

SOMMAIRE

- p. 44
Un cerveau plus jeune en méditant
- p. 52 – Interview
« La douleur peut être vécue sans angoisse »
- p. 58
Méditer contre la dépression

LA MÉDITATION THÉRAPEUTIQUE

Méditer, c'est bien. Tout le monde en parle, c'est à la mode. Façon de se reconnecter avec soi-même, de prendre le temps de respirer et de goûter l'instant. Mais pour soigner une dépression, pour prendre en charge une douleur chronique, pour éviter Alzheimer et le déclin cognitif ? Là, on se dit qu'il ne faut pas exagérer. Les machins à la mode, ça va un moment. Après, il faut passer le relais aux médecins, les vrais. Eh bien, les médecins sont en train de nous dire que la méditation a des effets bénéfiques dans tous les domaines que je viens d'énumérer. Des études scientifiques de grande ampleur semblent indiquer qu'une bonne discipline de méditation ralentit le vieillissement cérébral, et les bénéfices sur les rechutes dépressives sont d'ores et déjà établis. Signe parlant : un diplôme intitulé Médecine, neurosciences et méditation, créé à Strasbourg, attire des médecins et scientifiques du monde entier.

La méditation, certes, n'est pas une méthode miracle. Elle ne soigne pas toujours. Mais elle fait vivre la maladie différemment, de façon moins dévastatrice, et on ne lui connaît pas d'effets indésirables. Peu de médicaments peuvent en dire autant.

Sébastien Bohler ●●

UN CERVEAU PLUS JEUNE EN MÉDITANT

EN BREF

- En vieillissant, certaines parties de notre cerveau ont tendance à rétrécir. Elles sont impliquées dans la mémoire, l'attention ou la conscience de soi.
- Chez les personnes expertes en méditation, ces zones rétrécissent moins.
- Des études sont en cours pour déterminer si ces pratiques permettent de mieux vieillir et de réduire les risques de maladies neurodégénératives.

- **Comment ralentir le vieillissement cérébral et limiter les risques éventuels de maladie d'Alzheimer? Ces dernières années, l'essor des pratiques méditatives a suscité l'intérêt des chercheurs, qui ont lancé de vastes études pour tester leur effet protecteur. Avec de premiers résultats encourageants.**

Par Gaël Chételat, directrice de recherche à l'Inserm à Caen, et Antoine Lutz, chargé de recherche au Centre de recherche en neurosciences Inserm-CNRS, à l'université Lyon 1.

A

vec l'âge, nous perdons environ 0,5% à 1% du volume de notre cerveau chaque année. Ce qui représente un bon million de neurones chaque jour. Tels sont les chiffres issus des travaux du neuroscientifique Anders Fjell, de l'université d'Oslo, en 2010. Plus ennuyeux encore, ces pertes se produisent en priorité dans certaines régions cérébrales importantes pour la mémoire, l'attention et la planification de nos actions. Un processus enclenché au niveau de nos cellules nerveuses, puisqu'il semble que les neurones rétrécissent, perdent leurs synapses et leur myéline, cette fameuse gaine isolante qui les entoure et améliore la transmission de l'influx nerveux.

On voit poindre alors la menace du déclin cognitif et, dans certains cas, de la démence et de la maladie d'Alzheimer. Car la réduction de ces aires cérébrales, qui répondent aux noms d'hippocampe, d'aires frontales, temporales et pariétales et de cortex cingulaire antérieur et postérieur, fragilise les capacités cognitives et représente pour ainsi dire une marque du déclin, voire de la maladie quand s'y ajoutent des agrégats d'une

UN CERVEAU PLUS JEUNE EN MÉDITANT

- protéine bien connue – le peptide bêta-amyloïde – à travers tout le cortex.

Alors, est-on condamné à perdre peu à peu sa matière cérébrale et ses capacités cognitives? N'y a-t-il aucun moyen de lutter contre cette évolution? Cette question est d'autant plus cruciale que nous vivons de plus en plus vieux, et qu'il est essentiel de pouvoir vivre cette vieillesse dans de bonnes conditions. Tout n'est pas désespéré, rassurez-vous. D'une part, un nombre croissant d'études révèle que certains facteurs de vie, tels que l'activité cognitive ou sportive et le régime alimentaire, peuvent avoir un effet protecteur sur le vieillissement cognitif et cérébral et les risques de maladie d'Alzheimer. Ainsi, dans près d'un tiers des cas, la maladie pourrait être liée à des facteurs de risque sur lesquels nous avons prise. C'est là quelque chose d'essentiel, qui signifie qu'en modifiant certaines habitudes de vie, on pourrait favoriser le bien vieillir, notamment cérébral, et prévenir ou différer l'apparition de la maladie d'Alzheimer.

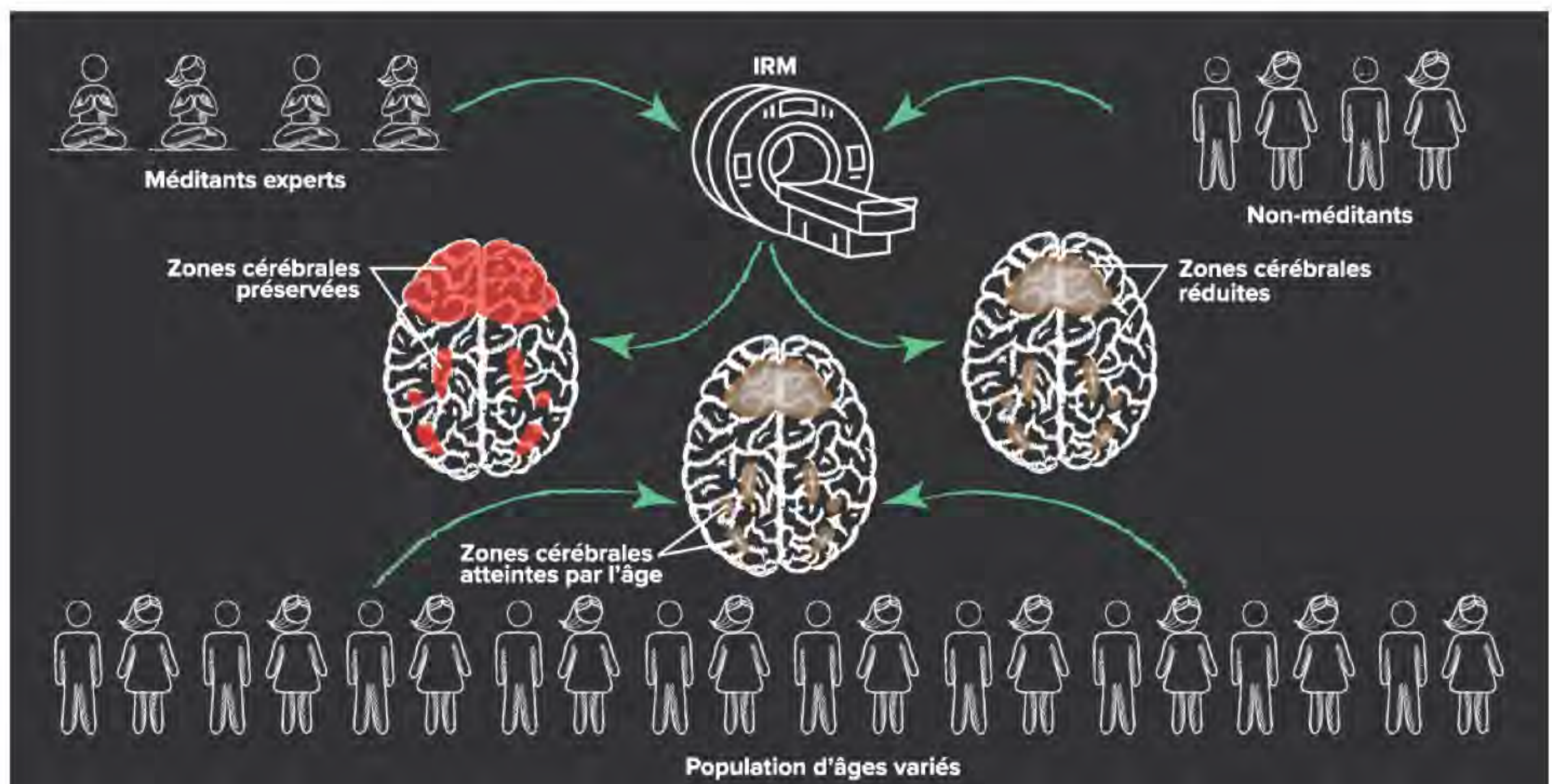
Par exemple, des études ont montré que les personnes âgées pratiquant régulièrement une activité cognitive ou physique soutenue ont généralement un cerveau mieux préservé et plus actif, moins chargé en plaques amyloïdes, et sont moins sujettes au déclin cognitif et à la démence. Mais il ne suffit sans doute pas de s'entraîner cognitivement et physiquement pour bien vieillir. D'autres facteurs interviennent, notamment ceux qu'on

qualifie de psychoaffectifs. Si vous êtes dépressif, stressé ou anxieux, cela peut augmenter le risque de déclin et de démence. La structure de votre cerveau peut être altérée plus vite, de même que son fonctionnement. En ce qui concerne le stress, tout particulièrement, celui-ci a un effet particulièrement délétère sur votre hippocampe, une partie du cerveau si importante pour la mémoire et si vulnérable au vieillissement et la maladie d'Alzheimer. Les troubles du sommeil sont, eux aussi, associés à des modifications cérébrales qui peuvent déboucher sur la maladie d'Alzheimer, tout particulièrement la diminution de volume d'une aire cérébrale nommée l'insula et l'augmentation des dépôts amyloïdes.

LA « MUSCULATION » DE L'ESPRIT

Bien vieillir, éviter le déclin cognitif et la maladie, suppose donc de minimiser ces facteurs négatifs, en s'entraînant à réduire son stress, à réguler son attention et ses émotions. C'est ce que propose la méditation, qui offrirait alors un moyen de ralentir le vieillissement cérébral et de favoriser le bien-être et la santé mentale des seniors. Alors que les recherches sont encore balbutiantes chez les personnes âgées, des études chez des adultes jeunes ont montré que méditer a effectivement un effet bénéfique pour les fonctions cognitives, et surtout sur l'attention et la mémoire qui sont les plus sensibles au vieillissement et à la maladie d'Alzheimer. Cette pratique permet aussi de réduire

● Dans une expérience, les cerveaux de 6 méditants experts ont été observés à l'IRM, et comparés à ceux de 67 non-méditants. Plusieurs aires cérébrales sont apparues plus développées chez les méditants. Puis, 186 sujets d'âges variés ont été examinés de la même façon, révélant les parties du cerveau qui régressent avec l'âge. Celles-ci coïncident avec celles préservées chez les méditants. D'où l'hypothèse: la méditation protégerait ces zones des effets de l'âge.



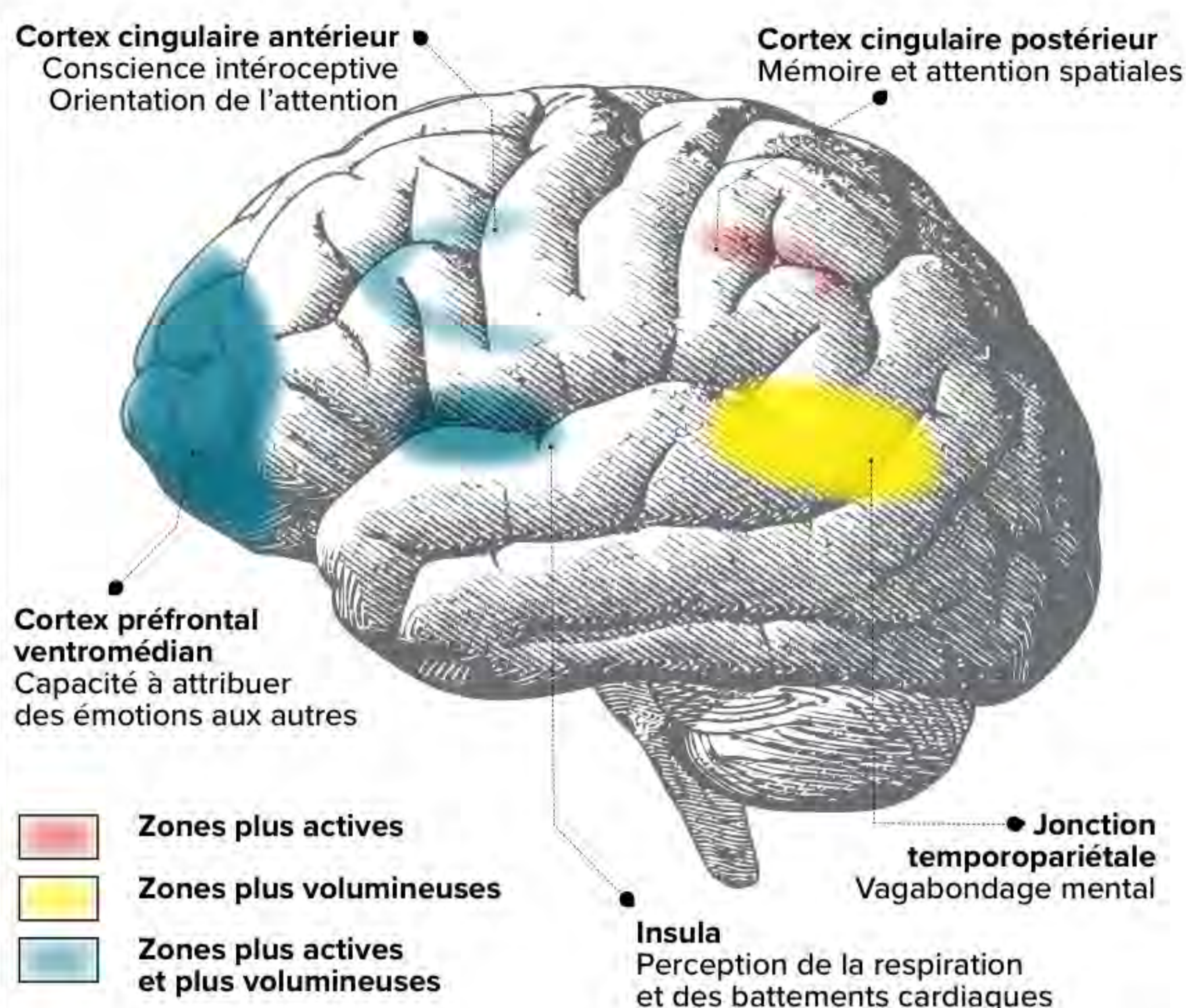
le stress, l'anxiété, la dépression, l'insomnie et certains facteurs de risque cardiovasculaire. Sans compter qu'elle a aussi un effet protecteur sur l'anatomie et le fonctionnement cérébral des personnes jeunes et d'âge intermédiaire, tout particulièrement dans certaines parties du cerveau comme le cortex frontal et les structures limbiques ainsi que l'insula, particulièrement sensibles au vieillissement. Sur la base de ces résultats, les chercheurs pensent que la pratique méditative chez les personnes âgées pourrait être un facteur protecteur particulièrement efficace.

LES ADEPTES ASSIDUS DE LA MÉDITATION SONT CÉRÉBRALEMENT PLUS JEUNES

À ce jour, une seule équipe de recherche s'est intéressée aux liens entre méditation et vieillissement, en comparant le volume cérébral d'experts en méditation avec celui de personnes non-méditantes, tous âgés de 24 à 77 ans. Les experts en méditation étaient relativement protégés du rétrécissement cérébral lié à l'âge, en comparaison des non-méditants, surtout dans des régions frontales et temporales. Mais les auteurs de cette étude n'ont pas pu déterminer si l'activité de leur cerveau, en plus de son volume, était également préservée.

Pour mieux établir les effets de la méditation sur le vieillissement du cerveau, nous avons mené dans notre laboratoire une étude pilote où nous avons scanné, par IRM et par tomographie par émission de positons (TEP), les cerveaux de 6 méditants experts âgés de plus de 60 ans, que nous avons comparés à ceux d'un nombre plus élevé (67) de sujets non-méditants d'âge similaire. Nous avons également examiné un groupe contrôle plus large constitué de 186 sujets non-méditants âgés de 20 à 87 ans pour mettre en évidence les régions cérébrales les plus touchées par l'âge, afin de savoir si c'étaient bien celles qui étaient protégées par la méditation. Nous avons aussi réalisé des analyses complémentaires visant à déterminer si les experts en méditation ont un hippocampe plus gros, de meilleures performances cognitives, un sommeil plus réparateur et si leurs habitudes de vie se signalent par des détails particuliers.

Nous avons ainsi observé qu'un certain nombre d'aires cérébrales des experts en méditation étaient à la fois plus volumineuses et plus actives que chez les personnes, de même âge et de même niveau d'éducation, n'ayant pas pratiqué la méditation, en particulier dans l'insula, le cortex préfrontal ventromédian, et le cortex cingulaire antérieur. En outre, la jonction temporo-pariétale était plus volumineuse (sans être plus active) et le cortex cingulaire postérieur plus actif – sans être plus volumineux. Quant à



Plusieurs zones cérébrales apparaissent en partie préservées des effets de l'âge chez les experts en méditation lorsque l'on mesure la structure du cerveau ou son activité métabolique au repos.

l'hippocampe, structure cérébrale tout particulièrement altérée par la maladie d'Alzheimer, il est également préservé dans une de ses subdivisions essentielles, la zone appelée CA1, qui soutient la mémoire des lieux, de la position dans l'espace, et la capacité à orienter l'attention.

Or, ces parties du cerveau sont celles qui subissent le plus directement les atteintes de l'âge. Nous l'avons constaté sur un échantillon plus large de 186 personnes n'ayant aucune expérience de la méditation. Le but de cette opération était de dresser un portrait général de l'évolution du cerveau en fonction de l'âge, et d'identifier les régions les plus touchées dans la population. Nous avons constaté que c'étaient justement l'insula, le cortex préfrontal ventromédian et le cortex cingulaire antérieur qui voyaient leur volume diminuer le plus au fil des années. Quant à l'hippocampe, il est spécialement touché dans la maladie d'Alzheimer. Ce qui livre finalement un enseignement important : le cerveau d'experts en méditation présente moins de signes de déclin dans les parties du cerveau les plus vulnérables au vieillissement, aussi bien en termes d'intégrité anatomique que de fonctionnement.

COMMENT LA MÉDITATION PRÉSERVE-T-ELLE NOTRE CERVEAU ?

La pratique de la méditation fait fonctionner le cerveau d'une manière particulière, aujourd'hui connue grâce aux témoignages des méditants et aux recherches en imagerie cérébrale. Un

••• premier aspect crucial de la discipline méditative porte sur le contrôle de l'attention. Une personne qui médite passe une bonne partie de son temps à fixer son attention sur quelque chose de précis (par exemple, sa propre respiration) et à noter les moments où cette attention en dévie. Cet exercice permet progressivement de prendre conscience de stimuli extérieurs qui éloignent l'attention de son objet initial (par exemple, des sons), puis des stimuli «intérieurs», comme des pensées fugaces, des émotions, des soucis et des sensations corporelles... La méditation fait donc travailler l'attention et la prise de conscience de ce qui nous entoure mais aussi de ce qui se passe en nous.

CONSCIENCE, ATTENTION, RÉGULATION MENTALE: LES CLÉS D'UN CERVEAU JEUNE

Revenons aux parties du cerveau qui résistent au processus de réduction lié à l'âge, chez les experts en méditation. L'insula et le cortex cingulaire, tout d'abord, sont de véritables senseurs des états internes du corps. Ils contribuent à ce que l'on appelle la conscience intéroceptive, nous faisant prendre conscience du va-et-vient de notre respiration, de notre rythme cardiaque, et qui nous aident aussi à réguler nos propres émotions. Et ce sont ces mêmes régions du cerveau qui sont sensibles aux stimuli qui capturent notre attention, ou qui permettent à cette dernière de revenir au sujet qui l'intéresse et sur lequel elle souhaite se concentrer. Pour cette raison, ces zones cérébrales font partie de ce que les neuroscientifiques appellent le réseau de saillance, qui repère ce qui, dans notre environnement, est digne d'attention. Et de nombreuses études ont permis d'observer que le fait de développer son réseau de saillance s'accompagne d'une meilleure conscience de sa respiration, de son cœur, d'une perception plus régulée de la douleur, et du contrôle des moments où nos pensées dérivent, comme lorsque nous rêvassons.

Ainsi, il paraît logique que le fait de pratiquer jour après jour des exercices développant l'attention et la conscience de nos propres sensations ou émotions, se traduise par un renforcement des zones associées, ou en tout cas par une préservation de l'intégrité de ces mêmes zones face aux atteintes du vieillissement.

Une autre zone cérébrale «protégée» par la méditation est le cortex préfrontal ventromédian. Elle sous-tend notamment la «théorie de l'esprit affective», capacité – plus ou moins développée – à attribuer des émotions aux autres, à savoir ce qu'ils ressentent et, éventuellement, à compatir avec eux. C'est là un autre aspect important sur lequel travaillent les méditants. Logiquement, la partie du cerveau impliquée est renforcée.

NOUS VIVONS PLUS VIEUX: PRENONS SOIN DE NOTRE CERVEAU

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, on observe un vieillissement de la population qui se traduit par une augmentation du nombre mais aussi de la proportion de séniors dans la population. Face à ce constat, bien vieillir et augmenter l'espérance de vie en bonne santé deviennent un enjeu central dans notre société. Or, un certain nombre de maladies ou de conditions mentales sont plus fréquentes chez les populations âgées, et ont un impact négatif sur le bien-être et la santé mentale des séniors. Ainsi, la dépression, les problèmes de sommeil et le déclin cognitif ont tendance à augmenter avec l'âge. La dépression touche 10 à 15% des plus de 60 ans, environ 50% des personnes âgées ont des problèmes de sommeil et 7 à 10% développent une démence. Ces facteurs interagissent les uns avec les autres et ont tendance à s'amplifier. Ils dégradent la qualité de vie des séniors et sont associés à un risque accru de développer une démence, notamment une maladie d'Alzheimer. Les symptômes dépressifs par exemple augmentent le risque de démence d'environ 20%. Ces problèmes sont accentués par le stress et les émotions négatives, qui sont également des facteurs de risque de déclin cognitif et de démence. Dans ce contexte, préserver ses fonctions cérébrales et cognitives est un avantage indéniable pour minimiser les risques pour la santé physique et mentale.

Dernière zone cérébrale renforcée par la méditation: la jonction temporopariétale. Elle contribue, de même que le cortex préfrontal ventromédian, à un réseau d'aires cérébrales connues sous le nom de «réseau de mode par défaut», qui s'active lorsque nos pensées vagabondent et ne se fixent sur rien de particulier. Ce réseau du «vagabondage mental» semble préservé chez les méditants experts, et l'on pense que c'est parce qu'il a été correctement utilisé.

Mais précisons ce qu'on entend par «correctement utiliser» son réseau cérébral du vagabondage mental. La pratique méditative consiste, entre autres, à prendre conscience des moments où l'attention dévie de sa cible et commence à vagabonder. Le méditant doit recentrer son attention sur sa respiration. Ce faisant, il active et désactive cycliquement son réseau de mode par défaut. Ce régime de fonctionnement souple, en forme de va-et-vient, semble bien préférable à une action non maîtrisée du réseau de mode par défaut. Une personne qui vagabonde sans s'en apercevoir n'en retirerait pas de grand profit et, selon certains neuroscientifiques, le réseau de mode par défaut risquerait alors de fonctionner de manière excessive et de «s'user», jusqu'à s'affaiblir au terme de plusieurs

années. Un affaiblissement qui prédirait un risque de déclin cognitif et de maladie d'Alzheimer.

Ces données suggèrent que la pratique régulière de la méditation pourrait atténuer les effets de l'âge sur le cerveau, même si cette hypothèse demande à être confirmée à l'aide d'une étude longitudinale randomisée, où des personnes seraient suivies à plusieurs années d'intervalle, dans des conditions où elles pratiqueraient ou non la méditation. Une protection qui pourrait se montrer particulièrement avantageuse pour retarder ou éviter l'apparition de certaines maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson. Car on le sait, l'atrophie de ces zones est un facteur de risques pour développer ces maladies neurodégénératives.

MÉDITER PROTÈGE-T-IL D'ALZHEIMER ?

À ce jour, une étude clinique longitudinale randomisée a étudié si une intervention de pleine conscience adaptée à la maladie d'Alzheimer pouvait infléchir l'évolution de la maladie. Pendant deux ans, Domingo Jesús Quintana-Hernández et ses collègues de l'université Laguna de Santa Cruz, à Tenerife, en Espagne, ont suivi les changements des fonctions



En partenariat avec Télématin, de Laurent Bignolas, sur France 2, retrouvez ce sujet dans la chronique de Christelle Ballestrero le mercredi 6 décembre à partir de 6 h 30.



cognitives (en termes de mémoire et d'attention) d'une cohorte de 120 patients atteints de la maladie d'Alzheimer et traités par un médicament qui stimule les fonctions cognitives, le donépézil. Ces patients ont alors suivi soit un programme de méditation soit une thérapie de stimulation cognitive, soit une thérapie de relaxation. Un groupe contrôle ne suivait aucun programme particulier. Or les mesures comportementales cognitives ont pu montrer que le groupe ayant reçu l'entraînement à la méditation était plus protégé de l'évolution de la maladie que le groupe ayant fait de la relaxation ou n'ayant rien fait, et que cet effet protecteur était aussi efficace que chez ceux ayant bénéficié d'une thérapie de stimulation cognitive.

Cette étude pose la question de la possibilité d'intervenir plus tôt avant le déclenchement de la maladie afin de voir s'il est possible de retarder le déclin cognitif et d'améliorer le bien-être de ces personnes. Deux essais cliniques longitudinaux randomisés, l'un réalisé en Australie, l'autre en Europe, étudient actuellement cette question. Dans l'essai clinique européen auquel nous participons (l'étude SCD-Well), coordonné par Natalie Marchant, en Angleterre, nous étudions

Actuellement en kiosque

Numéro spécial anniversaire



POUR LA SCIENCE



UN CERVEAU PLUS JEUNE EN MÉDITANT

••• l'impact d'une intervention à base de méditation de pleine conscience sur des facteurs psycho-affectifs, en particulier sur l'anxiété chez des personnes âgées se plaignant de déclin cognitif. Nous mesurons aussi d'autres aspects du fonctionnement psychologique, social et biologique associé au vieillissement et aux risques de démence, en particulier la cognition, le style de vie, le sommeil, le bien-être et la qualité de vie. Ces paramètres sont évalués à l'aide de questionnaires, de mesures comportementales et des biomarqueurs sanguins. Cette étude est répartie sur plusieurs sites en Angleterre, en France, en Allemagne et en Espagne, et compare une intervention de pleine conscience adaptée aux personnes âgées (un programme baptisé MBCAS pour *Mindfulness based cognitive approach for seniors*, à savoir une approche cognitive pour seniors basée sur la pleine conscience) avec les effets d'un programme de psychoéducation. Elle porte sur 160 patients se plaignant de troubles de la mémoire, à qui sont proposées une intervention de huit semaines et des évaluations comportementales avant et après l'intervention. Les premiers résultats sont attendus en début 2019.

D'IMPORTANTES RECHERCHES À VENIR

Par quels mécanismes la méditation pourrait-elle apporter des bénéfices en termes de cognition et de mémoire à des personnes déjà malades? Cette question reste en grande partie à élucider, mais on dispose déjà de quelques indices. Notamment, une étude longitudinale de la neurologue Barbara Pickut et collègues de l'université d'Anvers a mesuré les changements anatomiques dans le cerveau de 14 patients souffrants de maladie de Parkinson après un programme de huit semaines de méditation de pleine conscience (MBSR) comparé à treize patients n'ayant pas reçu d'intervention. Ils ont observé une moindre diminution de densité de matière grise dans deux régions cérébrales chez les méditants : l'amygdale et l'hippocampe. L'hippocampe, essentiel à la formation des souvenirs, est atrophié chez les malades de Parkinson, mais aussi chez les malades d'Alzheimer, se traduisant par des troubles mnésiques. De la même façon, dans une étude pilote plus ancienne, la neurologue Rebecca Wells et collègues du centre médical Beth Israel Deaconess, à Boston, avaient observé que la méditation de pleine conscience atténuait l'atrophie de l'hippocampe sur un groupe test de 14 patients âgés souffrant de déficience cognitive légère. Wells et son équipe notaient aussi que l'hippocampe communiquait mieux avec une autre zone, le cortex cingulaire postérieur. Cette

découverte est intéressante car on sait qu'une activité insuffisante du cortex cingulaire est associée à des pertes de mémoire et un plus grand risque de maladie d'Alzheimer. En outre, notre étude récente montre justement que les personnes pratiquant intensivement la méditation activent fortement cette même région.



Il se trouve que les zones du cerveau renforcées par la méditation sont précisément celles qui ont tendance à s'affaiblir avec l'âge...

Les pièces du puzzle commencent à s'assembler... Mais ces données cliniques et d'imagerie cérébrale ne permettent pas encore de conclure. Les échantillons étudiés sont de taille trop modeste, et on manque encore d'études longitudinales évaluant l'impact de la méditation sur l'activité cérébrale au cours du vieillissement, sur un an au minimum. Cette question est l'objet de l'étude Silver Santé Study, coordonnée par Gaël Chételat, qui a commencé au centre d'imagerie Cyron, à Caen, début 2017 et s'achèvera à la fin de l'année 2019. Tout au long d'une période de 18 mois seront examinées 150 personnes âgées réparties aléatoirement en trois groupes, le premier suivant un programme de méditation, le second un enseignement de langue anglaise et le troisième ne prévoyant aucune intervention particulière. Au début et à la fin de la période, tous les participants passeront des évaluations comportementales, des examens de neuro-imagerie et un examen sanguin. L'objectif étant de repérer les éventuels changements dans la trajectoire du vieillissement physiologique, en fonction des programmes suivis. Pourquoi l'apprentissage de l'anglais? L'apprentissage de plusieurs langues est un facteur protecteur dans le vieillissement du cerveau, de sorte que ce second groupe nous permettra d'étudier la spécificité de l'effet de la méditation sur le vieillissement comparé à une autre forme d'entraînement mental. Résultats attendus en 2019. En attendant, méditez, cela ne peut vous faire que du bien! ●

Bibliographie

E. Luders et al., Forever young(er): potential age-defying effects of long-term meditation on gray matter atrophy, *Frontiers in Psychology*, vol. 5, p. 1551, 2015.

B. A. Pickut et al., Mindfulness based intervention in Parkinson's disease leads to structural brain changes on MRI: A randomized controlled longitudinal trial, *Clinical Neurology and Neurosurgery*, vol. 115, pp. 20 419-20 425, 2013.

R. E. Wells et al., Meditation's impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: Pilot study, *Neuroscience Letters*, vol. 556, pp. 15-19, 2013.



INTERVIEW

JEAN-GÉRARD BLOCH

Rhumatologue, instructeur MBSR (Mindfulness based stress reduction, soit « Réduction du stress basée sur la pleine conscience »), responsable du diplôme universitaire Médecine, méditation et neurosciences, à l'université de Strasbourg.

« LA DOULEUR
PEUT ÊTRE VÉCUE
SANS ANGOISSE »

Jean-Gérard Bloch, comment avez-vous décidé d'utiliser la méditation pour la prise en charge de la douleur ?

Parallèlement à mon activité de rhumatologue en cabinet, à l'hôpital et à l'université, j'ai étudié et pratiqué la méditation depuis une quinzaine d'années. C'est ce qui m'a amené à introduire cette pratique dans le champ des interventions thérapeutiques au service de rhumatologie, pour les patients. Avec un domaine d'application qui était la douleur de

façon générale, dans différents types de pathologies.

La méditation, qui connaît un succès spectaculaire auprès du grand public, est-elle aussi bien acceptée dans le milieu médical ?

Il est clair que l'intérêt du monde médical et scientifique pour la méditation va grandissant. Après avoir mis en place ce dispositif à l'hôpital en 2010, nous avons développé en 2012, avec le professeur de psychiatrie Gilles Bertschy, un diplôme universitaire de médecine, méditation et neurosciences, pour les professionnels de santé, médecins, psychiatres, psychologues, chercheurs en neurosciences. Aujourd'hui, nous recevons des inscriptions de partout en France métropolitaine, mais aussi des territoires d'outre-mer, du Canada, de Suisse, de Belgique. Outre la recherche et la formation des médecins, psychologues et neuroscientifiques, ce lieu est l'occasion de créer de nouveaux projets de recherche et de susciter des rencontres : ainsi, le projet européen d'évaluation des effets de la méditation sur la prévention de la maladie d'Alzheimer, mené par Gaël Chételat et Antoine Lutz (voir l'article page 44) a pris forme quand la première est venue assister aux enseignements du second dans ce diplôme.

Quelles douleurs la méditation permet-elle aujourd'hui de prendre en charge ?

Il peut s'agir de toutes les formes de douleurs, qu'elles soient osseuses, articulaires, musculaires, liées à un mal de dos, viscérales. Car le principe est très général et toujours le même : il s'agit de changer l'expérience vécue de la douleur. La méditation vous apprend à entrer en relation avec la douleur d'une façon différente, et dans une certaine mesure paradoxale car il n'est pas question de faire en sorte que la sensation elle-même s'arrête, ni de l'occulter, ni même de s'en distraire (ce que l'hypnose fait très efficacement), mais plutôt de se tour-

ner vers la réalité de la douleur présente, afin de la vivre autrement. Le maître mot est « lucidité ». La méditation fait vivre la douleur avec plus de lucidité.

Que signifie : « Vivre la douleur avec plus de lucidité ? »

La souffrance résulte de deux processus : l'un, d'origine physiologique (la transmission d'un stimulus douloureux par une partie du corps jusqu'au cerveau) et l'autre, d'origine cognitive et émotionnelle. Différents réseaux d'aires cérébrales traitent chacun de ces aspects. Devenir lucide par rapport à sa douleur signifie être capable de faire la différence entre ce qui est d'origine physique d'un

que lorsque l'épreuve démarrera, la souffrance sera plus intense et perdurera plus longtemps. Le ressenti physique est alors mêlé d'automatismes cognitifs et émotionnels qu'il est difficile de contrôler, et qui font que l'on vit réellement la douleur comme quelque chose de menaçant qui nous altère profondément.

C'est ici qu'intervient la méditation. La lucidité qu'elle apporte permet d'approcher la composante la plus pure de la douleur ressentie et de mettre de côté les angoisses ou appréhensions.

Chez les méditants, les composantes cognitive et émotionnelle de la douleur sont modifiées. Au fil de la pratique, ils ont acquis des modes de

La méditation apprend à séparer la pure perception de la douleur, des automatismes d'angoisse et d'anticipation qui la rendent vraiment délétère.

côté, et tout ce que notre psychisme ajoute d'émotionnel et de cognitif à cette perception, de l'autre côté.

Nous faisons rarement cette distinction, pour la simple raison que nous n'y sommes pas entraînés. Lorsqu'une douleur survient, nous y associons très vite de l'angoisse ou de la peur. Certains se demandent ce qui cause cette sensation, ce qu'elle peut refléter, ou bien si elle va revenir, durer indéfiniment... Et si la douleur se répète et devient chronique, ce qui est le principal problème de nombreux patients, le risque est de l'anticiper, de se demander si « cela sera comme la dernière fois », ou « si cela ne va pas être encore pire ». Parfois, le questionnement est : « Et si c'était une maladie grave ? » Dès que l'on se met à anticiper une douleur, notre psychisme met en branle, parfois des heures à l'avance, un système de pensées et d'émotions qui crée du mal-être en amont, et qui fera en sorte

fonctionnement de leur corps et de leur esprit qui évitent de basculer dans des réactions automatiques comme celles que je viens de citer. Ainsi, après deux mois d'un programme de méditation dit MBSR (voir l'encadré page 55), ces personnes anticipent déjà moins la façon dont la douleur va revenir ou se prolonger. Elles sont capables de la vivre dans l'instant.

Vivre la douleur dans l'instant, en toute « lucidité », ne conduit-il pas à la percevoir plus intensément encore ?

Si. Les méditants experts, lorsqu'ils vivent une douleur physique, la perçoivent plus intensément que des non-méditants. Cela peut sembler paradoxal, mais cette capacité à percevoir la douleur pour ce qu'elle est, et non pour ce que l'on peut anticiper qu'elle sera, redouter qu'elle sera ou a été, change tout. C'est ce qui

«LA DOULEUR PEUT ÊTRE VÉCUE SANS ANGOISSE»

... permet à un méditant de dire : « J'ai mal, mais je ne me sens pas mal. »

Comment cela fonctionne-t-il en pratique ?

Dans les études sur ce sujet, les méditants ne sont pas en train de méditer lorsqu'ils reçoivent les stimulations douloureuses. En fait, leur entraînement mental a modifié leur cerveau au fil des nombreuses heures de pratique, de sorte que celui-ci va naturellement traiter les situations douloureuses d'une manière différente, à la fois plus lucide et moins réactive.

En quoi consistent exactement les modifications cérébrales causées par la méditation ?

Les études d'imagerie cérébrale en IRM fonctionnelle montrent que certains réseaux neuronaux se modifient au fil de la pratique, ce qui a pour conséquence de modifier les réactions automatiques inconscientes à la douleur. C'est le cas du réseau correspondant au vagabondage mental, aussi appelé réseau du mode par défaut. Cet ensemble d'aires cérébrales entre en activité dès que nous ne faisons rien de particulier, et correspond à des évocations, associations d'idées, souvenirs ou émotions – positives ou négatives. Et ce réseau du mode par défaut est constamment en activité, y compris lorsque nous vaquons à nos occupations quotidiennes. Or, et c'est là le point qui nous intéresse, lorsqu'on est habitué à pratiquer la méditation, ce réseau tend à se modifier. Il devient moins actif, si bien que de moins en moins de pensées se succèdent, ou bien elles émergent à un rythme plus lent.

En quoi l'atténuation du réseau par défaut correspondant au vagabondage mental se traduit-elle par une perception différente de la douleur ?

Notre esprit surajoute à l'expérience douloureuse des réactions dites adventices (qui surviennent de façon passive) et se laisse volon-

Le cerveau des méditants perçoit la douleur plus intensément quand elle arrive, mais il ne l'anticipe pas, et ne la craint pas.

tiers entraîner sur des sentiers hasardeux, qui amplifient la douleur, l'anticipent, la prolongent ou la teintent d'angoisses diverses. Savez-vous que l'anticipation de la douleur en augmente le ressenti subjectif négatif ? S'il vous est arrivé de faire une simple prise de sang ou un vaccin, vous savez que la peur et l'angoisse peuvent monter bien avant la piqûre elle-même. Vous essayez peut-être de vous dire : « N'y pense pas, ce sera juste un mauvais moment à passer. » Et vous remarquez peut-être que cela ne sert pas à grand-chose.

Le méditant aura naturellement l'esprit moins envahi par toutes ces pensées et réactions émotionnelles du fait du moindre vagabondage mental et de sa moindre réactivité automatique. Et cette meilleure qualité de présence attentive à la douleur lui permet d'y faire face sans y ajouter de cognitions, d'interprétations ou d'émotions, sans s'y accrocher par des pensées négatives qui peuvent tourner en boucle et faire perdurer inutilement son expérience désagréable alors que le stimulus douloureux a disparu. Mais sans pour autant l'ignorer ni l'occulter, car la douleur est une source d'information utile au maintien de notre équilibre et à notre survie.

Concrètement, comment la méditation parvient-elle à discipliner notre réseau du vagabondage mental ?

La pratique de la méditation commence par un apprentissage et un entraînement de l'attention. Ultérieurement, grâce à la qualité de présence attentive qui se développe et confère davantage de lucidité, s'ouvre la possibilité d'une exploration bienveillante et non jugeante de ce qui se passe en nous et hors de nous – perceptions, émotions, pensées... Ce processus développe notre discernement à propos de nos réactions émotionnelles, de nos conditionnements et de tous ces mécanismes, qui sont la source de nos souffrances, et influencent nos décisions et nos actions.

La méditation met en œuvre, plus précisément, deux types d'attention : l'une focalisée, l'autre ouverte. L'attention focalisée s'exerce notamment en se fixant sur une sensation donnée, comme celle, corporelle, qui accompagne la respiration. Inévitablement, il arrive un moment où l'attention quitte son objet. C'est notre réseau du vagabondage mental qui tend à nous distraire ! Il faut alors ramener l'attention sur cette sensation en lien avec la respiration. Peu à

peu, le sujet prend conscience des pensées qui émergent ou des distractions de toutes sortes (un souci, un bruit, une image mentale). Ce qui change, c'est la qualité de présence attentive, son incarnation, sa stabilité, ses aspects volontaires et conscients. D'abord, le méditant se rend compte au bout d'un certain temps que ses pensées vagabondent. Il s'abstient de se juger pour ce fonctionnement naturel de son esprit, puis s'entraîne à ramener et stabiliser son attention volontairement et consciemment, en douceur, sur l'objet choisi.

Quel est le second type d'attention dont vous parlez ?

C'est l'attention ouverte, qui se rend disponible à tout ce dont on fait l'expérience à chaque instant. Elle peut commencer à se développer lorsqu'on ne choisit pas d'objet particulier d'attention. Mais il faut d'abord que la stabilité de cette dernière soit suffisante. La stabilité et la qualité de l'attention conditionnent en grande partie le fonctionnement émotionnel et cognitif. Quand l'attention est stable, le champ mental est moins envahi par le vagabondage mental. Le méditant a moins tendance à revisiter le passé et à penser au futur dans l'espoir de le contrôler. Il accède plus fréquemment à l'expérience de l'instant présent. Si le réseau de mode par défaut est moins actif, l'esprit est en quelque sorte plus paisible et plus clair. Il devient plus facile de repérer ses propres automatismes cognitifs ou émotionnels liés à la douleur (« Ça va être aussi terrible que la dernière fois », ou « Cela pourrait signifier que j'ai une maladie grave », ou « Je me sens abandonné ») et d'éviter que ceux-ci ne contaminent le ressenti physique pur. Le patient voit alors de plus en plus clairement la composante cognitive et émotionnelle restante de sa souffrance.

Et tout cela a lieu de manière automatique ?

Cela peut sembler difficile à concevoir, mais c'est effectivement le cas. Il faut certes passer par un temps d'apprentissage et d'entraînement pour accéder à cette différente façon d'être en relation avec ce qui arrive. Car il ne faut pas oublier que nous sommes entourés de distractions et de cap-

teurs d'attention qui font de notre attention une sorte d'élève turbulent et indiscipliné. Beaucoup d'entre nous sont devenus des experts en distraction dans un monde qui regorge de « capteurs d'attention », des publicités, bruits, sonneries, smartphones, écrans animés qui colonisent littéralement nos ressources attentionnelles. Et bien évidemment, de nombreuses personnes ont de plus en plus de difficulté à stabiliser leur attention et à se concentrer. Simultanément, nous avons aussi perdu l'habitude d'être pleinement dans notre corps, de le ressentir, de l'habiter. C'est pourquoi la méditation se porte sur la respiration, mais aussi sur les sensations corporelles dans toute leur dimension. C'est important car c'est notre relation à nous-mêmes et aux autres qui se joue ici. Si l'on entretient préférentiellement vis-à-vis de soi-même un rapport de type narratif, en pensant et en se disant continuellement des



QU'EST-CE QUE LE PROGRAMME MBSR ?

En 1979, le professeur Jon Kabat-Zinn, de l'université du Massachusetts, fonde le premier programme de réduction du stress basé sur la méditation, le MBSR. Ce programme, validé par des centaines d'études, se déroule sur une période de deux mois, à raison d'une séance hebdomadaire de deux heures et demie à compléter par des exercices quotidiens.

Les séances de méditation amènent le participant à entraîner son attention, à développer une attitude douce et bienveillante à l'égard de lui-même, à explorer l'expérience qu'il fait de sa respiration et de ses sensations corporelles, de ses autres perceptions, de ses pensées et de ses émotions. Il apprend à mieux habiter son corps, à comprendre les mécanismes intimes du stress dans sa propre expérience et à les modifier. Les séances commencent habituellement par un exercice de pleine conscience, suivi d'échanges entre les participants sur leur vécu de cet exercice, puis sur leur expérience personnelle dans leur pratique quotidienne. Il s'agit donc d'une pratique basée sur l'expérience et participative, destinée à se déployer dans la vie quotidienne et dans les diverses activités du patient. Depuis sa création, la méthode MBSR a fait l'objet de multiples évaluations qui ont établi ses effets positifs sur la prévention des maladies cardiovasculaires, la dépendance aux drogues, le traitement de douleurs, la fibromyalgie, mais aussi la régulation de l'attention et potentiellement certaines facultés cognitives comme la créativité, la coordination motrice ou les capacités d'apprentissage.

« LA DOULEUR PEUT ÊTRE VÉCUE SANS ANGOISSE »

... choses à propos de soi-même plutôt qu'en étant au contact des sensations de son propre corps, ce que l'on appelle l'intéroception et la proprioception, cela a un impact sur notre relation aux autres et au monde, en rehaussant nos réactions de défense et notre dépendance au regard et au jugement des autres, et en augmentant notre sensibilité émotionnelle. La pratique méditative permet de restaurer un équilibre entre le soi narratif, les idées et les croyances que l'on a sur soi et le soi somatoviscéral, c'est-à-dire les ressentis que l'on a de soi-même. La juste estime de soi s'en trouve naturellement renforcée.

Combien de temps dure le bénéfice apporté par une formation en méditation ?

Le but est d'apporter un bénéfice à long terme, sans limite de temps. C'est un programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR, voir l'encadré page précédente) qui est proposé aux patients. Inventé par le pionnier de ces approches, le professeur de médecine américain Jon Kabat-Zinn, il comporte une séance hebdomadaire de deux heures et demie pendant deux mois, qu'il s'agit de compléter par trois quarts d'heure d'exercices personnels chaque jour. Car le but n'est pas de faire de la méditation pendant deux mois et d'arrêter ensuite, mais plutôt de permettre au patient d'installer une discipline régulière dans son quotidien.

Le soignant propose au patient un programme d'apprentissage et d'entraînement qui doit l'amener à s'autonomiser et à se prendre en charge lui-même dans sa maladie. Cela mérite d'être souligné, car aujourd'hui avec l'engouement pour la méditation, on observe une tendance à réduire cette discipline à deux ou trois techniques comme respirer trois minutes pour se sentir mieux et déstresser, ce qui donne une vision tronquée de la méditation et de son immense potentiel de transformation. Celle-ci, dans le domaine de la douleur ou de la maladie, ne représente pas une

**45
MINUTES
PAR JOUR**

de méditation, pendant deux mois, permettent de circonscrire la douleur à sa manifestation physique et non émotionnelle, et aux moments où elle se produit. Afin d'éviter qu'elle n'empiète sur toute l'existence.

démarche de lutte, mais d'acceptation active de ce qui est, qui requiert de solliciter et de mobiliser certaines de ses ressources mentales et physiques pour y faire face le mieux possible. On peut alors reconnaître que l'on a une maladie, et malgré tout, dans le même temps, se sentir bien et entier. Le concept de lucidité, si central à cette approche, se reflète dans la nature même de ses bénéfices : si une personne vient suivre le programme pour soulager des troubles du sommeil, elle ne connaîtra pas forcément moins d'insomnies, et si elle fait toujours autant de réveils nocturnes, ceux-ci ne lui causeront plus de problèmes émotionnels collatéraux (vous savez qu'un des problèmes de l'insomnie est l'anxiété que l'on développe sur le déroulement des journées suivantes, où l'on s'imagine épuisé et incapable de faire face aux défis du quotidien). Et au bout de deux mois de pratique, les participants constatent un changement général dans leur façon d'aborder nombre de situations de leur vie ; par exemple, ils se rendent compte que la même différence qu'ils ont appris à faire entre douleur et souffrance, ils la font aussi entre danger et peur. Les pensées et émotions automatiques qui nous tyrannisent face à une même cause (la douleur ou le danger) sont désormais absentes ou mises de côté, diminuant, respectivement, la souffrance et la peur. Cela ouvre des perspectives bien plus larges qu'ils ne l'imaginaient au départ...

Si la méditation est une façon de prendre en charge soi-même sa maladie et son mieux-être, quelle est la place des personnels soignants dans ce cadre ?

C'est une place immense, peut-être plus encore que par le passé. Elle vise à réintroduire plus d'humanisme pour contrebalancer la haute technicité qui a tendance à prendre toute la place dans la relation entre patient et médecin. Il existe bien évidemment une part importante de subjectivité dans le soin, et je pense qu'il s'agit de déve-

lopper une forme de science de la subjectivité, de science de l'expérience vécue, dans le champ de la médecine, ce qui sera intéressant aussi bien pour le patient que pour le soignant. Le médecin méditant (pas pendant la consultation, mais dans des temps consacrés à cette activité) va indiscutablement acquérir plus d'humanité et de discernement sur ce qui se passe en lui quand il se trouve avec son patient. Il sera moins sujet au burn-out et à l'épuisement émotionnel grâce au développement de la bienveillance et de la compassion incarnée, profondément inclus dans ces approches de méditation. Il apprendra à explorer la dimension de la souffrance vécue par le patient et par lui-même, à développer des relations de proximité et d'authenticité bienveillantes avec lui, sans jugement.

Cette relation permet au patient de se sentir vu et reconnu tel qu'il se sent, et pas seulement comme ayant un organe ou un dysfonctionnement à réparer. Elle inclut, dans une prise en charge diagnostique et thérapeutique, toute l'expertise et la technicité d'excellence disponible, combinée à la reconnaissance de la totalité de l'être du patient pouvant être soigné et guéri sans séparation et sans fractionnement. Nous devons absolument développer l'empathie et la compassion entre médecins et patients, car on sait que l'acceptation de la maladie comme ce qu'elle est, ni plus ni moins (en mettant de côté tous les automatismes émotionnels dont nous avons parlé), de même que l'observance et l'efficacité d'un traitement, dépendent beaucoup du lien qui les unit.

Les médecins sont-ils demandeurs de cet apport ?

Dans une large mesure, oui, car leurs missions les placent face à leurs propres ressentis qui sont parfois déstabilisants. Simplement, nous devons être très rigoureux et attentifs à la façon dont nous instituerons cette nouvelle dimension médicale. Il faut une véritable formation des personnes qui délivrent cette approche, et cet enseignement doit être

Méditer permet au médecin d'explorer les dimensions de la souffrance que vivent son patient et lui. Pour plus d'authenticité et de bienveillance.

conforme aux codifications qui sont en train de s'établir. Un protocole est nécessaire, de même qu'un intervenant formé et un contenu clair de son cursus de formation. On lit beaucoup de choses sur la pleine conscience, mais quel protocole est appliqué ? Quelles sont les études qui l'ont validé ? Quel est le vrai niveau de formation et d'incarnation de la personne qui le propose ? Toutes ces raisons m'ont poussé depuis quelques années à développer avec mes collègues la formation des instructeurs de programmes MBSR au sein de l'Association pour le développement de la mindfulness, et également à inscrire l'approche de la méditation dans un cadre académique et universitaire afin de rester dans ces exigences de rigueur. Cela fait plaisir de voir qu'il existe aujourd'hui une reconnaissance réciproque du monde de la méditation au sens premier et des univers de la science et de la médecine. Cet intérêt mutuel trouve sa concrétisation sous forme d'un enseignement reconnu à l'université. Peut-être est-ce une des raisons qui ont poussé le Dalai-Lama à venir rencontrer les chercheurs en neurosciences et les médecins à l'université de Strasbourg pour un colloque l'an dernier, qui fut une première de ce genre en milieu académique en France. ●

Bibliographie

E. F. Ball et al., Does mindfulness meditation improve chronic pain ? A systematic review. *Curr Opin Obstet Gynecol*, publication avancée en ligne, 2017.

A. L. Adler-Neal et F. Zeidan, Mindfulness meditation for fibromyalgia: Mechanistic and clinical considerations. *Current Rheumatological Reports*, vol. 19, 2017.

J. Kabat-Zinn, *Apaiser la douleur avec la méditation*. Les Arènes, 2016.

MÉDITER CONTRE LA DÉPRESSION



- **Après un épisode dépressif, le principal danger qui guette les patients est la rechute. En analysant les mécanismes qui y conduisent, les chercheurs en psychiatrie comprennent pourquoi la méditation, associée à des thérapies plus classiques, réduit fortement le risque de ces récurrences.**

Par Gilles Bertschy, professeur de psychiatrie à l'université de Strasbourg.

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. Restiaspitem quator poribus aecaborpore pra niminte dolectet mossitatem. Igent occulparciet harchilis restis nobitat plab iuntet eaqui imagnit, optatur?**

● **La pleine conscience développée par la méditation permet de voir ses propres pensées noires à l'œuvre pour ne pas les subir passivement.**

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 cercle vicieux : plus le sujet rumine (les pensées négatives sur soi tournent en boucle), plus les émotions négatives 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.

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). »

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 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 BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

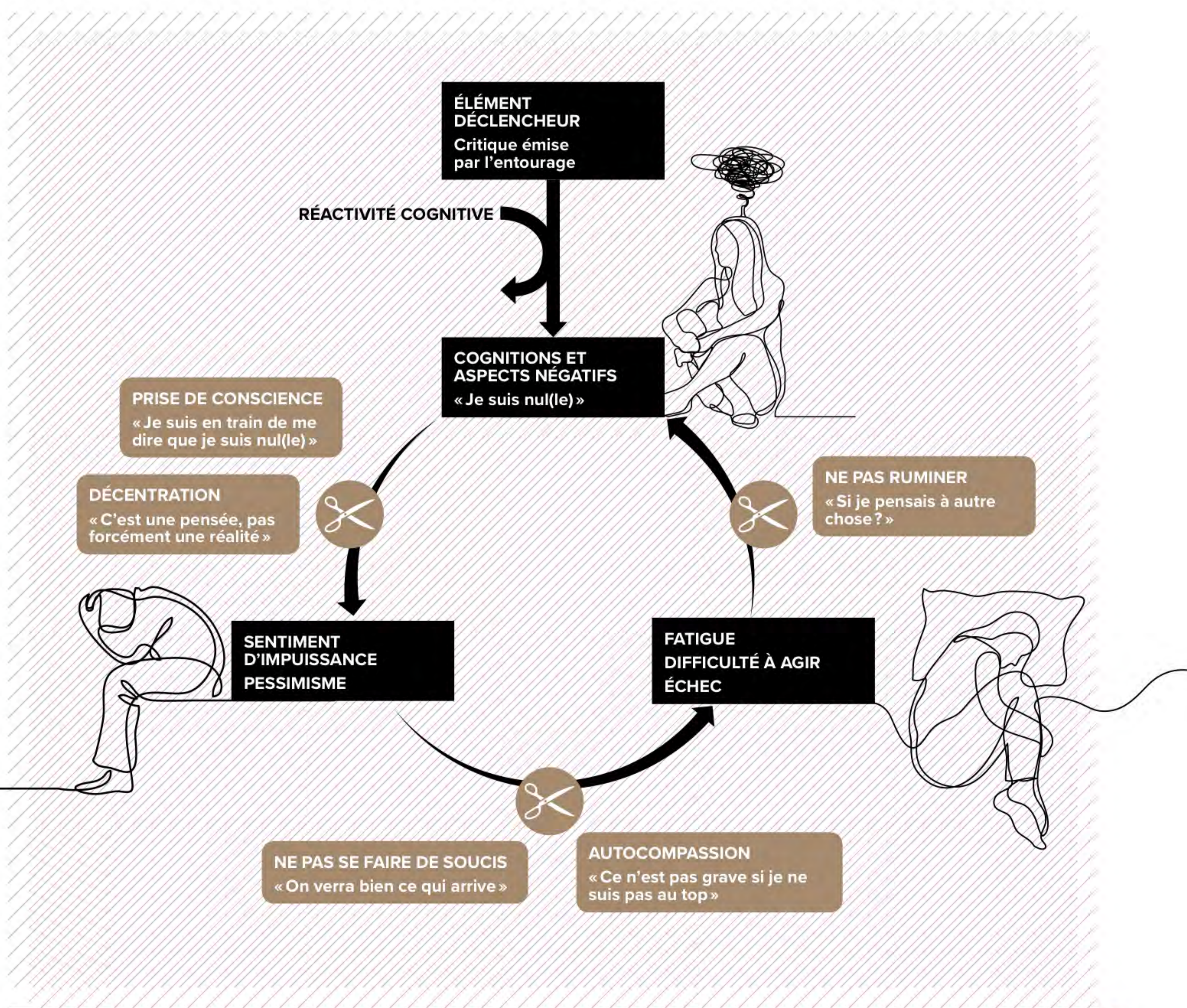
Dans les années 1990, trois psychologues, Zindel Segal, de l'université de Toronto, Mark Williams, de l'université d'Oxford, et John Teasdale, de l'université de Cambridge, ont mis sur pied un programme de thérapie cognitive qui tient compte de ces deux aspects fondamentaux : repérer les processus émotionnels et mentaux négatifs qui lancent le processus dépressif, et s'en dégager. Il en a résulté un nouveau programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression, connu sous son acronyme anglais de MBCT (*mindfulness-based cognitive therapy*). 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'autoobservation avec ce souci de se voir « penser en noir » pour ensuite restructurer ses propres schémas de

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.



... 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.

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 études suivantes furent parfois plus nuancés. Une méta-analyse 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.

MÉDITER APPORTE UN VRAI BÉNÉFICE

Devant ces résultats positifs, la question se pose de savoir quelle contribution apportent les différentes composantes du programme de thérapie basé 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 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

L'idée de tolérance vis-à-vis de ses pensées négatives se retrouve dans les récentes thérapies d'acceptation et d'engagement.

3

ÉPISODES
DÉPRESSIFS
MAJEURS

C'est le seuil à partir
duquel la méditation
est efficace.

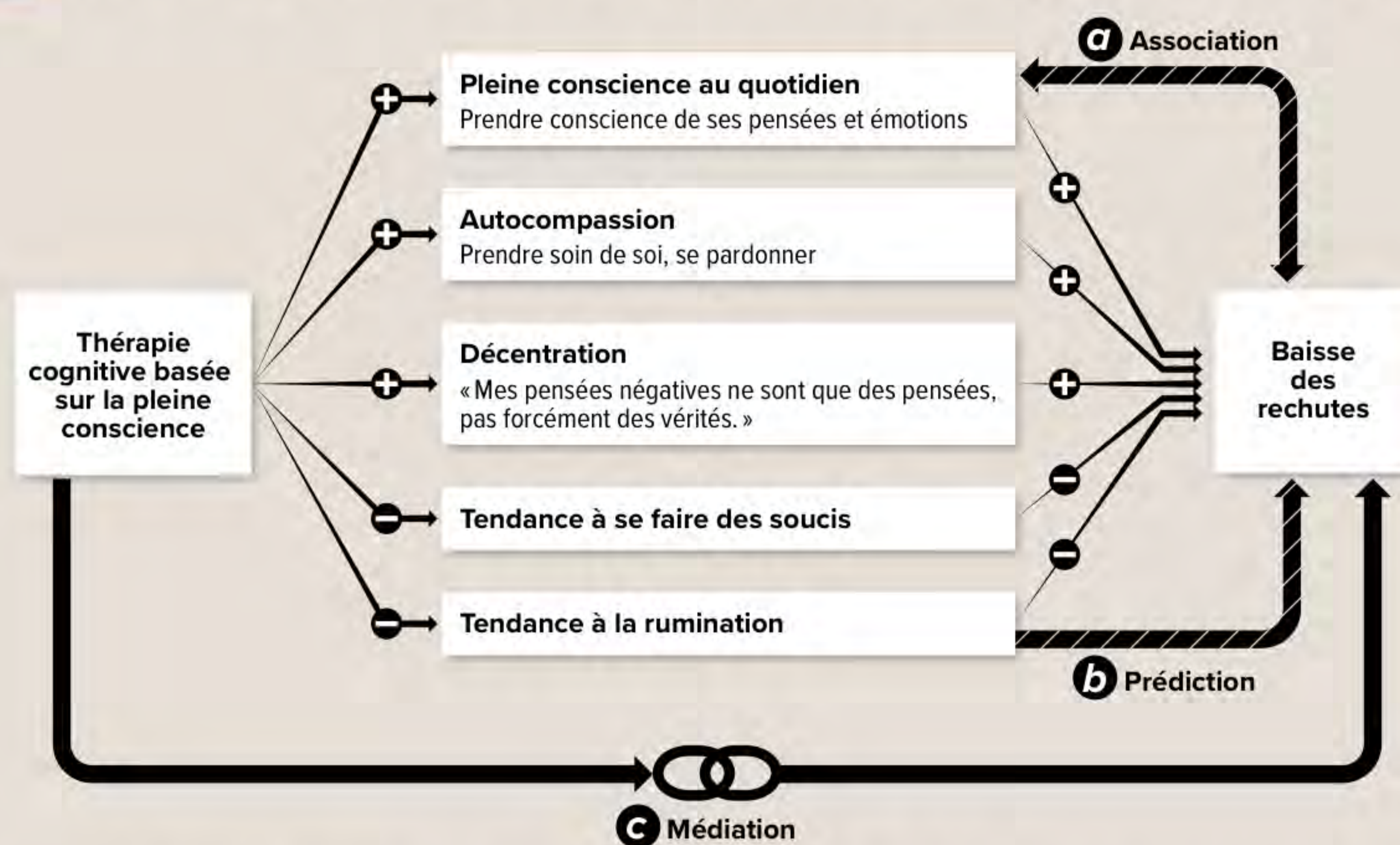
antidépresseurs) et ce qu'ils ont appelé une «éducation psychologique cognitive», qui peut être résumée comme un programme MBCT privé de sa composante de méditation. Les résultats doivent être interprétés avec prudence car ils ne sont significatifs que dans certains sous-groupes, mais ils semblent indiquer 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

AUTOCOMPASSION, DÉCENTRATION, PLEINE CONSCIENCE... LES APTITUDES QUI SAUVENT



Lorsque les chercheurs cherchent à comprendre comment un programme thérapeutique exerce un effet bénéfique sur une maladie, ils s'efforcent d'identifier différents facteurs pouvant expliquer cet effet. Par exemple, dans le cas de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, on suspecte qu'elle réduit les risques de rechutes dépressives par l'intermédiaire de cinq paramètres importants : la compassion des patients vis-à-vis d'eux-mêmes, leur capacité de décentration (ne pas laisser les pensées négatives déclencher des affects négatifs), leur « pleine conscience au quotidien » – une faculté de mieux percevoir ses propres pensées, sensations ou émotions – leur tendance à la rumination et leur propension à se faire des soucis. Les analyses statistiques permettent d'évaluer dans quelle mesure chacun de ces facteurs est soit associé à l'effet bénéfique final soit prédictif de l'effet final, soit médiateur de l'effet final. Ces trois notions diffèrent subtilement et il

importe de savoir comment, afin de saisir la portée des études mentionnées ici.

Premièrement, lorsqu'on dit qu'un facteur est associé à l'amélioration de l'état du patient, cela signifie que ce facteur varie de façon conjointe avec l'amélioration observée (a). Par exemple, on observe conjointement une augmentation de la pleine conscience au quotidien et une baisse du risque de rechute dépressive. Deuxièmement, lorsqu'on dit qu'un facteur est prédictif de l'amélioration, cela signifie que sa variation permet de savoir à l'avance si le patient a de bonnes chances d'aller mieux (b). Et enfin, le facteur est dit médiateur s'il est à la fois modifié par la thérapie et s'il modifie l'issue pour le patient (c). Dans ce cas, il joue le rôle de chaînon intermédiaire entre l'intervention thérapeutique et les effets bénéfiques. Par exemple, le fait de suivre le programme thérapeutique de pleine conscience augmente la compassion envers soi-même, laquelle augmente à son tour les chances du patient de ne pas faire de rechute.

Dans l'étude menée par Anne Maj van der Velden, de l'université d'Aarhus, au

Danemark, ces cinq facteurs cités étaient à la fois associés à la réduction des rechutes dépressives, prédictifs de cette diminution, et médiateurs entre la thérapie et la diminution des rechutes.

Comment se traduit, concrètement, l'action de ces cinq facteurs ? Pour le patient, la méditation va renforcer son aptitude à prendre conscience de ses propres états mentaux, par exemple en se rendant compte qu'il est en train de se juger négativement (facteur de pleine conscience au quotidien). Deuxièmement, même si ces pensées négatives persistent, la pratique méditative confère la capacité de se pardonner ses propres insuffisances supposées, voire de prendre soin de soi en s'accordant de petits plaisirs comme un bon restaurant. Troisièmement, la pratique habitue le sujet à ne pas prendre pour argent comptant ses propres pensées, par la capacité de décentration. Les tendances à ressasser les problèmes en permanence (rumination) et à se faire des soucis augmentent le risque de rechute : leur réduction par la méditation diminue donc le risque...

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 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 3) ou un jeune âge lors du premier épisode de dépression, qui sont des marqueurs épidémiologiques eux aussi bien établis du risque de rechute, devraient aussi être associés à un bénéfice plus marqué du programme MBCT. Or la méta-analyse 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,

20%

DE RECHUTES DÉPRESSIVES EN MOINS

après avoir suivi un programme de thérapie cognitive basée sur la méditation en plus des antidépresseurs, en comparaison d'un traitement uniquement à base d'antidépresseurs.

des thérapies cognitives et comportementales, appelées aussi thérapie de l'acceptation et de l'engagement (en anglais ACT pour *acceptation and commitment therapy*) dont la méditation est une des composantes. Cela n'est pas sans rappeler également une autre forme de thérapie, le programme de réduction du stress basé 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 présumé à partir du

Bibliographie

W. E. Kuyken et al., Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis 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, *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 37, pp. 26-39, 2015.

W. E. Kuyken et al., How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav. Res. Ther.*, vol. 48, pp. 1105-1112, 2010.

modèle théorique, cinq facteurs interviennent dans le succès de la thérapie MBCT (voir l'encadré page 55). 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 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. ●

Toutes les archives



- Cerveau & Psycho
 - L'Essentiel Cerveau & Psycho
- depuis
2003

Disponibles sur www.cerveauetpsycho.fr*

*Numéros à lire en ligne ou à télécharger au format PDF