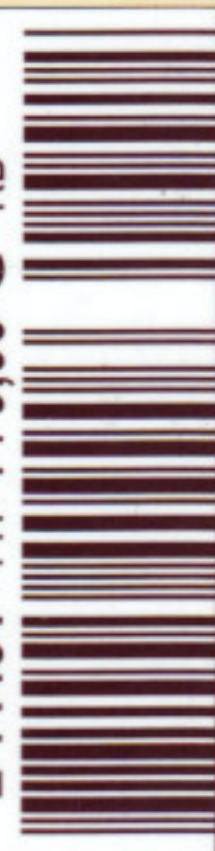


# Cerveau & Psycho

NUMÉRO COLLECTOR

MARS-AVRIL 2021

L 14454 - 1 H - F: 9,90 € - RD



Christophe André  
Matthieu Ricard  
Rébecca Bègue-Shankland  
Antoine Lutz

## LES POUVOIRS DE LA MÉDITATION

Changer  
son cerveau  
en profondeur

Renforcer  
ses défenses  
immunitaires

Améliorer  
sa capacité de  
concentration

Rester serein  
dans un monde  
incertain

Après un épisode dépressif, un danger guette les patients : la rechute. Méditer est-il un moyen de s'en prémunir ? Oui, répondent les psychiatres, qui commencent à la recommander.

Gilles Bertschy

Au cours de sa vie, environ un homme sur dix et une femme sur cinq fera une dépression majeure. Dans la moitié de ces cas, il ou elle sera sujet(te) à des récurrences, c'est-à-dire au retour d'épisodes dépressifs plus ou moins sévères, séparés de plusieurs mois. Même si l'on serait tenté de croire que la personne « guérit » entre les épisodes, la réalité est plus nuancée et on observe fréquemment, après les épisodes eux-mêmes, des symptômes résiduels. Troubles du sommeil, sensation de fatigue, perte d'appétit ou au contraire accès de boulimie, sensibilité aux événements sociaux stressants, pessimisme, troubles sexuels, baisse d'estime de soi, manque de motivation ou d'investissement dans les activités du quotidien : l'un ou l'autre de ces signes (parfois plusieurs combinés) peuvent alors indiquer que « quelque chose » est toujours là. Que faire pour éviter de basculer de nouveau dans un vrai épisode de dépression ?

La psychiatrie dispose, pour la prévention des récurrences dépressives, d'un arsenal thérapeutique qui comprend en premier lieu les antidépresseurs, mais aussi les psychothérapies parmi lesquelles les thérapies cognitivo-comportementales ont le mieux démontré leur efficacité.

Depuis plus d'une dizaine d'années, la méditation est passée, pour le grand public mais aussi pour les soignants, du statut de discipline spirituelle à celui d'activité cognitive et affective capable d'apporter une série de bienfaits à la fois pour le corps et pour l'esprit. Son pouvoir thérapeutique, face à des pathologies sérieuses comme la dépression, mais aussi le trouble bipolaire ou les troubles alimentaires, commence à

être évalué selon les méthodes scientifiques en psychiatrie.

Dans le cas précis de la dépression, comprendre l'action de la méditation nécessite de bien analyser la façon dont les épisodes dépressifs surviennent et reviennent à la charge.

#### LA RECHUTE : UN EMBALLEMENT COGNITIF

Fondamentalement, les mécanismes de la dépression sont de nature neurobiologique et psychologique, ces deux volets étant fortement intriqués et variables d'un patient à l'autre. Dans une perspective psychologique, la récurrence des épisodes dépressifs peut être comprise comme résultant d'une vulnérabilité de la personne. Cette vulnérabilité, probablement aggravée par la répétition des épisodes, fonctionne d'après des mécanismes de cercles vicieux. Des événements déclencheurs souvent anodins (par exemple, une remarque négative d'un collègue...) induisent une émotion de tristesse qui va activer des réseaux de cognitions négatives – autour de thèmes de pessimisme (je ne vais pas arriver à mener ce projet à bien), d'échec (je n'ai pas gagné la confiance de mes collègues), d'autodévalorisation (je suis nul[le]). La facilité avec laquelle un événement déclencheur provoque ces cognitions est ce qu'on appelle la « réactivité cognitive ». Il en résulte souvent des mécanismes de ruminations, un autre aspect de la vulnérabilité dépressive, qui lancent véritablement le phénomène de cercles vicieux : plus le sujet rumine (les pensées négatives sur soi tournent en boucle), plus les émotions négatives

“ C’EST TRÈS DIFFÉRENT DE PENSER  
QU’ON EST NUL(LE) ET DE SE DIRE :  
JE SUIS EN TRAIN DE PENSER  
QUE JE SUIS NUL(LE). ”

s’accroissent et plus il s’enferme dans ses pensées négatives.

Ce phénomène peut être qualifié « d’effet boule de neige ». À son départ, en haut de la pente, la boule de neige est encore petite, il ne s’agit que d’une tristesse transitoire et de l’amorce d’une réactivation de pensées négatives et de mécanismes de rumination. Il est facile de l’arrêter à ce moment-là. Mais si on laisse la boule dévaler la pente, elle grossit et, arrivée en bas, elle est devenue inarrêtable. Les cercles vicieux se sont emballés. L’humeur dépressive, les pensées négatives et les ruminations se sont aggravées mutuellement jusqu’à provoquer un plein état dépressif.

On comprend du même coup tout l’intérêt d’intervenir au sommet de la pente. Cela n’a rien d’aisé, car cela suppose que le sujet lui-même soit en situation de détecter les premiers signaux d’alerte et de faire ce qu’il faut pour que cela ne dégénère pas. La personne va devoir repérer l’émergence de sa tristesse initiale et de ses pensées négatives. Cet aspect est capital car il y a une différence entre se dire que l’on est nul(le) et prendre conscience que l’on est en train de se dire qu’on est nul(le). Dans le premier cas, il s’agit d’une pensée sans distance, souvent automatique, alors que dans le second s’opère un léger recul qui permet de prendre de la distance vis-à-vis de ses propres pensées. On appelle cela, en langage psychologique, la métacognition. Grâce à la métacognition, vous devenez observateur de votre propre fonctionnement mental. Cette capacité d’observer ses propres pensées et à en prendre conscience, comme d’un point de vue extérieur, est un geste mental essentiel. Car

## EN BREF

> En combinant thérapies cognitives et méditation, on réduit fortement le risque de rechute après un épisode dépressif.

> Méditer permet de prendre conscience de ses propres pensées négatives et de les relativiser, pour ne pas entrer dans des cycles de ruminations.

> Les patients apprennent aussi à être plus tolérants et bienveillants vis-à-vis d’eux-mêmes, un facteur nommé autocompassion.

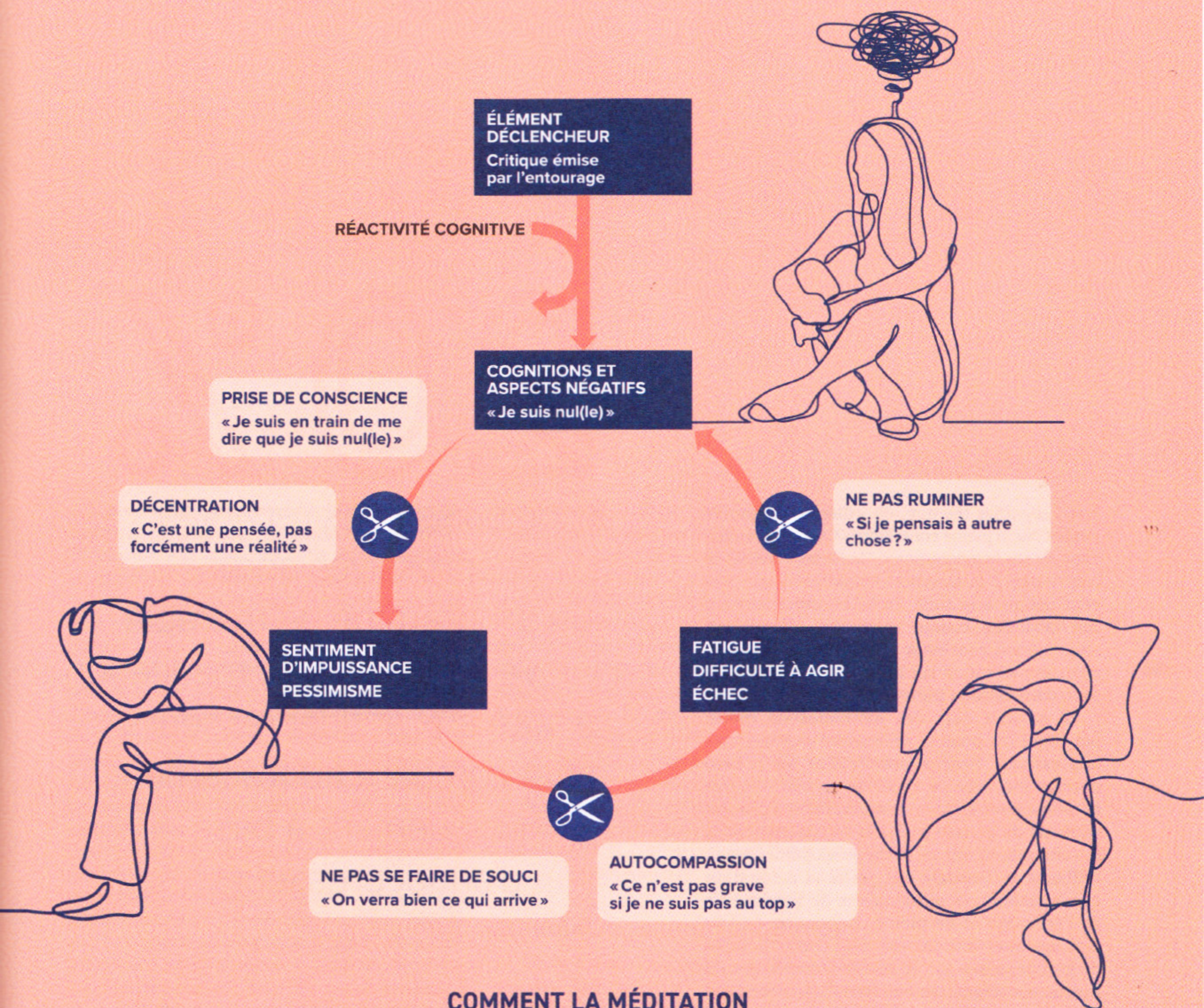
une fois que l’on a identifié ses propres pensées comme des produits de notre activité mentale, il devient aussi possible de ne plus les considérer d’office comme reflétant une indiscutable réalité externe (les autres) ou interne (le soi).

Pour être efficace, une telle intervention – en haut de la pente, rappelez-vous – doit être complétée par l’acquisition et le développement de compétences de décentration, c’est-à-dire une capacité de se désengager de ces émotions et pensées négatives sans enclencher des processus de rumination. Autrement dit, une fois que l’on s’est fait la réflexion : « Je suis en train de me dire que je suis nul(e) », l’étape suivante consiste à se dire, par exemple : « C’est une pensée issue de mon psychisme, mais elle ne reflète pas forcément la réalité. »

Comme on l’aura compris, ces gestes mentaux peuvent s’acquérir et se perfectionner en partie par la pratique de la méditation.

## UNE THÉRAPIE FONDÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

Dans les années 1990, trois psychologues, Zindel Segal, de l’université de Toronto, Mark Williams, de l’université d’Oxford, et John Teasdale, de l’université de Cambridge, ont mis sur pied un programme de thérapie cognitive qui tient compte de ces deux aspects fondamentaux : repérer les processus émotionnels et mentaux négatifs qui lancent le processus dépressif, et s’en dégager. Il en a résulté un nouveau programme de thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience pour la dépression, connu sous son acronyme anglais de MBCT (*mindfulness*



## COMMENT LA MÉDITATION RÉDUIT-ELLE LE RISQUE DE RECHUTE ?

Une rechute est souvent provoquée par un simple événement déclencheur (par exemple, une remarque négative de l'entourage, d'un collègue...). Le psychisme, déjà marqué par de précédents épisodes dépressifs, démarre alors au quart de tour, par un phénomène de réactivité cognitive. Il lance des pensées négatives sur soi (je suis

nul[le]), ce qui amorce un cercle vicieux de rumination : sentiments d'impuissance et pessimisme débouchent sur l'inaction, la fatigue et l'échec, renforçant le sentiment de nullité. Ce cercle peut être brisé par cinq « ciseaux » que procure la méditation associée aux thérapies cognitives : la pleine conscience permet de débusquer

les pensées négatives, et la décentration, de s'en distancier. La méditation réduit aussi la tendance générale à se faire du souci et augmente l'autocompassion. Enfin, la propension à ruminer est également atténuée par cette pratique.

*based cognitive therapy*, ou «thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience»). Ce programme s'appuie sur la méditation de la pleine conscience empruntée à la tradition bouddhiste, que l'on peut définir à la suite du biologiste américain Jon Kabat-Zinn comme une pratique d'exercices attentionnels consistant à porter intentionnellement son attention sur les choses telles qu'elles sont, dans l'instant présent et sans jugement.

Il existait déjà des méthodes de thérapie cognitive pour la prévention des rechutes dépressives, basées notamment sur l'auto observation avec ce souci de se voir «penser en noir» pour ensuite restructurer ses propres schémas de pensée et éviter de basculer dans la rumination. Sur ce socle préexistant, Segal, Williams et Teasdale ont greffé la méditation et ses techniques particulières de focalisation de l'attention et de pleine conscience. Le format des interventions est celui d'une thérapie de groupe, basée sur un manuel, menée par un instructeur soigneusement formé, qui comprend des séances hebdomadaires en groupe sur huit semaines et une pratique quotidienne personnelle d'exercices de méditation.

### MÉDITER APPORTE UN VRAI BÉNÉFICE

Le programme a été construit pour la prévention des récurrences dépressives et a été testé comme tel dans un certain nombre d'essais cliniques randomisés depuis le début des années 2000. Les résultats des premières études réalisées par les fondateurs de la méthode ont été très positifs. Comme souvent dans le domaine des psychothérapies, les résultats des

# 20%

de baisse des rechutes dépressives après un programme de thérapie cognitive fondée sur la méditation ajouté aux antidépresseurs (effet comparé au traitement uniquement à base d'antidépresseurs)

études suivantes furent parfois plus nuancés. Une métaanalyse publiée en 2016 par Willem Kuyken et ses collaborateurs du département de psychiatrie de l'université d'Oxford permet d'estimer que le programme de prévention basé sur la pleine conscience, ajouté au traitement habituel (psychothérapie, antidépresseurs ou les deux combinés) réduit d'environ 30% le risque de rechute dans l'année qui suit la fin du programme, comparé au traitement habituel sans programme de pleine conscience. Et la pleine conscience seule reste 20% plus efficace que la thérapie avec antidépresseurs. Précisons que ces résultats concernent des patients ayant

déjà présenté au moins trois épisodes dépressifs majeurs : ce nombre a été retenu comme critère d'inclusion à la suite des deux études initiales faites par les fondateurs du programme MBCT, qui montraient que la pleine conscience ne semblait pas apporter de bénéfice chez les patients n'ayant connu qu'un ou deux épisodes.

Devant ces résultats positifs, la question se pose de savoir quelle contribution apportent les différentes composantes du programme de thérapie fondé sur la pleine conscience. Est-ce la méditation elle-même qui agit, ou l'association entre méditation et psychothérapie classique ? Le psychologue Mark Williams et ses collègues ont abordé cette question en comparant trois conditions expérimentales : un premier groupe de patients traités au moyen d'une thérapie habituelle (psychothérapie avec ou sans antidépresseurs), un deuxième groupe bénéficiant en plus d'un programme MBCT de pleine conscience, et un troisième groupe combinant le traitement habituel (dont les antidépresseurs) et ce qu'ils ont appelé une «éducation psychologique cognitive», qui peut être résumée comme un programme MBCT privé de sa composante de méditation. Les résultats doivent être interprétés avec prudence car ils ne sont significatifs que dans certains sous-groupes, mais ils semblent indiquer que les patients du troisième groupe obtenaient des bénéfices intermédiaires entre ceux du premier et du second. Comme si la méditation contribuait pour une bonne moitié aux bénéfices procurés par MBCT.

Depuis ce développement initial centré sur la prévention des rechutes dépressives, d'autres horizons ont été ouverts. Il a été montré non

seulement qu'il était possible d'appliquer ce programme à des patients qui n'étaient pas encore en rémission complète mais aussi à des patients encore dans un épisode dépressif majeur, avec des bénéfices établis dans le cadre d'essais randomisés contrôlés. Des variantes ont été envisagées aussi pour des applications dans le domaine des troubles bipolaires, où des bénéfices sont obtenus sur l'anxiété mais pas sur la prévention des récurrences, ainsi que dans d'autres domaines psychiatriques comme les troubles du comportement alimentaire, les états de stress post-traumatique, des troubles anxieux ou les troubles du sommeil. En parallèle, pour favoriser l'accès du plus grand nombre au programme MBCT, des variantes en ligne sur internet ont été développées.

### COMMENT CELA FONCTIONNE-T-IL ?

Reste à savoir comment la méditation exerce son effet protecteur sur la récurrence des épisodes dépressifs. Le travail de métaanalyse réalisé par Willem Kuyken et ses collaborateurs fait apparaître que la présence de symptômes résiduels est un critère déterminant : plus ces symptômes dépressifs résiduels sont élevés, plus le bénéfice du programme MBCT est net et se traduit par une forte baisse du risque de récurrence. Des observations du même type ont été réalisées lors d'autres études : l'une d'entre elles a montré que le programme MBCT était plus efficace que les antidépresseurs chez des patients dont la rémission était instable (c'est-à-dire, dont la présence de symptômes résiduels fluctuait en cours de suivi) mais pas dans le sous-groupe de patients dont la

La **MBCT** repose sur un entraînement attentionnel ancré dans le **MOMENT PRÉSENT** et évitant le « vagabondage » des pensées négatives, et sur un **RAPPORT APAISÉ** aux émotions et au corps. C'est un programme très codifié, comportant une séance de groupe hebdomadaire pendant huit semaines et des exercices **À PRATIQUER** seul tous les jours.

86

rémission était stable au cours du suivi... Une autre étude a montré que le programme MBCT était plus efficace que les antidépresseurs chez les patients ayant le plus d'antécédents de traumatismes infantiles. On est alors tenté de croire que ces patients ayant des symptômes résiduels plus nombreux ou plus instables, ou davantage d'antécédents traumatiques infantiles, sont simplement ceux qui ont le risque le plus élevé de rechutes, comme cela a été établi dans de nombreuses études. Et que, pour cette raison, il est logique qu'ils soient aussi ceux qui ont le plus à gagner du programme thérapeutique MBCT. Mais si c'était le cas, un nombre élevé d'épisodes antérieurs (plus de trois) ou un jeune âge lors du premier épisode de dépression, qui sont des marqueurs épidémiologiques bien établis du risque de rechute, devraient aussi être associés à un bénéfice plus marqué du programme MBCT. Or la métaanalyse de Willem Kuyken et ses collègues montre que ce n'est pas le cas.

Comment résoudre ces contradictions ? Une façon de le faire est d'imaginer que la thérapie MBCT est utile surtout quand le patient doit faire face à des ressentis ou des pensées fluctuantes, problématiques et douloureuses. Métaphoriquement, il se pourrait que cette thérapie aide à mieux naviguer sur une mer agitée mais n'apporte rien à une navigation sur une mer lisse. Elle peut le faire en repérant ces pensées ou humeurs négatives, et en s'en dégageant, comme nous l'avons dit plus haut, mais aussi en aidant à mieux les tolérer. Dans ce cas, une pensée négative pourrait survenir en réponse à un événement désagréable, mais le patient apprendrait à la vivre sans engager

un processus automatique de rumination qui aurait pour effet désastreux d'alimenter des cercles vicieux aboutissant à la rechute.

L'idée de tolérance, d'acceptation, et d'une forme de compassion vis-à-vis de soi-même se retrouve dans la troisième vague, la plus récente, des thérapies cognitives et comportementales, appelées aussi « thérapies de l'acceptation et de l'engagement » (en anglais, ACT pour *Acceptation and commitment therapy*) dont la méditation est l'une des composantes. Cela n'est pas sans rappeler également une autre forme de thérapie, le programme de réduction du stress fondé sur la pleine conscience, ou MBSR (*mindfulness-based stress reduction*). Le MBSR est le frère aîné du MBCT, mis au point par Jon Kabat-Zinn dans les années 1970 pour la prise en charge des affections somatiques et psychosomatiques. Par exemple, chez les patients douloureux chroniques, le programme MBSR ne change pas la sensation douloureuse mais modifie le rapport du sujet à sa sensation douloureuse : celui-ci apprend à ne pas mettre en branle automatiquement les ruminations qui font monter le niveau d'émotions négatives et altèrent la qualité de vie. Il semble que quelque chose du même ordre se produise avec l'insomnie : que ce soit avec le MBSR ou le MBCT, on ne dort guère mieux mais on « se prend moins la tête » avec son manque de sommeil.

#### LA THÉORIE AU BANC D'ESSAI

Alors, tolérance vis-à-vis de ses propres idées négatives, acceptation, compassion vis-à-vis de soi lorsqu'on sent que l'on commence à sombrer :

est-ce en activant ces ressorts que la méditation de pleine conscience prévient les risques de rechute dépressive? La psychologue Anne Maj van der Velden et ses collègues de l'université d'Aarhus, au Danemark, ont publié en 2015 un important travail de revue systématique des études s'étant penchées sur la question. Même si l'on en compte plus de vingt, l'ensemble de cette littérature scientifique doit être interprétée avec prudence. Les résultats obtenus sont souvent partiels ou limités, et proviennent parfois d'un nombre réduit d'études. Néanmoins, l'essentiel de leur travail de synthèse livre un message: conformément à ce qui était présupposé à partir du modèle théorique, cinq facteurs interviennent dans le succès de la thérapie MBCT (voir la figure page 83). Ces facteurs sont la pleine conscience au quotidien, la compassion envers soi-même, la décentration, la réduction des ruminations et de la tendance à se faire du souci.

### SUPPORTER L'HUMEUR NÉGATIVE, PLUS QUE L'ÉLIMINER

Mais la méditation pourrait-elle aller jusqu'à éviter au patient de mettre en branle ses idées négatives lorsque des événements quotidiens le perturbent? Une personne ayant suffisamment médité pourrait-elle, après avoir entendu un commentaire négatif d'un collègue par exemple, éviter de mettre en route des séries de pensées globalement négatives sur elle-même? Dans l'une de ses études, Willem Kuyken répond à cette question. Ce qui est en cause ici, c'est le phénomène de réactivité cognitive, c'est-à-dire la facilité avec laquelle une personne en risque

de rechute va justement activer ses réflexes négatifs sur soi, à partir d'un élément déclencheur. C'est la facilité avec laquelle une humeur dysphorique peut réactiver des modes de pensée dépressifs, ce qui est un facteur de risque de récurrence dépressive bien établi. Eh bien, cette réactivité cognitive ne serait pas diminuée après un programme de thérapie MBCT. Ce qui change après la thérapie, c'est que la réactivité cognitive n'entraîne pas de risque de récurrence pendant l'année de suivi. Cela suggère que le programme MBCT agit en aval de la réactivité cognitive; il ne la modifie pas, mais il aide le sujet à composer avec et ne pas en faire la rampe de lancement de sa boule de neige dépressive. Pour revenir à une autre métaphore que nous avons proposée, si la méditation de pleine conscience aide à naviguer sur une mer agitée, elle ne va pas pour autant rendre cette mer plus lisse. Finalement, et c'est là sans doute ce qu'il faut retenir de la méditation comme voie thérapeutique pour la dépression, il semble que le patient puisse apprendre à mieux se connaître, à ne pas trop prendre au sérieux ses propres cognitions négatives et à les accepter comme une partie de lui-même. Dès lors, elles deviennent nettement moins dangereuses.

87

### L'AUTEUR

**Gilles Bertschy**  
est professeur de psychiatrie  
à l'université de Strasbourg.

### À LIRE

**W. Kuyken et al.**, Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data metaanalysis from randomized trials, *JAMA Psychiatry*, vol. 73, pp. 565-574, 2016.

**A. M. van der Velden et al.**, A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder, *Clinical Psychology Review*, vol. 37, pp. 26-39, 2015.

**W. Kuyken et al.**, How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, vol. 48, pp. 1105-1112, 2010.