

LES INTERVENTIONS BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE : UNE REVUE CONCEPTUELLE ET EMPIRIQUE¹

MINDFULNESS-BASED INTERVENTIONS : A CONCEPTUAL AND EMPIRICAL REVIEW

Alexandre Heeren² Pierre Philippot

Université catholique de Louvain (Belgique) Louvain (Belgique)

Cette dernière décennie, d'importants changements sont survenus dans l'univers de la psychothérapie. Ceux-ci allouent une place prépondérante aux processus émotionnels. Ces changements ont été qualifiés comme faisant partie d'une *troisième vague* des thérapies comportementales et cognitives (Hayes, 2004; Teasdale, 2004). La première vague avait été le développement de la thérapie comportementale, basée sur les théories de l'apprentissage. Une deuxième vague, consécutive au développement de la thérapie cognitive, est venue se greffer sur cette première lancée. Ces deux vagues ont en commun une approche centrée sur les problèmes rapportés par le client et la mise en place de stratégies explicites pour éliminer les facteurs de maintien du problème (c.-à.-d. les apprentissages et/ou les représentations dysfonctionnelles).

De manière distincte, les interventions dites de la troisième vague sont avant tout centrées sur la reconnaissance et l'exploration active des émotions (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). L'idée centrale est que les troubles psychopathologiques résultent d'une tentative erronée de suppression de l'information émotionnelle. En outre, ces interventions accordent une place d'importance à la relation thérapeutique (Philippot, 2007). De nouvelles formes d'interventions psychologiques ont ainsi progressivement émergé (p. ex., la thérapie de l'acceptation et de l'engagement, le protocole de traitement unifié des troubles émotionnels de Barlow). Ces interventions reposent en grande partie sur l'exploration de l'expérience vécue ici et maintenant, une notion nommée « *pleine conscience* ».

1. Cet article constitue une version modifiée et mise à jour de Heeren, A. & Philippot, P. (2009). Les interventions basées sur la pleine conscience. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 14, 13-23. L'écriture du présent article a reçu le soutien du Fonds National de la Recherche Scientifique (1.1.315.09.F) et des Consultations Psychologiques Spécialisées en troubles émotionnels de l'Université catholique de Louvain. Les auteurs remercient Delphine Grynberg ainsi que trois experts anonymes pour leurs suggestions. Les auteurs remercient également Frédérick Dionne pour son aide dans les progressions de parcours éditorial de cet article.

2. Adresse de correspondance : Institut des sciences psychologiques, Université catholique de Louvain (UCL), 10, Place du Cardinal Mercier, 1348, Louvain-la-Neuve, Belgique. Courriel : alexandre.heeren@uclouvain.be

Cet article a pour objectif d'établir les différents éléments constitutifs de la notion de pleine conscience. Le construit théorique de « pleine conscience » sera d'abord développé. Nous décrivons les procédures d'interventions psychologiques basées sur cette notion. Les processus impliqués et les domaines d'efficacité de ces interventions seront ensuite examinés. Enfin, les spécificités de cette approche, en comparaison avec les interventions comportementales et cognitives traditionnelles, seront discutées.

DÉFINITION

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

Différents modèles théoriques de la pleine conscience ont été proposés (p. ex., Bishop *et al.*, 2004; Shapiro *et al.*, 2006). Ces modèles visent principalement une définition opérationnalisable de la pleine conscience. En raison de sa parcimonie scientifique et de ses assises empiriques, seul le modèle de Bishop *et al.* (2004) sera envisagé. Selon ce modèle, la pleine conscience constitue une compétence d'ordre métacognitive sous-tendue par deux composantes principales, l'autorégulation de l'attention et l'orientation attentionnelle vers l'expérience. En d'autres termes, ce modèle est essentiellement centré sur l'implication majeure des processus de contrôle du focus attentionnel intervenant durant la pratique de la pleine conscience.

Autorégulation de l'attention

Selon Bishop *et al.* (2004), l'état de pleine conscience implique, lorsque le focus attentionnel est capté par un distracteur potentiel, de pouvoir prendre conscience de ce distracteur, d'en désengager le focus attentionnel et d'ensuite réengager le focus sur le point de focalisation déterminé par l'exercice. En ce sens, les capacités de flexibilité du focus attentionnel (c.-à.-d. la capacité de diriger le focus attentionnel d'un stimulus vers un autre; Posner, 1980) sont directement impliquées.

Orientation vers l'expérience Selon Bishop *et al.* (2004), l'adoption d'une attitude particulière face à l'expérience est centrale dans la pratique de la pleine conscience. Cette attitude consiste à prendre conscience de la capture automatique des ressources attentionnelles par les différentes pensées, émotions ou sensations corporelles surgissant à l'esprit, et à moduler l'attention sélective de sorte à observer, avec curiosité et sans volonté de les modifier ou de les éviter, les différents aspects de l'expérience qui se déploie, amenant ainsi un réengagement volontaire de l'attention sur les aspects expérientiels et spécifiques de l'expérience émotionnelle. Selon Roemer et Orsillo (2003), ce phénomène peut être considéré comme une forme d'acceptation active de l'expérience du moment présent, quelle qu'elle soit.

Les processus actifs proposés par le modèle de Bishop *et al.* (2004) sont en congruence avec les développements récents des interventions centrées sur la modification des biais attentionnels (pour une revue, voir MacLeod, Koster, & Fox, 2009). Cette perspective avait d'ailleurs été largement défendue par Teasdale, Segal, et Williams (1995, p. 38) dans leur article fondateur du programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. Les stratégies de réentraînement attentionnel ont été élaborées à la suite du constat de la présence de biais attentionnels dans la plupart des troubles émotionnels. Plus particulièrement, la littérature suggère que deux processus peuvent y être

distingués. Premièrement, de nombreuses études ont pu démontrer une capture automatique de l'attention par les stimuli prototypiques (c.-à.-d. constitués par l'intégration d'éléments sensori-perceptuels et sémantiques les plus communs à une catégorie de situations aversives similaires) des préoccupations du sujet (p. ex., Mogg, Philippot & Bradley, 2004; Pishyar, Harris, & Menzies, 2004). Deuxièmement, des difficultés à désengager le focus attentionnel de ces mêmes stimuli aversifs ont également été observées (p. ex., Amir, Elias, Klumpp, & Przeworski, 2003).

Ces biais d'allocation de l'attention sur du matériel émotionnel sont bien plus que de simples curiosités cognitives. En effet, des chercheurs ont examiné l'effet de la réduction de ces biais sur la régulation émotionnelle (p. ex., Amir, Weber, Beard, Bomyea, & Taylor, 2008; Heeren, Reese, McNally, & Philippot, soumis; See, MacLeod, & Bridle, 2009). Les résultats de ces études indiquent que réentraîner la capacité de désengagement de l'attention des stimuli aversifs et de réengagement vers de nouveaux stimuli amène à une diminution du niveau de symptomatologie. Plus précisément, les études suggèrent que le réentraînement attentionnel réduit la vulnérabilité émotionnelle à des stressseurs (p. ex., Amir *et al.*, 2008; See *et al.*, 2009), et ce, tant sur le plan cognitif, comportemental que psychophysiologique (Heeren *et al.*, soumis).

INTERVENTIONS BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE

Jon Kabat-Zinn (1982) a été le premier à développer un programme visant l'apprentissage de la pleine conscience dans une perspective d'intervention psychologique. Aujourd'hui, de nombreuses interventions psychologiques empiriquement éprouvées font référence à cette notion (Shapiro *et al.*, 2006). Parmi celles-ci, certaines articulent des éléments faisant référence à la pleine conscience à d'autres principes thérapeutiques. C'est notamment le cas de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*; Hayes *et al.*, 1999) et de la thérapie comportementale dialectique (*Dialectical Behavior Therapy*; Linehan, 1993). En outre, des exercices de pleine conscience ont été intégrés dans un certain nombre de protocoles cliniques pour des troubles spécifiques tels que le trouble anxieux généralisé (p. ex., Roeme & Orsillo, 2003; Wells, 2002), l'état de stress post-traumatique (p. ex., Wolfsdorf & Zlotnick, 2001), l'abus de substance (Breslin, Zack, & McMMain, 2002; Marlatt, 2002) ou encore les troubles alimentaires (p. ex., Telch, Agras, & Linehan, 2001). Cela étant, d'autres interventions sont *exclusivement* basées sur la pleine conscience, à savoir l'entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience (MBSR, *Mindfulness-Based Stress Reduction*; Kabat-Zinn, 1990) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Ces deux dernières interventions seront abordées plus amplement.

Entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience La MBSR a été développée par Kabat-Zinn (1982) auprès de patients souffrant d'un problème de santé chronique pour lequel il n'y avait pas de traitement médical satisfaisant. L'intérêt scientifique d'une telle démarche était d'offrir à ces personnes un environnement au sein duquel elles auraient la possibilité d'expérimenter un large éventail de nouvelles méthodes potentiellement efficaces pour atténuer leurs douleurs et les conséquences psychologiques qui en résultent (Kabat-Zinn, 1982; 2003).

Plus concrètement, la MBSR est une intervention psychologique structurée en 8 à 10 séances. Des séances hebdomadaires d'une durée de 120 à 150 minutes sont organisées en groupe de 20 à 30 participants. Lors de chacune de ces séances, des exercices¹ méditatifs sont pratiqués, et ce, en dehors de toute référence idéologique ou spirituelle. Chaque séance débute directement par un exercice pratique de pleine conscience d'une durée approximative de 40 minutes. Les participants sont ensuite invités à partager leurs impressions, commentaires et questions au sujet de l'expérience

qu'ils ont vécue durant l'exercice. Toute la séance est organisée de manière à ce que les participants soient focalisés sur leur expérience du moment présent. En ce sens, tout discours intellectualisant ou d'abstraction est évité. Les participants échangent ensuite verbalement leurs impressions sur les exercices qu'ils ont dû réaliser à domicile durant la semaine écoulée. La thématique spécifique de la séance est introduite sur la base des commentaires et des réactions des participants. Des exercices nouveaux sont alors introduits.

Enfin, la séance se clôture par l'assignation des tâches à domicile. En effet, l'apprentissage de la pleine conscience exige une pratique régulière (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1990; 2003). Une corrélation positive a été observée entre les bénéfices retirés et l'intensité de la pratique quotidienne (Astin, 1997). Ainsi, il est demandé aux participants de pratiquer la pleine conscience en dehors des séances, et ce, à raison d'environ 45 minutes par jour durant six jours sur sept. Pour ce faire, des enregistrements audio sont mis à la disposition des participants au début du programme, bien qu'ils soient progressivement encouragés à s'exercer sans support. Il leur est également demandé d'essayer de pratiquer la pleine conscience lors d'activités quotidiennes, souvent effectuées de manière automatique et sans prise de conscience (p. ex., marcher, prendre une douche ou encore manger).

En ce qui concerne les exercices formels du programme, les participants sont invités à prendre conscience de l'objet de l'attention (p. ex., la respiration) et à ramener le focus attentionnel sur cet objet lorsque l'esprit vagabonde (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1982). Plus précisément, et comme nous l'avons déjà évoqué ci-dessus, chaque fois que le focus attentionnel est capturé par un distracteur (p. ex., une pensée, une image, une sensation corporelle, un bruit), les participants sont invités à prendre pleinement conscience du distracteur et à ensuite rediriger le focus attentionnel sur le point de focalisation déterminé par l'exercice.

Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

La MBCT est une intervention psychologique de groupe structurée s'étalant sur une période de huit semaines (Segal *et al.*, 2002; Teasdale *et al.*, 1995). La méthodologie du programme est entièrement spécifiée dans un manuel (Segal *et al.*, 2002). Ce programme a été construit en vue de prévenir les rechutes dépressives de clients en rémission de troubles dépressifs récurrents. La finalité est de permettre aux participants de modifier radicalement la manière dont ils entrent en relation avec des patterns de pensées et d'émotions négatives contribuant à la rechute dépressive (Segal *et al.*, 2002). En effet, des études suggèrent que la rechute dépressive est fréquemment causée par la réactivation automatique de patterns de pensées négatives, similaires à ceux activés lors du ou des épisodes antérieurs et capturant les ressources attentionnelles (Teasdale *et al.*, 1995). La MBCT est essentiellement basée sur le programme MBSR mais incorpore également des éléments de thérapie cognitive en vue de faciliter une attitude de décentration et de détachement à l'égard des pensées, des émotions et des sensations corporelles. En ce sens, les participants sont à maintes reprises amenés à prendre conscience du fait que les pensées ne sont pas des faits mais ne sont que des pensées (Segal *et al.*, 2002). Selon Teasdale *et al.* (1995), cette attitude permet de déverrouiller les boucles de rétroactions positives auto-alimentant l'activation des schémas cognitifs émotionnels et entretenant ainsi l'affectivité négative. De plus, le programme comprend une brève partie de psychoéducation au sujet de la dépression et des stratégies de coping les plus adaptées en vue de faire face à la rechute dépressive. Le nombre de participants est souvent moindre (c.-à.-d. approximativement une douzaine) que dans les groupes MBSR. Récemment, ce programme de prévention de la rechute dépressive a été adapté de manière spécifique pour la prévention de la rechute dans la dépendance à l'alcool (pour plus de détails, voir Witkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005).

DOMAINES D'APPLICATION ET EFFICACITÉ

Critères de participation

Bien que les programmes d'apprentissage de la pleine conscience puissent être qualifiés d'intervention psychologique, la communauté scientifique s'accorde aujourd'hui sur le fait que cet apprentissage ne constitue pas une forme de psychothérapie (Öst, 2008; Segal *et al.*, 2002; Teasdale, 2004). Bien que les thérapies dites de « troisième vague » reposent en grande partie sur l'inclusion d'exercices de pleine conscience, les programmes d'apprentissage exclusivement basés sur la pleine conscience (c.-à.-d. MBCT et MBSR) constituent avant tout une intervention psychologique de prévention primaire et secondaire (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Philippot, 2007; Teasdale *et al.*, 1995).

En ce sens, il n'existe pas réellement de critères formels d'exclusion. Toutefois, un des aspects primordiaux est la capacité à pouvoir faire quotidiennement au moins 30 minutes d'exercice (p. ex., Astin, 1997). Une personne dont les ressources attentionnelles sont déficitaires (p. ex., une personne fortement déprimée) risque ainsi de ne pas pouvoir centrer son attention pendant des périodes de temps suffisamment longues. Il est alors conseillé d'attendre la récupération des ressources cognitives, et plus particulièrement des ressources attentionnelles et exécutives, avant de commencer l'apprentissage de la pleine conscience.

Notre expérience clinique nous a également permis d'observer que le programme n'était pas conseillé aux personnes souffrant d'une tendance à la dissociation ou de phobies de type intéroceptif. De fait, un certain nombre d'exercices de pleine conscience impliquant une focalisation attentionnelle sur les sensations corporelles sont souvent vécus comme une exposition de trop forte intensité pour ces personnes. Ce dernier point peut paraître en contradiction avec l'efficacité observée des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience auprès des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, chez qui la tendance à la dissociation est souvent importante. Toutefois, aucune étude utilisant exclusivement des exercices de pleine conscience n'a été menée auprès de sujets souffrant de ce trouble. Les effets positifs ont été observés lors d'intervention de type troisième vague intégrant progressivement des exercices de pleine conscience à d'autres ingrédients thérapeutiques actifs (p. ex., thérapie comportementale dialectique, thérapie de l'acceptation et de l'engagement). De plus, ces interventions (p. ex., la thérapie comportementale dialectique) proposent des exercices beaucoup moins confrontant, avec un apprentissage très progressif étalé sur 50 séances.

Efficacité

Les programmes d'apprentissage de la pleine conscience ont été appliqués dans des domaines cliniques larges et variés. Toutefois, bien qu'une majeure partie de ces études inclue un groupe contrôle ou un groupe en liste d'attente, celles incluant une procédure de répartition aléatoire des participants sont moins nombreuses. L'objectif de cette section est de présenter brièvement les domaines d'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience. Nous référons le lecteur intéressé par une méta-analyse quantitative aux travaux de Baer (2003) et de Grossman *et al.* (2004).

Une série d'études cliniques a démontré l'efficacité de l'apprentissage de la pleine conscience dans la prévention de la rechute dépressive auprès de clients en rémission d'épisodes dépressifs majeurs récurrents (Kuyken *et al.*, 2008; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby,

& Lau, 2000), dans le traitement du trouble dépressif chronique récurrent (Barnhofer, Crane, Hargus, Amarasinghe, Winder, & Williams, 2009; Kenny & Williams, 2007), dans le traitement du trouble anxieux généralisé (Evans, Ferrando, Findler, Stowell, Smart, & Haglin, 2008), de la boulimie (Baer, Fischer & Huss, 2005), de la détresse psychologique et du névrosisme (Brown & Ryan, 2003), ainsi que du déficit de l'attention avec hyperactivité (Zylowska *et al.*, 2008). **Au sein d'échantillons non cliniques, les interventions basées sur la pleine conscience sont associées à une réduction du niveau de psychopathologie générale** (Astin, 1997; Heeren & Philippot, sous presse; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001), **à une diminution de l'intensité et de la fréquence des émotions négatives** (Brown & Ryan, 2003; Chambers, Lo, & Allen, 2008), **à une réduction du niveau d'anxiété générale** (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998), **ainsi qu'à une augmentation des capacités attentionnelles et de mémoire de travail** (Chambers *et al.*, 2008; Tang *et al.*, 2007), **et plus largement des fonctions exécutives** (Heeren, Van Broeck, & Philippot, 2009; Tang *et al.*, 2007).

Une amélioration de la qualité de vie en réponse à ces interventions a également été observée auprès de personnes souffrant de douleurs chroniques (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney, & Sellers, 1987; Randolph, Caldera, Tacone, & Greak, 1999), de fibromyalgie (Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith, & Schmid, 1994; Kaplan, Goldenberg & Galvin, 1993) et d'un cancer (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Specia, 2001; Ledesma & Kumano, 2009; Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez, & Schwartz, 2003; Specia, Carlson, Goodey & Angen, 2000). Récemment, Griffiths, Camic et Hutton (2009) ont pu observer un effet facilitateur du programme MBCT dans la réhabilitation cardiaque auprès d'adultes. Des recherches pointent également des effets similaires auprès d'enfants et d'adolescents souffrant d'une maladie chronique invalidante (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008). Une augmentation significative du taux de mélatonine dans l'urine a aussi été observée en réponse au programme MBSR (Massion, Teas, Hebert, Wertheimer & Kabat-Zinn, 1995). La mélatonine est une hormone notamment impliquée dans la régulation des sécrétions hormonales et dans la réponse immunitaire des lymphocytes T. Une amélioration de l'efficacité des séances de photothérapie aux ultraviolets A et B lors la prise en charge de personnes souffrant de psoriasis a été observée lorsque les exercices méditatifs du programme MBSR étaient pratiqués lors de séances de traitement (Kabat-Zinn *et al.*, 1998). Enfin, l'effet bénéfique de la pratique de la pleine conscience dans le traitement de l'acouphène chronique invalidant a récemment été observé (Philippot, Nef, Clauw, de Romrée, & Segal, soumis).

Des tentatives d'adaptation clinique des exercices issus des programmes MBCT et MBSR sont en cours auprès d'enfants et d'adolescents. Le lecteur intéressé pourra trouver davantage d'information sur l'opérationnalisation de ces interventions auprès des enfants et adolescents dans Greco et Hayes (2008), Semple, Reid et Miller (2005) ainsi que dans Semple, Lee et Miller (2006). De même, le lecteur intéressé pourra trouver de l'information sur l'implémentation de ces interventions auprès des personnes âgées dans Smith (2006).

MODÈLE DE CHANGEMENT DES INTERVENTIONS BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE

Outre la validation empirique de l'efficacité des programmes d'apprentissage de la pleine conscience (c.-à.-d. que l'intervention réduit significativement la symptomatologie visée), une autre manière de préciser les domaines d'application de la pleine conscience est de s'intéresser à la validation du modèle de changement sous-tendant ces interventions (c.-à.-d. l'intervention est efficace grâce à tel processus). Selon Barlow (2004), un modèle de changement est un modèle qui stipule les processus et les opérations qui amènent à un changement du fonctionnement. Cette connaissance est capitale pour élaborer des interventions psychologiques utilisant au mieux les processus de changement et donc, maximisant le potentiel d'efficacité (Barlow, 2004, 2006; Philippot & Van Broeck, 2006). Cependant, il n'existe pas encore de modèle bien établi précisant le modèle de changement et les

principes actifs dans l'efficacité des programmes d'apprentissage de la pleine conscience. Une des raisons sous-tendant ce constat est que la pleine conscience consista au départ en l'importation d'une pratique méditative bouddhiste dans le champ de la clinique, et non en une intervention psychologique dérivée d'un modèle théorique scientifique (Hayes & Feldman, 2004).

Examiner de manière plus fine la validation du modèle thérapeutique de changement sous-tendant ces interventions constitue sans nul doute un des défis pour le développement futur de la pleine conscience. Baer (2003) a suggéré un modèle de changement articulé autour de cinq types de processus que nous discuterons : (a) l'exposition, (b) les changements cognitifs, (c) l'acceptation, (d) la gestion de soi et (e) la relaxation. Bien que Baer (2003) ait réalisé cette analyse de manière spéculative et que les processus postulés restent à un niveau très général, il nous paraît adéquat de partir de cette structuration et de la compléter par des résultats des recherches empiriques récentes. Enfin, un point sera également consacré à présenter les limites des processus actifs postulés par Baer (2003). À partir de ces faiblesses, des propositions de modélisation des processus de changement sous-tendant l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience seront émises.

Exposition

Bien que la réduction des réponses émotionnelles conditionnées ne constitue pas un objectif thérapeutique de la pratique de la pleine conscience, celle-ci implique dans une large mesure des processus d'exposition prolongée avec prévention de la réponse d'évitement. Pour reprendre l'exemple cité par Kabat-Zinn (1982), dans le cas de personnes souffrant de douleur chronique, les participants sont invités à centrer leur attention sur les sensations de douleur, à les observer, à les décrire et à les explorer, tout en restant simultanément assis, sans bouger et surtout sans tenter de supprimer ou d'éviter (p. ex., distraction) les sensations désagréables. De manière similaire, les personnes souffrant de troubles émotionnels sont amenées à observer, à explorer et à décrire leurs émotions, et ce sans tenter ni de les supprimer ni de les éviter. Plus particulièrement, le mode de traitement de l'information avec lequel les participants sont invités à traiter l'information émotionnelle durant les exercices de pleine conscience, à savoir considérer les aspects uniques de l'expérience qui se déploie, n'est pas négligeable. De fait, il a été observé que, durant l'exposition, centrer le focus attentionnel sur les éléments uniques de l'expérience émotionnelle diminuait l'intensité émotionnelle, alors que centrer le focus sur les éléments générique et prototypique de l'expérience émotionnelle (c.-à.-d. les éléments sensoriperceptuels et sémantiques communs et les plus représentatifs à une catégorie de situations aversives similaires) augmentait l'intensité émotionnelle (p. ex., Philippot, Baeyens, & Douilliez, 2006).

Changements cognitifs et métacognitifs

De nombreuses études se sont intéressées aux processus cognitifs sous-tendant l'efficacité de la pratique de la pleine conscience. Une des particularités de la pleine conscience est le changement qu'elle permettrait d'opérer sur les ruminations mentales entretenant l'affectivité négative (Watkins, 2004). Selon Teasdale *et al.* (1995), la pratique de la pleine conscience permettrait aux clients de se désengager de la capture automatique de l'attention par les boucles de rétroactions cognitives qui s'autoalimentent pendant la rumination. Selon ces auteurs, ce phénomène expliquerait l'efficacité de la pleine conscience dans la prévention de la dépression et de la rechute dépressive. De manière congruente avec les hypothèses formulées, une réduction des pensées intrusives abstraites et générales, caractéristiques des ruminations mentales, et une augmentation des pensées concrètes et expérientielles, caractéristiques des pensées adaptatives, ont été observées en réponse à un entraînement à la pleine conscience (Heeren & Philippot, sous presse). Ces auteurs ont également observé que ces changements affectant le niveau d'abstraction des pensées constituaient un médiateur sous-tendant la réduction du niveau de symptomatologie psychopathologique générale,

confirmant ainsi l'hypothèse initialement formulée par Teasdale *et al.* (1995). En vue d'évaluer les changements opérant sur le plan des ruminations mentales, ces auteurs ont utilisé la version francophone du *Cambridge Exeter Rumination Thinking Scale (CERTS)*; Douilliez, Philippot, Baeyens, Heeren, Watkins, & Barnard, 2009) qui a l'avantage de permettre une évaluation des ruminations mentales en fonction du contexte de leur apparition, de leurs conséquences ainsi que de la nature du mode de traitement de l'information sur lequel elles s'opèrent (c.-à.-d. abstrait et général vs concret et expérientiel).

Récemment, Borders, Earleywine et Jajodia (2010) ont observé, au moyen d'un plan de recherche non expérimental cependant, que la pleine conscience était associée à une réduction des comportements d'agressivité verbale et non verbale ainsi qu'à une diminution des ruminations mentales. En outre ces auteurs ont observé, au moyen d'analyses de médiation, que l'effet de la pleine conscience sur les comportements d'agressivité verbale et non verbale était médiatisé par une réduction des ruminations mentales. À un niveau processuel, tant les résultats de l'étude de Heeren et Philippot (sous presse) que ceux de Borders *et al.* (2010) suggèrent que la pleine conscience a un effet sur les ruminations mentales et que cette modification amène ensuite d'autres changements sur le plan de la régulation des émotions. À un niveau fondamental, les résultats de ces deux études sont congruents avec les recherches actuelles qui mettent en évidence que la rumination mentale est un processus transdiagnostique qui est impliqué dans l'installation et le maintien des troubles émotionnels (pour une revue, voir Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

Par ailleurs, il a été observé que les exercices de pleine conscience augmentaient la capacité à récupérer des souvenirs autobiographiques spécifiques (Heeren, Van Broeck, & Philippot, 2009; Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000). Un déficit de spécificité du rappel en mémoire autobiographique a été observé auprès de populations cliniques multiples et variées (pour une revue, voir Williams *et al.*, 2007). De nombreuses études ont observé que ce déficit était associé à des conséquences cliniques non négligeables, telles que des difficultés dans la résolution de problèmes interpersonnels (p. ex., Pollock & Williams, 2001) ou des difficultés à concevoir des scénarios futurs spécifiques (Williams, 1996). Les conclusions de ces études ainsi que de celles présentées au sujet des ruminations mentales suggèrent que la pleine conscience a un effet sur le mode cognitif (c.-à.-d. abstrait et général vs spécifique et expérientiel) avec lequel est traitée l'information émotionnelle.

En outre, la pratique de la pleine conscience induit également des changements d'ordre métacognitif. Une amélioration des processus exécutifs d'inhibition et de flexibilité cognitive a été observée en réponse à la pratique de la pleine conscience (Heeren *et al.*, 2009; Moore & Malinowski, 2009). La principale fonction des processus exécutifs est de faciliter l'adaptation de l'individu à des situations nouvelles, et ce, notamment lorsque les routines d'action, c'est-à-dire les habiletés cognitives surappries, ne peuvent suffire (Norman & Shallice, 1986). La flexibilité cognitive est définie comme la capacité à désengager le focus attentionnel d'une tâche devenue non pertinente pour s'engager activement dans une autre tâche (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, & Howerther, 2000). Toutefois, bien que l'on puisse penser que les processus de flexibilité soient sous l'influence directe des processus inhibiteurs, les deux concepts ne se recouvrent pas totalement : dans l'inhibition, le focus attentionnel reste fixé sur un type de stimuli et le système de contrôle doit prévenir l'interférence suscitée par la survenue intempestive d'informations non pertinentes, alors que le focus demeure mobile dans le cas de la flexibilité (Van der Linden, Meulemans, Seron, Coyette, Andrès, & Prairial, 2000).

Selon le modèle de Bishop *et al.* (2004) présenté au début de cet article, ces changements constitueraient le *primens movens* des processus de changements sous-tendant la pleine conscience.

De manière congruente, il a été observé que l'amélioration des processus de flexibilité cognitive (c.-à-d. la capacité à désengager le focus attentionnel d'une tâche devenue non pertinente pour s'engager activement dans une autre tâche) constituait un médiateur de la revalidation du déficit de spécificité du rappel en mémoire autobiographique observée (Heeren *et al.*, 2009). L'augmentation des capacités de flexibilité, et donc des capacités de contrôle d'orientation de l'attention, semble être directement impliquée dans les changements émotionnels associés à la pleine conscience.

Acceptation

Comme nous l'avons déjà évoqué, la pratique de la pleine conscience accorde une place d'importance à l'attitude mentale d'acceptation et d'ouverture à l'expérience. En d'autres termes, il s'agit de promouvoir un processus d'acceptation active (et non de résignation) de l'expérience vécue. Cette attitude correspond à celle préconisée, tant par la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (Hayes *et al.*, 1999) que par la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993), pour lesquelles un changement émotionnel n'est possible que lorsque l'individu reconnaît et accepte la détresse émotionnelle qu'il ressent. Actuellement, de nombreux chercheurs (p. ex., Barlow, Allen, & Choate, 2004; Greenberg, 2002) considèrent que la souffrance émotionnelle résulte bien plus de la nonacceptation de l'émotion que de l'émotion elle-même. De manière congruente, des recherches expérimentales ont pu démontrer qu'une attitude d'acceptation de l'émotion engendrait une réduction de l'intensité émotionnelle, en comparaison à une attitude de non-acceptation (p. ex., Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hoffmann, 2006; Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004). Il est à noter que selon notre point de vue, les considérations évoquées sur l'exposition et celles sur l'acceptation ne sont pas mutuellement exclusives. De fait, une attitude mentale d'acceptation et d'ouverture à l'expérience présente une forte similarité avec la notion d'exposition avec prévention de réponse.

Gestion de soi

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

Relaxation

Le but explicite de la pleine conscience n'est pas d'amener un état de relaxation, ni même de générer un état particulier. La pratique de la pleine conscience peut même amener l'individu à observer et à rester en contact avec divers stimuli parfois incompatibles avec la détente (p. ex., certaines tensions musculaires ou certaines pensées intrusives). Toutefois, la pratique de la pleine conscience peut engendrer un état similaire à la relaxation. Cet effet secondaire non recherché a pour conséquence d'induire les bénéfices liés à celle-ci (Baer, 2003). Limitations du modèle de changement proposé par

Baer (2003) Bien que le modèle de changement postulé par Baer (2003) présente l'avantage d'être en lien direct avec des processus de changement psychologique dont l'efficacité a été bien établie au sein de la littérature scientifique (pour une revue, voir Castonguay & Beutler, 2005), il présente cependant un certain nombre de faiblesses. Ainsi, Philippot et Segal (2009) distinguent trois faiblesses majeures. Premièrement, il n'est pas clair si les interventions basées sur la pleine conscience agissent grâce à des processus de changement similaires aux autres interventions psychologiques ou si elles présentent des processus de changement qui leur sont propres. Deuxièmement, l'étendue des processus de changement postulés par Baer (2003) est large et variée. Il n'est notamment pas précisé si certains de ces processus sont davantage impliqués ou s'ils agissent tous avec le même impact. Les études futures devront examiner le poids respectif, au sens statistique du terme, de chacun de ces processus. Troisièmement, et non des moindres, les cinq processus actifs postulés par Baer (2003) représentent de larges phénomènes psychologiques qui sont eux-mêmes sous-tendus par une quantité de processus sous-jacents, et ce à un tel point que les phénomènes postulés comme actifs par Baer (2003) pourraient être taxés de trop larges et de trop peu opérationnalisables pour être examinés en tant que processus. À titre illustratif, pour reprendre l'exemple de Philippot et Segal (2009), l'exposition est davantage une technique thérapeutique qu'un processus de changement. En effet, l'exposition est elle-même soustendue par des processus de changement nettement plus spécifiques tels que le développement d'un sentiment d'efficacité par rapport aux stimuli aversifs (Bandura, 1988), l'apprentissage de conditionnements inhibiteurs (Bouton, 2002; Myers & Davis, 2002) ou encore des changements attentionnels (Mogg, Bradley, Millar, & White, 1995). Enfin, une dernière faiblesse peut être ajoutée à celles identifiées par Philippot et Segal (2009). Les différents processus postulés par Baer (2003) ne sont pas mutuellement exclusifs, rendant ainsi difficile l'opérationnalisation de ces processus. Par exemple, tel que mentionné ci-dessus, les considérations évoquées sur l'exposition et celles sur l'acceptation ne sont pas mutuellement exclusives. De même, les processus de changements cognitifs et ceux d'acceptation se recouvrent sur certains points (p. ex., en ce qui concerne les aspects concrets et expérientiels). En réponse à ces limitations, les recherches futures devront clairement tenter d'offrir un modèle processuel permettant de conceptualiser au mieux les changements opérant durant les interventions basées sur la pleine conscience. Au regard des études récentes présentées ci-dessus, il semble que deux processus majeurs et clairement opérationnalisables peuvent être considérés comme actifs. Premièrement, et de manière congruente avec le modèle de Bishop *et al.* (2004), les résultats des études de Heeren *et al.* (2009) ainsi que celles de Moore & Malinowski (2009) suggèrent que la pleine conscience est associée à une augmentation de la capacité à désengager le focus attentionnel d'une tâche devenue non pertinente (p. ex., capture automatique de l'attention par des pensées intrusives) pour s'engager activement dans une autre tâche. Les résultats d'une recherche récente en neuro-imagerie auprès de personnes pratiquant de manière quotidienne des exercices méditatifs sont congruents avec cette hypothèse. En effet, Luders, Toga, Lepore et Gaser (2009) ont notamment observé que la pratique de la méditation était associée à une augmentation du volume de matière grise au sein du cortex orbito-frontal, typiquement impliqué dans le désengagement de routines d'actions ou de pensées automatiques.

Deuxièmement, et comme présenté ci-dessus, une série d'études (Heeren & Philippot, sous presse; Heeren *et al.*, 2009; Williams *et al.*, 2000) suggère que la pratique de la pleine conscience est associée à une modification du niveau de traitement de l'information émotionnelle, favorisant le passage d'un niveau abstrait et général de traitement vers un niveau davantage spécifique, concret et expérientiel. Les travaux issus des théories multi-niveaux des émotions ont démontré que traiter l'information émotionnelle sur un mode spécifique, concret et expérientiel est associé à une diminution de l'intensité émotionnelle, alors qu'un mode abstrait et général de traitement est associé au maintien de l'activation émotionnelle (pour une revue, voir Philippot, Neumann, &

Vrielynck, 2007). En outre, les résultats des analyses de médiation de l'étude de Heeren *et al.* (2009) suggèrent que l'amélioration de la capacité à désengager le focus attentionnel d'une tâche devenue non pertinente pour s'engager activement dans une autre tâche constitue un médiateur des changements du niveau de spécificité avec laquelle l'information émotionnelle est traitée. Cette observation laisse penser que les interventions basées sur la pleine conscience modifieraient dans un premier temps la capacité de désengagement de l'attention et que ces changements mèneraient ensuite à une modification du mode de traitement de l'information émotionnelle, ce dernier changement menant lui-même à une meilleure régulation émotionnelle. Les recherches futures devront davantage préciser la pertinence théorique et empirique de ce modèle. Ces recherches devront notamment examiner la validité empirique de cette proposition d'ordonnement diachronique des processus stipulés.

OUTILS D'ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE PLEINE CONSCIENCE

À notre connaissance, six questionnaires auto-rapportés ont été développés. Cette section a pour objectif de présenter brièvement ces outils.

Le *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003) est une échelle à 15 items évaluant la tendance générale à être attentif et conscient de l'expérience présente lors d'activités de la vie quotidienne. Lors de la validation de la version anglo-saxonne, Brown et Ryan (2003) rapportent que l'échelle est unidimensionnelle et présente de bonnes propriétés psychométriques. Une version francophone de cet outil a été validée (Jerman *et al.*, 2009). Toutefois, les tentatives d'adaptation francophone dans notre laboratoire (Hargot, 2005) n'ont pu retrouver ni la structure factorielle unidimensionnelle, ni les qualités psychométriques décrites par Brown et Ryan (2003).

Le *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI; Buccheld, Grossman, & Walach, 2001) est une échelle à 30 items mesurant la tendance à observer de manière non jugeante l'expérience du moment présent. Il a été entièrement développé auprès de personnes pratiquant la méditation pleine conscience au sein de retraite intensive (p. ex., retraite pour instructeur du programme MBSR). Sur le plan psychométrique, bien que les indices de consistance interne apparaissent élevés, Buchheld *et al.* (2001) rapportent que la structure factorielle de l'échelle manque de stabilité et varie ostensiblement au cours de la pratique de la pleine conscience. Aucune tentative d'adaptation et de validation francophone n'est connue à ce jour.

Le *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004) est une échelle à 39 items en quatre facteurs : l'observation, la description, l'action en pleine conscience et l'acceptation sans jugement.

Cette structuration est largement basée sur la conceptualisation de la pleine conscience que propose la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993). Des analyses factorielles confirmatoires supportent une structure factorielle à quatre facteurs. Pour chacun des facteurs, les indices de consistance interne apparaissent relativement élevés. Récemment, une adaptation francophone de cet outil a été réalisée et validée (Nicastro, Jermann, Bondolfi, & McQuillan, 2010). Cette adaptation présente une excellente validité structurelle ainsi qu'une bonne fiabilité test-retest. En outre, cette version francophone présente une excellente sensibilité aux changements cliniques lors de thérapies comportementales dialectiques administrées à des patients souffrant d'un trouble de la personnalité état-limite.

Le *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (CAMS; Feldman, Hayes, Kumar, & Greeson, 2004) est une échelle unidimensionnelle à 12 items. Cet outil évalue l'attention, la conscience et

l'acceptation/nonjugement des pensées et des sensations dans les activités de la vie quotidienne. Une solution factorielle à un facteur ainsi que de bonnes propriétés psychométriques ont été observées (Feldman *et al.*, 2004). À nouveau, aucune tentative d'adaptation et de validation francophone n'est connue à ce jour.

Le *Mindfulness Questionnaire* (MQ; Chadwick, Hember, Mead, Lilley, & Dagnan, 2005) est une échelle à 16 items évaluant les capacités de prendre pleinement conscience des images et des pensées désagréables.

De bonnes propriétés psychométriques ont été observées et les analyses factorielles suggèrent que l'échelle est unifactorielle. À notre connaissance, aucune adaptation francophone de cette échelle n'a cependant été réalisée.

Le *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Kriestemeyer, & Toney, 2006; Baer *et al.*, 2008) est un questionnaire à 39 items construit sur la base des cinq questionnaires présentés ci-dessus. En effet, Baer *et al.* (2006) ont administré à un large échantillon ces questionnaires et ont observé que cinq facteurs étaient clairement identifiables, et ce, tant sur le plan des analyses factorielles exploratoires que confirmatoires. Ces facteurs sont : l'observation de l'expérience présente, la description de l'expérience présente, l'action en pleine conscience, le non-jugement et la non-réactivité aux phénomènes psychologiques. En outre, les auteurs ont observé que ces facteurs étaient eux-mêmes sous-tendus par un facteur latent de deuxième ordre, à savoir la pleine conscience. Ces auteurs ont ensuite créé un nouveau questionnaire, le FFMQ, sur la base des items qui présentaient les indices de saturation les plus élevés avec chacun de ces facteurs. Des analyses factorielles confirmatoires indiquent clairement que les données sont consistantes avec le modèle structurel hiérarchique mis en avant lors des analyses factorielles exploratoires. Des indices de consistance interne élevés pour chacun des facteurs ont été observés. Récemment, une adaptation et une validation francophone du FFMQ ont été réalisées auprès d'un échantillon non clinique (N = 214) n'ayant jamais bénéficié d'interventions basées sur la pleine conscience ou de pratiques méditatives (Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, soumis). Les résultats des analyses factorielles confirmatoires réalisées sur la version francophone sont congruents avec le modèle en cinq facteurs conçu par Baer *et al.* (2006). Plus précisément, les résultats répliquent le modèle structurel hiérarchique observé par Baer et ses collaborateurs (2006; 2008). De même, de bons indices de consistance interne ont été observés, et ce, tant pour les cinq facettes (alphas de Cronbach allant de .77 à .89) que pour la mesure globale de pleine conscience (alpha de Cronbach = .88). Ces résultats suggèrent que l'instrument peut être utilisé tant de manière unidimensionnelle (c.-à-d. par le calcul d'un score total), évaluant ainsi la tendance générale à être conscient de l'expérience, que de manière multidimensionnelle *via* le calcul de scores pour chacun des facteurs. Toutefois, le facteur « observation » présente un coefficient de saturation nettement plus faible que les autres. Baer *et al.* (2006) avaient observé des résultats similaires pour ce facteur. Celui-ci ne présenterait un coefficient de saturation élevé que lorsque l'échelle est administrée à des participants pratiquant la pleine conscience (Baer *et al.*, 2008). En outre, à un niveau clinique, les résultats indiquent des corrélations négatives entre la version francophone du FFMQ et les questionnaires d'anxiété-trait, d'anxiété-état ainsi que de symptomatologie dépressive. À un niveau appliqué, comme le suggère Baer *et al.* (2008, p. 330), le développement d'un tel instrument permettra d'examiner si les participants qui suivent les programmes de pleine conscience deviennent effectivement plus conscients de leur expérience. Cela permettra en outre d'évaluer si les effets cliniques de ces programmes sont bien médiatisés par ces changements. Des recherches en cours examinent actuellement cette question (Heeren *et al.*, en préparation). Ces recherches permettront également d'évaluer la sensibilité clinique de la version francophone du FFMQ auprès de participants suivant une intervention basée sur la pleine conscience.

SPÉCIFICITÉ DES INTERVENTIONS BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE

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

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

Enfin, une autre divergence est le fait qu'une pratique personnelle de la pleine conscience par l'intervenant est essentielle et une condition nécessaire en vue d'être intervenant (Segal *et al.*, 2002). Cette exigence de la pleine conscience engendre un style de relation thérapeutique spécifique et plus égalitaire au sein duquel l'intervenant n'est pas dans une position forte de savoir comme il pourrait l'être dans les interventions comportementales et cognitives traditionnelles. L'intervenant effectue tous les exercices avec les participants et partage au même titre ses expériences avec le groupe. Ce type de relation amène l'intervenant à jouer un rôle de modèle vicariant dans l'apprentissage d'un processus de développement personnel. Cette manière de considérer la relation thérapeutique est d'ailleurs une des caractéristiques de la troisième vague (pour plus de détails à ce sujet, voir Wilson & Dufrene, 2009).

CONCLUSION

Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience s'inscrivent au cœur de la troisième vague qui se développe actuellement dans l'univers de la psychothérapie empiriquement validée. Cet article visait à présenter la spécificité des interventions basées sur la pleine conscience. À cet égard, nous avons souligné que leur principale spécificité consiste en une approche expérientielle du vécu de l'individu, suspendant toute interprétation intellectuelle et/ou abstraction de l'expérience. Cette approche encourage avant tout le développement des capacités de désengagement de la capture automatique de l'attention par les pensées abstraites et évaluatives et des capacités de

réengagement de l'attention sur les aspects expérientiels et spécifiques de l'expérience émotionnelle.

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

Néanmoins, bien que les résultats actuellement disponibles soient clairement prometteurs, les recherches futures devront continuer à investiguer l'efficacité de cette approche et les processus de changement la sous-tendant. Les recherches ultérieures devront veiller à mieux préciser les mécanismes et les opérations qui amènent à un changement du fonctionnement (Roemer & Orsillo, 2003; Shapiro *et al.*, 2006).

RÉFÉRENCES

- Amir, N., Elias, J., Klumpp, H., & Przeworski, A. (2003). Attentional bias to threat in social phobia : facilitated processing of threat or difficulty disengaging attention from threat? *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1325-1335.
- Amir, N., Weber, G., Beard, C., Bomyea, J., & Taylor, C. T. (2008). The effects of a single session attention modification program on response to a public-speaking challenge in socially anxious individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*, 860-868.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *66*, 97-106.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention : A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology : Science and Practice*, *11*, 230-241.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating : A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *12*, 351-358.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report : The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, *11*, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*, 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facets mindfulness

questionnaire in meditating and nonmeditating sample. *Assessment*, 15, 329-342.

Bandura, A. (1988). Self-efficacy conceptions of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.

Barlow, D. H. (2006). Psychotherapy and psychological treatments : The future. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 13, 216-220.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Towards a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression : A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 366-373.

Bishop, R. S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness : A proposed operational definition. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10, 125-143.

Borders, A., Earleywine, M., & Jajodia, A. (2010). Could mindfulness decrease anger, hostility, and aggression by decreasing rumination? *Aggressive Behavior*, 36, 28-44.

Bouton, M. E. (2002). Context, ambiguity, and unlearning : Sources of relapse after behavioural extinction. *Biological Psychiatry*, 52, 976-986.

Breslin, C. F., Zack, M., & McMair, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness : Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9, 275-299.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present : Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

Buchhed, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy : The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.

Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients : 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9, 112-123.

- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2005). *Principles of therapeutic changes that works*. New York : Oxford University Press.
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan, D. (2005). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images : Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. Unpublished manuscript.
- Chambers, R. H., Lo, B. C. Y., & Allen, N. A. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 303-322.
- Douilliez, C., Philippot, P., Baeyens, C., Heeren, A., Watkins, E., & Barnard, P. (2009, 17 juillet). *Validation of the french version of the Cambridge Exeter rumination thinking scale*. Poster présenté au 37th Annual Conference and Workshop of the British Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Exeter, England.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulnessbased cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716-721.
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., & Greeson, J. M. (2004). *Development, factor structure, and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale*. Manuscrit non publié.
- Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S., & Schmid, C. H. (1994). A controlled study of a stress-reduction cognitive-behavioural treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53-66.
- Greco, L. G. & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatment for children and adolescents : A practionner's guide*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy : Coaching clients to work trough their feelings*. Washington, D. C. : American Psychological Association Press.
- Griffiths, K., Camic, P. M., & Hutton, J. M. (2009). Participant experiences of a mindfulnessbased therapy group for cardiac rehabilitation. *Journal of Health Psychology*, 14, 675-681.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits : A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.

Hargot, N. (2005). *Pratique méditative de pleine conscience sécularisée et caractéristiques individuelles d'agréabilité et d'empathie : Allers-retours entre psychologie et bouddhisme*. Mémoire de licence non publié. Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders : A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford : Oxford University Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.

Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology : Science and Practice, 11*, 255-262.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance : Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York : Guilford.

Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology : Science and Practice, 11*, 249-254.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York : Guilford Press.

Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness : Method and process. *Clinical Psychology : Science and Practice, 10*, 161-165.

Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (soumis). *Crosscultural consistency of the Five Facets Mindfulness Questionnaire : Adaptation and validation in a french sample*. Manuscrit soumis pour publication.

Heeren, A., Peschard; V., Douilliez, C., Nef, F., Dierickx, C., Blairy, S., et al. (en préparation). *Sensibilité au changement clinique de la version francophone du Five Facets Mindfulness Questionnaire*. Manuscrit en préparation.

Heeren, A. & Philippot, P. (sous presse). Changes in ruminative thinking mediate the clinical benefits of mindfulness : Preliminary findings. *Mindfulness*.

Heeren, A., Reese, H. E., McNally, R. J., & Philippot, P. (2010). *A randomized controlled trial of attention training in social phobia : Effects on behavioral, subjective, and physiological measures*. Manuscrit soumis pour publication.

Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 403-409.

Jermann, F., Billieux, J., Laroie, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2009). Mindful attention awareness scale (MAAS) : Psychometric Properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation : Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York : Delacorte.

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

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 333-352.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of a chronic pain : Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, Z., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatics Medicine*, 50, 625-632.

Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Galvin, N. M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.

Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617-625.

Kuyken, W., Taylor, R. S., Barrett, B., Evans, A., Byford, S., Watkins, E., Holden, E., Whyte, K., Byng, R., Mullan, E., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy

to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966-978.

Ledesma, D. & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer : A metaanalysis. *Psycho-Oncology*, 18, 571-579.

Levitt, J., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press. Traduction francophone : *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*, 2000, Genève, Suisse : Médecine et Hygiène.

Luders, E., Toga, A., Lepore, N., & Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation : Larger hippocampal and frontal gray matter. *NeuroImage*, 45, 672-678.

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

MacLeod, C., Koster, E. H. W., & Fox, E. (2009). Whither cognitive bias modification research? Commentary on the special section articles. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 89-99.

Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-49.

Massion, A. O., Teas, J., Hebert, J. R., Wertheimer, M. D., & Kabat-Zinn, J. (1995). Meditation, melatonin, and breast/prostate cancer : Hypothesis and preliminary data. *Medical Hypotheses*, 44, 39-46.

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., & Howerther, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex frontal lobe tasks : A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.

Mogg, K., Bradley, B. P., Millar, N., & White, J. (1995). A follow-up study of cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research Therapy*, 33, 927-935.

Mogg, K., Philippot, P., & Bradley, B. P. (2004). Selective attention to angry faces in clinical social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 160-165.

- Moore, A. & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness & Cognition, 18*, 176-186.
- Moses, E. B., & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 146-150.
- Myers, K. M. & Davies, M. (2002). Behavioral and neural analysis of extinction. *Neuron, 36*, 567-584.
- Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G., & McQuillan, A. (2010). Assessment of mindfulness with the French version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in community and borderline personality disorder samples. *Assessment, 17*, 197-205.
- Norman, D. A., & Shallice, T. (1986). Attention to action : Willed and automatic control of behavior. In R. J. Davidson, G. E. Schwartz, & D. Shapiro (Éds), *Consciousness and self regulation : Advances in research* (pp. 1-18). New York : Plenum Press.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioural therapies : A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 296-321.
- Philippot, P. (2007). *Émotion et psychothérapie*. Wavre : Editions Mardaga.
- Philippot, P., Baeyens, C., & Douilliez, C. (2006). Specifying emotional information : Regulation of emotional intensity via executive processes. *Emotion, 6*, 60-571.
- Philippot, P., Nef, F., Clauw, L., de Romrée, M., & Segal, Z. (soumis). *A randomized controlled trial of mindfulness based cognitive therapy for treating tinnitus*. Manuscrit soumis pour publication.
- Philippot, P., Neumann, A., & Vrielynck, N. (2007). Emotion information processing and affect regulation : Specificity matters! In M. Vandekerckhove *et al.* (Éds), *Regulating emotions : Social necessity and biological inheritance*. London/New York : Blackwell Publisher.
- Philippot, P., & Segal, Z. (2009). Mindfulness based psychological interventions : Developing emotional awareness for better being. *Journal of Consciousness Studies, 16*, 285-306.
- Philippot, P., & Van Broeck, N. (2006). La psychothérapie à la croisée des chemins : Recherche, évaluation et formation. *Acta Psychiatrica Belgica, 106*, 99-104.
- Pishyar, R., Harris, L. M., & Menzies, R. G. (2004). Attentional bias for words and faces in social anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping, 17*, 23-36.
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2001). Effective problem solving in suicide attempters

depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 386-396.

Posner, M. I. (1980). Orienting of attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32, 3-25.

Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1992). Attentional mechanisms and conscious experience. In A. D. Milner & M. D. Rugg (Éds), *The neuropsychology of consciousness* (pp. 91-111). Toronto : Academic Press.

Randolph, P. D., Caldera, Y. M., Tacone, A. M., & Greak, M. L. (1999). The long-term combined effect of medical treatment and mindfulness behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas. *Pain Digest*, 9, 103-112.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness : A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10, 172-178.

See, J., MacLeod, C., & Bridle, R. (2009). The reduction of anxiety vulnerability through the modification of attentional bias : A real-world study using a home-based cognitive bias modification procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 65-75.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for dépression : A new approach to preventing relapse*. New York : Guilford Press. Traduction francophone : *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*, 2006, Louvain-Neuve, Belgique: De Boeck. Semple, R. J., Reid, E. F. G., & Miller, L. F. (2005).

Treating anxiety with mindfulness : An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quaterly*, 19, 379-392.

Semple, R. J., Lee, J., & Miller, L. F. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for children. In R. A. Baer (Éd.), *Mindfulness-based treatment approaches : Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 143-166). Burlington, USA : Elsevier Academic Press.

Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer : An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 85-91.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of

mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 139, 267-274.

Smith, A. (2006). "Like waking up from a dream" : Mindfulness training for older people with anxiety and depression. In R. A. Baer (Éd.), *Mindfulness-based treatment approaches : Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 191-215). Burlington : Elsevier Academic Press.

Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial : The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.

Stewart, T. M. (2004). Light on body image treatment : Acceptance through mindfulness. *Behavior Modification*, 28, 783-811.

Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan Y., Feng, S., Lu, Q., *et al.* (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104, 17152-17156.

Teasdale, J. D. (2004, September). *Mindfulness and the Third Wave of cognitive-behavioural therapies*. Keynote address at the 34th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Manchester, UK.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.

Thompson, M., & Gauntlette-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents : Effective clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 395-407.

Van der Linden, M., Meulemans, T., Seron, X., Coyette, F., Andrès, P., & Prairial, C. (2000).

L'évaluation des fonctions exécutives. In X. Seron & M. Van der Linden (Éds), *Traité de neuropsychologie clinique : Tome 1*. Marseille, France : Editions Solal.

Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1037-1052.

Wells, A. (2002). GAD, metacognition and mindfulness : An information processing analysis. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9, 95-100.

Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellnessbased mindfulness stress reduction intervention : A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15, 422-432.

Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. C. Rubin (Éd.), *Remembering our past : Studies in autobiographical memories* (pp. 244-267). Cambridge, England : Cambridge University Press.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.

Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2009). *Mindfulness for two : An acceptance and commitment approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.

Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol use disorders : The meditative tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 211-230.

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

Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N.L., Hale, T. S., et al. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 737-746.

RÉSUMÉ

Dernièrement, beaucoup d'attention a été portée à la notion de pleine conscience. Cette notion est au coeur des changements qui sont actuellement observés dans le champ de la psychothérapie. Le présent article passe en revue les modèles théoriques et les recherches empiriques investiguant la pertinence clinique de la pleine conscience. Ce construit théorique est d'abord défini. Puis, l'approche métacognitive proposée par Bishop *et al.* (2004) est discutée. Ensuite, les procédures d'interventions psychologiques basées sur la pleine conscience sont décrites. De même, les domaines d'efficacité de cette approche et les processus de changement qu'elle implique sont examinés. Un point est alors consacré à l'évaluation de cette capacité puis les spécificités d'utilisation de cette approche sont présentées. Enfin, des suggestions de recherches futures concernant les mécanismes de changement impliqués dans la pleine conscience sont émises.

MOTS CLÉS

pleine conscience, régulation des émotions, intervention transdiagnostique, processus de changement psychologique

ABSTRACT

Lately, the mindfulness construct has received much attention. This notion is at the heart of current debates on psychological interventions. The present paper reviews conceptual approaches to mindfulness and empirical research of the utility on mindfulness-based interventions. First, the theoretical construct of mindfulness is examined. The two-component metacognitive approach proposed by Bishop *et al.* (2004) is discussed. Then, mindfulnessbased interventions are described. Issues regarding clinical indications and mechanisms of action underlying mindfulness-based interventions are examined. A point is also dedicated to the assessment of mindfulness. Finally, the specificity of mindfulness-based interventions is discussed. Suggestions for future directions in the study of mechanisms involved in mindfulness are discussed.

KEYWORDS

mindfulness, emotion regulation, transdiagnostic interventions, psychological change processes