le partenaire

vol. 18, nº 2, été 2009

La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et rétablissement en santé mentale

Spiritualité et santé mentale

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

La psychothérapie par la *pleine conscience*

Par Nancy Poirier, psychologue, Programme des troubles bipolaires,
Institut universitaire en santé mentale Douglas, Verdun

Introduction et historique

Nous sommes actuellement plongés dans l'ère des psychothérapies dites de la « troisième vague ». Après les vagues successives des thérapies comportementales puis cognitives, la nécessité de composer d'une nouvelle manière avec la complexité des émotions humaines se fait sentir. La psychothérapie par la pleine conscience (*Mindfulness*) s'inscrit dans cet effort contemporain (Cottraux, 2007). Mais qu'est-ce que la pleine conscience? Quelles en sont les applications en santé mentale? Que sait-on de son efficacité? Quelle est la place de cette approche au Québec? Ces diverses questions seront abordées dans le présent article. L'auteur en traitera à partir de son expérience en tant qu'instructeur de la *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) ou, en français, « thérapie cognitive basée sur la pleine conscience », une forme particulière de cette discipline.

La pleine conscience n'est pas du tout un nouveau concept, contrairement à ce que l'on pourrait penser. Ses origines remonteraient à des milliers d'années. Les pratiques méditatives traditionnelles bouddhistes auraient toujours encouragé une conscience accrue du moment présent (Kabat-Zinn, 1991).

Plus près de nous, l'engouement pour la gestion du stress semble avoir commencé vers la fin des années 70, notamment avec l'ouvrage du cardiologue Herbert Benson, *The Relaxation Response* (1976). Par après, un biologiste, Jon Kabat-Zinn, a mis sur pied un programme utilisant les principes de la pleine conscience pour aider les gens souffrant de douleurs chroniques ou de maladies exacerbées par le stress. Le programme, nommé *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR), comprend des exercices pour entrer en contact avec les sensations corporelles (balayage corporel), de la méditation assise et du yoga très doux (hatha yoga). Aussi, des exercices de pleine conscience des activités quotidiennes sont incorporés afin que l'approche soit davantage une manière d'être plutôt qu'une « technique » de gestion du stress ou de la douleur. Cette méthode est aujourd'hui utilisée en rapport avec des problèmes aussi divers que les maladies coronariennes ou la rage au volant.

Le Dr Kabat-Zinn définit ainsi la pleine conscience : « une façon particulière de porter attention : volontairement, dans le moment présent et sans juger (1991) ». Elle inclurait une qualité de compassion, une présence amicale et intéressée à ce que l'on vit. Il faut noter que les mots « esprit » et « cœur » seraient des synonymes dans certaines langues asiatiques (Kabat-Zinn, 2003). L'attention porte d'abord sur la respiration et le corps qui deviennent des ancres pour demeurer dans le moment présent. À un stade plus avancé, le champ de la conscience peut être étendu aux pensées, aux émotions… Il s'agit d'une gymnastique constante où l'on ramène l'attention vagabonde vers le centre de la conscience. Le mode « être » est privilégié au mode « faire » (Kabat-Zinn, 1991). Les participants apprennent entre autres qu'il est normal que « l'esprit » erre, et qu'au lieu de combattre ce phénomène universel, il est préférable d'en prendre conscience et de l'observer pour l'accepter.

Dans ce contexte, l'apprentissage progresse surtout par une assimilation expérientielle. L'instructeur guide les membres du groupe, manifeste une curiosité bienveillante envers leur vécu. Il permet aux participants de faire leurs propres prises de conscience, ce qui leur sera d'autant plus profitable. Nous pouvons alors comprendre l'importance primordiale que l'instructeur doit apporter à sa propre pratique. Il ne parle pas seulement de pleine conscience mais la personnifie de façon tangible.

Marsha Linehan (1993) a été la première à intégrer ces principes au sein de la psychiatrie, pour la thérapie dialectique visant à aider les clients souffrant de trouble de la personnalité limite (TPL).

Cependant, le nouveau programme ayant retenu le plus l'attention est sans contredit le MBCT, conçu par le psychologue torontois Zindel Segal, avec l'aide de deux psychologues britanniques (Mark Williams et John Teasdale). Ces chercheurs désiraient un programme structuré de psychothérapie cognitive comportementale permettant d'éviter la rechute chez des sujets ayant déjà subi une dépression majeure et récupéré après celle-ci (Segal et coll., 2006). Il semble que dans cette population, plus les gens auraient vécu d'épisodes de dépression, plus les pensées négatives, les émotions difficiles et les souvenirs douloureux seraient interreliés, créant ainsi un genre de cercle vicieux. Les pensées négatives entraîneraient des émotions dysphoriques, qui réveilleraient à leur tour d'autres pensées ou souvenirs, etc. Le tout apparaît souvent sous la forme de ruminations. Les liens neurochimiques entre ces éléments (pensées, émotions, souvenirs, …) deviendraient plus fortement reliés dans le cerveau avec le nombre d'épisodes (Post, 1992). Comment sortir de ce cercle vicieux? La réponse à ces émotions dysphoriques, c'est-à-dire lorsque la personne commence à ressentir les symptômes annonciateurs ou précurseurs d'une dépression, semble déterminante pour faire la différence entre une rechute dépressive ou un retour vers la stabilité. Ces éléments de recherche ont donc orienté nos psychologues vers Marsha Linehan, Jon Kabat-Zinn, puis un virage inattendu…

Objectifs et buts

Les principes de la pleine conscience diffèrent de ceux de la thérapie cognitive traditionnelle. Au lieu de tenter de changer les thèmes de la

pensée, de débattre du réalisme des perceptions, la pleine conscience suggère plutôt de considérer notre vécu expérientiel comme un phénomène transitoire, en changement constant. Le but devient alors de simplement observer les pensées, les émotions, les sensations physiques qui vont et viennent, moment par moment, dans le présent.

Au fur et à mesure des rencontres, des instructions sont données aux participants pendant la méditation pour qu'ils fassent surgir volontairement à leur conscience un souci, une difficulté ou un souvenir déplaisant. Ils doivent observer par exemple leurs pensées comme s'ils regardaient un écran de cinéma, laisser émerger et ressentir du mieux qu'ils peuvent les émotions, les sensations physiques. Ce détachement, ou recul, s'accompagne des attitudes classiques prônées en MBSR, soit la curiosité, l'absence de jugement par rapport à l'expérience, la bienveillance, l'acceptation de tout ce qui se manifeste, le laisser-aller… Le but implicite est d'aider à diminuer les réactions intenses d'attachement ou d'aversion à l'expérience, ce qui, dans la philosophie traditionnelle bouddhiste, serait responsable des sentiments de souffrance. Donc, il semble que ce soit davantage la RELATION au vécu qui est modifiée.

précurseurs de rechute, concevoir des plans d'action…). À titre d'exemple, voici brièvement les thèmes des huit séances du MBCT :

Séance 1	Le pilote automatique
Séance 2	Gérer les obstacles
Séance 3	Respiration et pleine conscience
Séance 4	Demeurer présent
Séance 5	Permettre / Laisser être
Séance 6	Les pensées ne sont pas la réalité
Séance 7	Comment puis-je prendre soin de moi?
Séance 8	Utiliser ce qui a été appris pour gérer les humeurs futures

Applications en psychothérapie individuelle

La pleine conscience semble rejoindre le cœur des psychothérapies les plus connues. Il peut être intéressant d'établir un parallèle avec des concepts comme « l'attention flottante uniforme » de Freud, la « décentration » chez Piaget, ou encore l'« *awareness* » des gestaltistes. Un thérapeute d'orientation psychodynamique pourrait dire que nous assouplissons les défenses, que nous diminuons le refoulement et qu'être attentifs aux sensations physiques donne une voix à du matériel préverbal. Un thérapeute humaniste serait tenté de croire que l'on essaie de recréer un *pattern* vu chez les gens ayant un attachement sécurisé (Wallin, 2007). Les thérapeutes d'approche cognitive comportementale parleraient plutôt d'exposition intéroceptive, de désensibilisation, de décatastrophisation des pensées, des émotions, des sensations corporelles.

Cependant, le Dr Zindel Segal ne conseille pas l'application intégrale du MBCT en psychothérapie individuelle (communication personnelle). Le groupe constitue un moteur puissant pour le programme qui serait occulté en individuel. Ceci dit, plusieurs principes de pleine conscience peuvent quand même être intégrés aux séances classiques et seraient mêmes essentiels au changement thérapeutique. Les praticiens d'expérience savent combien la qualité de l'écoute, la capacité de saisir ce qui n'est pas consciemment verbalisé, l'attitude de non-jugement, sont des conditions *sine qua non* pour que le client accepte de communiquer avec sa partie souffrante et s'engage dans une démarche de changement. Donc, le thérapeute qui adopte une attitude non verbale calme et acceptante invite le client à se regarder. Aussi, employer la parole pour aider le client à voir ce qui se passe « ici et maintenant », par une attitude de curiosité, interroger celui-ci par rapport aux sensations physiques de son expérience aiderait à « digérer émotionnellement » le matériel souffrant (Teasdale, 1999; Wallin, 2007). Le lecteur peut également se référer au livre de Germer et coll. (2005) pour des exercices applicables en entrevue individuelle.

Face à lui-même, le thérapeute peut cultiver la pleine conscience. Par exemple, il peut encourager sa curiosité envers ses contretransferts (pendant les entrevues et hors de celles-ci) et à l'égard de son expérience en général. Aussi, il peut apprendre à se traiter avec la même bienveillance qu'il accorde d'emblée à ses clients…

« Au lieu de tenter de changer les thèmes de la pensée, de débattre du réalisme des perceptions, la pleine conscience suggère plutôt de considérer notre vécu expérientiel comme un phénomène transitoire, en changement constant. »

Les sujets apprennent à accueillir les expériences agréables comme désagréables sans trop s'y attacher. L'être humain cherche naturellement à s'accrocher à ce qui est agréable et à fuir ce qui ne l'est pas.

En plus d'avoir conservé les mêmes exercices qu'en MBSR, des interventions psychoéducatives et comportementales complètent le programme (mieux connaître le « territoire » de la dépression, identifier les symptômes

La pleine conscience et la recherche…

En santé mentale, il appert que la pleine conscience s'avère utile pour soulager divers problèmes, bien que la recherche soit encore à un stade précoce (Baer, 2005). Nous avons déjà mentionné le TPL. Avec la clientèle atteinte de ce trouble, les auteurs suggèrent des exercices de courte durée, considérant sa fragilité psychique (Linehan, 1993). D'autres exemples d'applications (pour n'en nommer que quelques-unes) incluraient les troubles anxieux (revue de Evans, 2007), les abus de substances

(Hoppes, 2006), la dépression chez les personnes âgées (Smith et coll., 2007), les troubles de l'alimentation (revue de Baer, 2005).

Des auteurs comme Semple (2005) et Zylowska (2008) se sont quant à eux intéressés à l'utilité de la pleine conscience pour les enfants. Il semble encore une fois que les résultats soient prometteurs. Cependant, les protocoles cliniques ont dû être adaptés à cette clientèle. À titre d'exemple, les enfants souffrant d'un déficit d'attention avec hyperactivité bénéficieraient d'exercices progressifs de méditation assise (allant de 5 à 15 minutes par jour), avec le droit de leur substituer de la marche en pleine conscience (Zylowska, 2008).

Les résultats du MBCT

Les résultats de la recherche ont été prometteurs dès le début. Pour les sujets ayant subi trois épisodes ou plus de dépression majeure, le MBCT aurait diminué le taux de rechute de près de la moitié, comparativement à des personnes assignées au traitement usuel (évaluation chaque mois par un psychiatre, sans médicaments, avec un bref soutien) (Teasdale et coll., 2000).

Ensuite, le même groupe de chercheurs a voulu reproduire les résultats et s'est intéressé à la manière dont le programme fonctionnait. Deux concepts déjà connus ont été étudiés pour établir leur lien avec le processus. Premièrement, la *conscience métacognitive*, qui signifie détenir une meilleure capacité de recul, avoir davantage accès et plus rapidement aux pensées et aux émotions négatives, et les attribuer de façon plus nuancée (Teasdale et coll., 2002). À l'inverse, moins de conscience métacognitive impliquerait que l'on pose des étiquettes plus globales (par exemple : « Tout le monde me déteste » au lieu de « Je n'ai pas été invité par Charles à l'anniversaire de Catherine et cela m'a blessé ». Ce concept peut être mesuré au cours d'une entrevue par un instrument appelé *Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory* (MACAM) (Moore et coll., 1996). Teasdale (2002) et ses collègues ont trouvé moins de conscience métacognitive dans les souvenirs des sujets ayant partiellement récupéré d'une dépression majeure considérés à haut risque de rechute que chez les sujets du groupe contrôle non déprimés. Le niveau de conscience n'était cependant pas relié à la sévérité de la dépression. Donc, il n'en était pas un symptôme. De plus, si les clients suivaient une psychothérapie de groupe cognitive comportementale, et réussissaient à avoir accès à un nouvel ensemble de cognitions pouvant les aider à gérer les pensées et les émotions négatives, ils rechutaient moins que les autres. Dans la même étude, il a été établi que le MBCT diminuait le taux de rechute en dépression (plus de la moitié) en augmentant justement la conscience métacognitive. Les résultats étaient donc encore meilleurs qu'en 2000.

« Pour les sujets ayant subi trois épisodes ou plus de dépression majeure, le MBCT aurait diminué le taux de rechute de près de la moitié, comparativement à des personnes assignées au traitement usuel... »

Le second concept étudié par ce groupe concerne la *mémoire autobiographique.* Il réfère aux événements du passé que les sujets essaient de retracer dans leur mémoire. En temps normal, nous avons d'abord accès à des descriptions générales dont nous nous servons ensuite pour retrouver des détails plus précis. Plusieurs recherches montrent que les clients déprimés auraient de la difficulté à passer de façon fluide à travers ce processus, donc qu'ils auraient une tendance à être non spécifiques. Leur mémoire semble échouer prématurément dans la recherche d'un événement spécifique, s'arrêtant à un stade plus général (Williams, 1996).

La mémoire « surgénéralisée » (comme on peut l'appeler) serait associée à un plus grand nombre de tentatives de suicide et de dépressions majeures (Kuyken and Brewin, 1995), de déficits dans la résolution de conflits interpersonnels (Evans et coll., 1992), de désespoir (Williams et coll., 1996), de temps de récupération pour la dépression majeure (Brittlebank et coll., 1993). De plus, le processus de surgénéralisation dans la mémoire serait lié à une plus grande fréquence d'intrusions de souvenirs douloureux du passé, comme l'abus physique ou sexuel, suggérant un effort pour réprimer ou éviter ces souvenirs, ou pour gérer du matériel émotionnel potentiellement menaçant (Williams et coll., 2000). Cette étude a démontré que la surgénéralisation par la mémoire serait considérablement améliorée par le MBCT. Cette approche aiderait les clients à ne pas éviter leur vécu, mais plutôt à l'accueillir sans juger. Cela encouragerait aussi un encodage plus spécifique de l'information et un repérage plus rapide, en contrecarrant la tendance à faire avorter le processus.

Une autre étude intéressante par Ma et Teasdale (2004) visait à vérifier si les sujets ayant vécu trois rechutes dépressives ou plus (qui réagiraient mieux au programme MBCT) constituaient une population distincte de ceux ayant expérimenté un ou deux épisodes. Les sujets ont donc été assignés soit au groupe MBCT plus traitement usuel, soit au groupe traitement usuel seulement. Différentes mesures de dépression (HAM-D, BDI), des questionnaires sur le style parental (*Measure of Parenting Styles* ou MOPS) et sur les événements de vie (*Life Events*) ont été administrés. De nouveau, le programme MBCT a diminué de plus de la moitié le taux de rechute comparativement au groupe contrôle. Cette réduction était surtout notable pour les sujets n'ayant pas eu d'événements de vie précipitants. Fait intéressant, ceux ayant déjà subi trois épisodes ou plus de dépression ont rapporté davantage d'expériences précoces relatives à l'indifférence et à des abus de la part des parents que les membres du groupe contrôle. Ces résultats suggèrent donc que les personnes ayant souffert de trois épisodes ou plus de dépression majeure constituent une population différente, avec des besoins spécifiques, qui semble bénéficier davantage du MBCT.

Les effets physiologiques

Les bénéfices de la pleine conscience sur le plan physiologique sont de plus en plus documentés. À titre d'exemple, Lazar et coll. (2005) ont montré que la pratique régulière de la méditation en pleine conscience serait associée à un volume accru de certaines sous-régions cérébrales, bien que le volume total soit identique entre les sujets et le groupe contrôle. De plus, l'amincissement du cortex cérébral avec l'âge serait moins rapide chez les gens méditant régulièrement.

Barnhofer (2007), quant à lui, a réussi à démontrer que le MBCT aiderait les personnes précédemment suicidaires à maintenir des ondes cérébrales équilibrées à l'électro-encéphalogramme ou EEG.

D'autres études (Davidson et coll., 2002; Carlson et coll. 2003) ont suggéré certains bénéfices du MBSR pour le système immunitaire.

Le lecteur pourrait également être intéressé par les études effectuées auprès des moines bouddhistes cumulant plusieurs années de pratique méditative. Celles-ci sont très bien résumées dans le livre *Plaidoyer pour le bonheur* de Matthieu Ricard. Il cite entre autres le cas de Öser, un moine ne démontrant aucun réflexe facial lors d'un bruit imitant un coup de fusil…

La pleine conscience au Québec

La pleine conscience semble susciter de plus en plus d'engouement au Québec. De nombreux intervenants et chercheurs s'y intéressent maintenant. Certains se forment au MBSR ou au MBCT. D'autres organisent des psychothérapies de groupe incluant des exercices ou du moins des notions de pleine conscience.

À l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, nous avons commencé il y a environ un an des groupes de MBCT pour nos clients souffrant de troubles bipolaires. Étant donné le manque de psychothérapies reconnues pour cette clientèle (Yatham, 2005) et le fait que le MBCT semble aider surtout les clients avec des épisodes dépressifs récurrents (donc plus de type « biologique »), le défi nous semblait attrayant. Nous devions cependant être vigilants face aux clients dotés d'un potentiel psychotique ou dissociatif. Notre expérience clinique nous a enseigné que certains clients peuvent ressentir, par exemple, des symptômes de dépersonnalisation en pratiquant la relaxation musculaire progressive. Nous avons aussi établi plusieurs autres critères d'inclusion /exclusion, dont la motivation, la stabilité de l'état clinique et le profil de symptômes. Donc, après une démarche de sélection, les clients sont évalués avant, pendant et après l'activité de groupe sur des mesures d'humeur, d'anxiété, de sommeil et de pleine conscience. Les données sont présentement analysées et nous espérons publier les résultats au cours de la prochaine année. Cependant, nous pouvons déjà dire que le programme (adapté) a été très bien reçu et qu'aucune réaction négative n'a été observée. Les clients semblent apprécier particulièrement le balayage corporel pour ses propriétés anxiolytiques et soporifiques. La méditation assise serait plus difficile, car le « vagabondage de l'esprit » serait au contraire particulièrement anxiogène. Nous observons aussi chez eux beaucoup de rigidité cognitive (tendance à penser selon l'idée de « tout ou rien ») dans leur pratique des exercices. Par exemple, plusieurs disent « Si je ne pratique pas *tous les jours*, c'est un échec ». Souvent, le résultat est une baisse de la motivation, une peur de l'échec. Cela rejoint les enjeux de performance que nous observons chez notre clientèle, un désir souvent exagéré (et inconscient) de compenser les longues périodes d'invalidité. Nous devons donc pallier aussi certains manques de mentalisation. D'autres investigations sont naturellement nécessaires pour étoffer nos connaissances. Une collaboration de recherche est aussi envisagée avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

« La pleine conscience représente finalement un mode de vie, une alternative, voire un antidote en pleine expansion dans notre société consumée par le stress et les enjeux de performance. Elle vise davantage à changer non pas notre personne, mais notre relation à nous-même, et par conséquent aux autres. »

CONCLUSION

La pleine conscience représente finalement un mode de vie, une alternative, voire un antidote en pleine expansion dans notre société consumée par le stress et les enjeux de performance. Elle vise davantage à changer non pas notre personne, mais notre relation à nous-même, et par conséquent aux autres. Voici à titre d'exemple le commentaire d'une participante bipolaire à la fin d'un groupe de MBCT : « J'ai toujours de l'anxiété présente le matin… Mais, en adoptant davantage une attitude de bienveillance envers moi-même, je suis capable maintenant de me lever et profiter davantage de ma journée ».

S'arrêter un peu plus à regarder la vie de façon consciente permet d'apprendre à profiter des moments positifs et à mieux gérer les moments difficiles. Si nous pouvions être juste un peu plus présent à nous-même et aux autres, nous en retirerions tous des bénéfices surprenants.

Avis aux artistes!

Nous recherchons des œuvres de personnes utilisatrices pour illustrer la **une** du *partenaire*.

* Pour faire parvenir vos photos ou pour de l'information : esamson.aqrp@qc.aira.com

Les œuvres qui paraissent à la une sont sélectionnées par le comité d'édition. Un montant de 100 $ est remis à l'artiste pour les droits de diffusion.

BIBLIOGRAPHIE

Baer, R. A., S. Fischer et D. B. Huss. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational – Emotive and Cognitive – Behavior Therapy, 23*(4), 281–300.

Barnhofer, T. et coll. (2007). Effects of meditation on frontal alpha-asymmetry in previously suicidal individuals. *NeuroReport, 18*(7), 709–712.

Beck, A. T. et coll. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–571.

Benson, H. (1976). *The relaxation response*. New York, HarperTorch.

Brittlebank, A. D. et coll. (1993). Autobiographical memory in depression : state or trait marker? *The British Journal of Psychiatry, 162*, 118–121.

Carlson, L. E. et coll. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology, 29*(4), 448–474.

Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*. Paris, Masson.

Davidson, R. J. et coll. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564–570.

Evans, J. et coll. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine, 22*, 399–405.

Evans, S. et coll. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 716–721.

Germer, C. K., R. D. Siegel et P. R. Fulton. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York, The Guilford Press.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 12*, 56–62.

Hoppes, K. (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occuring addictive and mood disorders. *CNS Spectrums, 11*(1), 829–841, 846–851.

Horowitz, M., N. Wilner et W. Alvarez. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209–218.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York, Delta Trade Paperbacks.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156.

Kuyken, W. et C. R. Brewin. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 585–591.

Lazar, S. W. et coll. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport, 16*(17), 1893–1897.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, The Guilford Press.

Ma, S. H. et J. D. Teasdale. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression : replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 31–40.

Moore, R. G., H. Hayhurst et J. D. Teasdale. (1996). *Measure of awareness and coping in autobiographical memory : Instructions for administering and coding*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of Cambridge.

Parker, G., M. Tupling et C. Brown. (1979). A parental bonding instrument. *The British Journal of Medical Psychology, 52*, 1–10.

Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *The American Journal of Psychiatry, 149*.

Ricard, M. (2003). *Plaidoyer pour le bonheur*. Paris, Nil Éditions.

Segal, Z. V., J. M. G. Williams et J. D. Teasdale. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Bruxelles, De Boeck.

Semple, R. J., E. F. G. Reid et L. Miller. (2005). Treating anxiety with mindfulness : an open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(4), 379–392.

Smith, A., L. Graham et S. Senthinathan. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people : a qualitative study. *Aging and Mental Health, 11*(3), 346–357.

Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy, 37*(Suppl. 1), S53–77.

Teasdale, J. D. et coll. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression : empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 275–287.

Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York, The Guilford Press.

Williams, J. M. G. et coll. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory and Cognition, 24*, 116–125.

Williams, J. M. G. et coll. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 150–155.

Williams, M. et coll. (2007). *The mindful way through depression*. New York, The Guilford Press.

Yatham, L. N. (2005). Diagnosis and management of patients with bipolar II disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(Suppl. 1), 13–17.

Zylowska, L. et coll. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *Journal of Attention Disorders, 11*(6), 737–746.

L'**AQRP** sollicite votre imagination pour **trouver un nom** au *bulletin de liaison* qu'elle produira sous peu et qui sera distribué principalement aux membres. Sous format numérique, cette publication aura pour but de créer un lien entre l'AQRP et ses membres, d'informer ces derniers sur les activités et les actions de l'Association, et de donner quelques nouvelles du réseau.

Soumettez-nous vos suggestions par courriel à srousseau.aqrp@qc.aira.com avant le 21 septembre 2009 en indiquant « Concours » à la rubrique Objet.

Ce concours est réservé aux membres de l'AQRP.

CONCOURS

Le gagnant recevra un montant de **200 $.**

ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE POUR
LA RÉADAPTATION
PSYCHOSOCIALE

Québec, le 24 août 2009

Cher collaborateur,
Chère collaboratrice,

Vous trouverez dans cet envoi quelques exemplaires de la dernière revue *le partenaire*, ***Spiritualité et santé mentale***, revue à laquelle vous avez généreusement collaboré.

Ces exemplaires sont notre façon de vous remercier de votre collaboration; votre apport, jumelé à celui de nombreux autres partenaires, est essentiel à l'existence de notre revue.

Nous espérons que ce numéro du *partenaire* vous intéresse grandement et qu'il contribue à sa façon à démystifier les liens entre la spiritualité et la santé mentale.

Bonne lecture et au plaisir de collaborer avec vous à nouveau,

Esther Samson
Éditrice, revue *le partenaire*
AQRP

184, rue Racine, bureau 307, Québec G2B 1E3 Téléphone : (418) 842-4004 Télécopieur : (418) 842-4334 Courriel : aqrp@qc.aira.com

Société à but non lucratif, l'Association vise la réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, en partenariat avec toutes les personnes concernées.
www.aqrp-sm.org