



Syllabus

Titre de la formation

Titre anglais : **Introduction - Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) for Depression**

Titre français : **Introduction - Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience pour la Dépression**

Problématique

La dépression et l'anxiété comorbide sont des problématiques souvent récidivantes. Ces clients ont tendance, lors de moments dysphoriques surtout, à développer une relation à leur expérience basée sur des ruminations envers le passé, ou une anticipation anxieuse du futur. La non-acceptation, voire l'aversion envers les symptômes, l'expérience présente, peut amener des façons «automatiques» de réagir, au détriment de la santé mentale de la personne. Le risque de rechute s'en trouve alors accru.

Besoin

Les professionnels de la santé mentale doivent aider des clients pour qui l'acceptation d'une condition (souvent chronique) est un point de départ vers une mobilisation active pour leur bien-être. Ils doivent être en mesure d'aider le client à être plus en contact avec l'expérience présente, telle qu'elle est, et de proposer une façon différente d'être en relation avec celle-ci.

Formatrice

Madame Nancy Poirier, M.Ps., Psychologue (permis #07341-95) est psychologue en milieu hospitalier et privé depuis plus de 17 ans, auprès d'une clientèle adulte présentant des troubles de l'humeur sévères et persistants. Elle supervise depuis environ quatorze (14) ans des étudiants en psychologie œuvrant dans différentes approches (cognitiviste comportementale et humaniste). Madame Poirier a fait sa formation de base en « MBCT for depression » en 2007 et a complété son accréditation («Experienced Teachers Professional Training») en 2009.

Clientèle

Les psychologues et les psychothérapeutes intéressés par les approches de la troisième vague, et l'intervention auprès d'adultes présentant un trouble de l'humeur (unipolaire, bipolaire) ou d'anxiété. Le contenu est adapté tant pour les débutants que pour les initiés désirant approfondir leurs connaissances. Chaque groupe de formation est limité à douze participants. Les participants doivent être membre d'un ordre professionnel reconnu.

Durée de la formation

La formation est d'une durée de deux (2) jours pour un total de douze (12) heures de formation reconnues.

Nous avons une session de formation prévue le 7 septembre et le 28 septembre 2012; de 9h00 à 16h30 (*une pause de 15 minutes en avant-midi, 1 heure pour le repas du midi et une pause de 15 minutes en après-midi*). La formation se tiendra au Centre Equilibrium situé au 4812 boul. St-Laurent, suite 101, Montréal (Québec), H2T 1R3.



Objectifs

1. Identifier les principes à la base de la philosophie de la Pleine Conscience
2. Identifier les principales étapes du programme MBCT
3. Expérimenter les différents types de méditation en Pleine Conscience
4. Identifier les principales indications et contre-indications du programme et types de méditation
5. Expliquer l'importance pour le psychothérapeute de pratiquer la Pleine Conscience

Préalables

Suivi de clients ayant ou ayant eu une problématique dépressive.

Contenu

1. Mise en contexte du programme dans la troisième vague en psychothérapie
2. Définition de la Pleine Conscience
3. Historique de la Pleine Conscience
4. Principes bouddhistes associés
5. Comment pratique-t-on? Le balayage corporel, la méditation assise, le yoga, la marche, les étirements en Pleine Conscience
6. Importance pour l'instructeur d'avoir sa propre pratique
7. Le programme MBCT
 - ◆ Historique
 - ◆ MBCT vs MBSR
 - ◆ Le cycle des ruminations
 - ◆ Contenu des séances
 - ◆ Indications /Contre-indications au programme : l'entrevue préliminaire
 - ◆ La séance 1 : Le pilote automatique
 - ◆ La séance 2 : Gérer les obstacles
 - ◆ La séance 3 : Pleine Conscience de la respiration
 - ◆ La séance 4 : rester présent
 - ◆ La séance 5 : Permettre/Lâcher prise
 - ◆ La séance 6 : Les pensées ne sont pas des faits
 - ◆ La séance 7 : Comment puis-je prendre soin de moi au mieux?
 - ◆ La séance 8 : Utiliser ce qui a été appris pour gérer les humeurs futures
 - ◆ La Pleine Conscience en psychothérapie individuelle



Méthode ou stratégie pédagogique

Un mélange d'exposés théoriques entrecoupés d'exercices expérientiels de durée variable sera privilégié. Les participants seront encouragés à partager leur expérience des différentes formes de méditations et d'exercices. Entre les deux journées de formation, les participants seront invités à pratiquer quotidiennement des activités de Pleine Conscience dans la mesure de leur capacité.

Attestation

Une attestation de formation sera remise aux participants. L'attestation mentionnera le nombre d'heures réelles de participation du participant, et ce, pour une formation d'une durée totale de 12 heures.

Exemple : « Le participant a participé à 10 heures d'une formation d'une durée totale de 12 heures ».

Bibliographie sommaire

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

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 problemsolving 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.

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.
- 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.
- 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. (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.