec divers stimuli parfois incompatibles avec la détente (e.g.,

certaines tensions musculaires et/ou certaines pensées intrusives). Toutefois, la pratique de la pleine conscience peut engendrer un état similaire à la relaxation. Cet effet non recherché a pour conséquence d'induire les bénéfices liés à celle-ci (Baer, 2003).

Comparaison entre les interventions basées sur la pleine conscience et les interventions comportementales et cognitives

Comme le suggère Baer (2003), les interventions basées sur la pleine conscience présentent des similarités avec les interventions cognitives et comportementales traditionnelles. Une des premières similarités est que les interventions basées sur la pleine conscience ont été structurées et consignées dans des protocoles clairs et opérationnels, formellement limités dans le temps. De même, un contrat clair et explicite est présenté aux participants. Aussi les deux approches partagent-elles une efficacité validée empiriquement et font référence à un cadre conceptuel théorique similaire.

Une autre similarité consiste en ce que les deux approches partagent des processus de changement semblables, tels que l'exposition, l'auto-observation, les changements cognitifs. Bien que l'ensemble de ces processus de changement soit mobilisé par les deux approches, ils le sont de manière directe et explicite dans les interventions cognitives et comportementales, et de manière indirecte dans les interventions basées sur la pleine conscience.

Finalement, les deux approches ont en commun d'être centrées sur le fonctionnement actuel de l'individu. En effet, les interventions cognitives et comportementales mettent l'accent sur les facteurs actuels de maintien du problème, même si les antécédents historiques ne sont pas niés. Les approches basées sur la pleine conscience, quant à elle, sont exclusivement focalisées sur l'expérience immédiate de l'individu.

Cela étant, les interventions basées sur la pleine conscience présentent des divergences avec les interventions cognitives et comportementales traditionnelles. Une des principales réside dans le fait que, en contraste aux interventions cognitives et comportementales, les

interventions basées sur la pleine conscience ne sont pas caractérisées par l'établissement d'un objectif thérapeutique précis (Baer, 2003; e.g., la modification d'un comportement cible ou d'un pattern de pensées). Dans le cadre des interventions cognitives et comportementales, les objectifs sont centraux. Ceux-ci sont explicités et négociés avec le client, notamment en vue de réaliser des évaluations régulières. De manière contrastée, les approches basées sur la pleine conscience encouragent explicitement les participants à ne pas tendre vers un but, ni même à rechercher un état et/ou un changement particuliers, si ce n'est celui d'être pleinement conscient de l'expérience présente (Baer, 2003). Bien que ce décalage puisse être source d'ambiguïté, selon les approches basées sur la pleine conscience, se mettre en attente d'un changement risquerait de restreindre la perception de l'expérience actuelle qui serait dès lors décodée en termes d'approche ou d'écart par rapport aux changements souhaités (Philippot, 2007). Cette attitude constituerait une forme de non-acceptation de l'expérience, se situant aux antipodes de la pleine conscience

Une autre divergence réside dans le fait que, contrairement aux interventions cognitives et comportementales, les interventions basées sur la pleine conscience ne visent pas à modifier le contenu des pensées irrationnelles mais l'attitude par rapport à celles-ci. De manière contrastée, les participants sont amenés à observer et accepter leurs cognitions pour ce qu'elles sont réellement, soit des créations transitoires de l'esprit et non le reflet exact de la réalité. Analyser les cognitions ou débusquer leurs aspects irrationnels ou biaisés serait une forme de non-acceptation de l'expérience.

Enfin, une autre divergence est le fait qu'une pratique personnelle de la pleine conscience par l'intervenant est essentielle et une condition nécessaire en vue d'être intervenant (Segal et al., 2002). Cette exigence de la pleine conscience engendre un style de relation thérapeutique spécifique et plus égalitaire au sein duquel l'intervenant n'est pas dans une position forte de savoir comme il pourrait l'être dans les interventions cognitives et comportementales

traditionnelles. L'intervenant effectue tous les exercices avec les participants et partage au même titre ses expériences avec le groupe. Ce type de relation amène l'intervenant à jouer un rôle de modèle vicariant dans l'apprentissage d'un processus de développement personnel. Cette manière de considérer la relation thérapeutique est d'ailleurs une des caractéristiques de la troisième vague. Ces mutations colorent d'ailleurs l'univers de la formation en psychothérapie. Depuis peu, la formation en interventions comportementales et cognitives exige, sur le plan européen, un travail personnel du futur thérapeute.

Conclusion

Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience s'inscrivent au cœur de la troisième vague qui meut actuellement l'univers de la psychothérapie empiriquement validée. Cet article visait à présenter la spécificité des interventions basées sur la pleine conscience. A cet égard, nous avons souligné que la principale spécificité de ces interventions consiste en une approche expérientielle du vécu, suspendant toute interprétation intellectuelle et/ou d'abstraction du vécu de l'individu. Comme exposé ci-dessus, cette approche encourage avant tout l'acceptation de l'expérience vécue et le développement des valeurs fondamentales de l'individu.

En outre, nous avons souligné que l'objectif essentiel de la pleine conscience ne vise pas un changement des émotions ou des cognitions, ni même une meilleure compréhension de celles-ci. La pleine conscience a pour finalité de modifier le mode d'entrer en relation et l'attitude à l'égard des émotions et des cognitions. Il importe de noter que cette approche n'est pas antithétique aux interventions cognitives et comportementales. A titre d'exemple, les nouvelles modalités d'exposition aux stimuli aversifs ont fortement été influencées par les approches basées sur la pleine conscience. Ainsi, Barlow et ses collaborateurs (Barlow, Allen, & Choate, 2004; Moses & Barlow, 2006) préconisent, non plus d'exposer les clients aux stimuli aversifs en leur apprenant à contrôler leur anxiété, mais de les exposer à leurs

émotions aversives dans le but d'apprendre à les accepter et à les considérer telles qu'elles sont.

Néanmoins, bien que les résultats actuellement disponibles soient clairement prometteurs, les recherches futures devront continuer à investiguer l'efficacité de cette approche et les processus de changement la sous-tendant. Plus précisément, les études concernant la validation empirique de l'efficacité devront examiner la question de l'indication différentielle (Philippot, 2007). En effet, bien qu'on puisse espérer qu'à l'avenir les interventions psychologiques soient validées pour les processus plutôt que pour leurs conséquences symptomatiques, les critères actuels de validation imposent de spécifier le ou les troubles pour lequel le traitement est conçu et validé. En ce qui concerne la validation du modèle thérapeutique, les recherches ultérieures devront veiller à mieux préciser les processus et les opérations qui amènent à un changement du fonctionnement (Roemer & Orsillo, 2003; Shapiro et al., 2006).

Références

- American Psychological Association, Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Reports and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 97-106.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351-358.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Barlow, D. H. (2006). Psychotherapy and psychological treatments: The future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 216-220.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Bishop, R. S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Breslin, C. F., Zack, M., & McMair, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 275-299.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9, 112-123.

- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion, 6*, 587-595.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35-43.
- Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S., & Schmid, C. H. (1994). A controlled study of a stress-reduction cognitive-behavioural treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain, 2*, 53-66.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 255-262.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 249-254.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 161-165.
- Heeren, A., Philippot, P., & Van Broeck, N. (2008a). *Effects of mindfulness training on executive processes and autobiographical memory specificity*. Manuscript submitted for publication.

- Heeren, A., Philippot, P., & Van Broeck, N. (2008b). Open and divergent thinking mediates impacts of mindfulness training on intrusive thoughts and emotional change: A proposal model. Manuscript in preparation.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*, 333-352.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of a chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain, 2*, 159-173.
- Kabat-Zinn, J., Massion, M. D., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 149*, 936-943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, Z., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatics Medicine, 50*, 625-632.

- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Galvin, N. M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry, 15*, 284-289.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 617-625.
- Kristeller, J. L., & Halett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology, 4*, 357-363.
- Levitt, J., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*, 747-766.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. Traduction francophone, 2000, Genève, Suisse: Médecine et Hygiène.
- Ma, S., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 44-49.
- Massion, A. O., Teas, J., Hebert, J. R., Wertheimer, M. D., & Kabat-Zinn, J. (1995). Meditation, melatonin, and breast/prostate cancer: Hypothesis and preliminary data. *Medical Hypotheses, 44*, 39-46.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow up and clinical implications of mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17*, 192-200.

- Moses, E. B., Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 146-150.
- Norman, D. A., & Shallice, T. (1986). Attention to action: Willed and automatic control of behavior. In R. J. Davidson, G. E. Schwartz, & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self regulation: Advances in research* (pp. 1-18). New York: Plenum Press.
- Öst, L. G. (2008a). Efficacy of the Third Wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Öst, L. G. (2008b, July). *Efficacy of the Third Wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis*. Paper presented at the annual meeting of the British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, Edinburgh, Scotland, UK.
- Philippot, P. (2007). *Emotion et psychothérapie*. Wavre: Editions Mardaga.
- Philippot, P., Nef, F., Clauw, L., de Romrée, M., & Segal, Z. (2007). *A randomized controlled trial of mindfulness based cognitive therapy for treating tinnitus*. Manuscript submitted for publication.
- Philippot, P., & Van Broeck, N. (2006). La psychothérapie à la croisée des chemins: Recherche, évaluation et formation. *Acta Psychiatrica Belgica*, 106, 99-104.
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 386-396.
- Posner, M. I. (1980). Orienting of attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32, 1, 3-25.
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1992). Attentional mechanisms and conscious experience. In A. D. Milner & M. D. Rugg (Eds.), *The neuropsychology of consciousness* (pp. 91-111). Toronto: Academic Press.

- Randolph, P. D., Caldera, Y. M., Tacone, A. M., & Greak, M. L. (1999). The long-term combined effect of medical treatment and mindfulness behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas. *Pain Digest*, *9*, 103-112.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 172-178.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press. Traduction francophone, 2006, Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, *54*, 85-91.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 373-386.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, *139*, 267-274.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, *62*, 613-622.
- Teasdale, J. D. (2004, September). *Mindfulness and the Third Wave of cognitive-behavioural therapies*. Keynote address at the 34th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Manchester, UK.

- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behaviour Research and Therapy, 33*, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 69*, 1061-1065.
- Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behavior Research and Therapy, 42*, 1037-1052.
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 95-100.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion, 15*, 422-432.
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memories* (pp. 244-267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 150-155.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin, 133*, 122-148.

Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 169-181.

Note de bas de pages

¹ Des exemples d'exercice réalisé en session peuvent être téléchargés sur le site www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness.

² Nous tenons à remercier un des experts anonymes pour cette remarque.