



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SciVerse ScienceDirect

Pratiques psychologiques xxx (2012) xxx–xxx

Pratiques  
psychologiques

[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

Dossier

# Les effets de la *mindfulness* et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience

*Effects of mindfulness and of mindfulness intervention*

Antonia Csillik<sup>1,\*</sup>, Nordine Tafticht<sup>2</sup>

Laboratoire de psychologie clinique Evaclypsy, université Paris-Ouest Nanterre-La-Défense, 200, avenue de la République, 92001 Nanterre cedex, France

Reçu le 20 janvier 2012 ; accepté le 9 février 2012

## Résumé

Depuis plus de vingt ans, un concept psychologique connaît un intérêt croissant dans les sciences humaines : il s'agit de la *mindfulness*, qui désigne la faculté d'attention et de conscience à l'expérience présente. Jusqu'à récemment, le concept de *mindfulness* a été assimilé, voire confondu avec les pratiques de méditation. Selon Brown et Ryan (2003), la *mindfulness* est une capacité innée présente chez tous les individus à des degrés divers, qui a montré une utilité conceptuelle et empirique, dans des études portant sur le bien-être psychologique, la santé physique, le travail et le sport, et dans le domaine des relations interpersonnelles. L'objet de cet article est de présenter ce concept psychologique, ainsi que les résultats des études portant sur les effets de cet attribut sur le bien-être et la régulation émotionnelle et du comportement. Nous nous proposons également de présenter et analyser les principales interventions thérapeutiques s'appuyant sur ce concept ainsi que leurs effets principaux. En effet, plusieurs méta-analyses portant sur l'efficacité de ces interventions montrent des tailles d'effet modérées, voire importantes, de ce type de prise en charge sur les symptômes de la dépression et de l'anxiété (Hofmann et al., 2010). Enfin, nous proposons des orientations pour des futures recherches portant sur cet attribut.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de psychologie.

**Mots clés :** *Mindfulness* ; Bien-être ; Régulation émotionnelle ; Gestion du stress ; Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [acsillik@u-paris10.fr](mailto:acsillik@u-paris10.fr) (A. Csillik).

<sup>1</sup> Maître de conférences de psychologie clinique.

<sup>2</sup> Psychologue clinicien.

## Abstract

A growing interest in the human sciences has emerged in the last twenty years with respect to mindfulness. Until recently, there were confusions of the concept of mindfulness with the meditation practices. According to Brown and Ryan (2003), mindfulness is an innate tendency of all individuals, present at different degrees, that demonstrated both conceptual and empirical utility in the last years, in studies on psychological well-being, physical health, work and sport performance, and the field of the interpersonal relationships. The object of this article is to present this psychological concept as well as the results of the studies relating to the effects of this attribute on well-being and on emotional and behavioural regulation. In the second part of the article, we present a review of the literature of the principal therapeutic interventions based on mindfulness. Several meta-analyses show moderate to important effect sizes of this type of approach on the symptoms of depression and anxiety (Hofmann et al., 2010). Lastly, we propose orientations for future research on mindfulness and on related interventions.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société française de psychologie.

*Keywords:* Mindfulness; Well-being; Emotional regulation; Stress reduction; Mindfulness-Based Cognitive Therapy

## 1. Que signifie être *mindful* et la *mindfulness* ?

Depuis plus d'une vingtaine d'années déjà, un concept connaît un intérêt croissant dans les sciences humaines : il s'agit de la *mindfulness*, qui désigne la faculté d'attention et de conscience à l'expérience présente. À l'origine, ce concept s'enracine dans le bouddhisme et d'autres traditions spirituelles et philosophiques, où l'attention portée au moment présent et la conscience sont activement cultivées. En effet, l'attention et la conscience du moment présent ou la pleine conscience (terme souvent employé, qui ne couvre cependant pas la complexité de la définition du concept) a été un élément central dans un certain nombre d'écoles de pensée philosophiques ; cependant, seulement depuis ces vingt dernières années, la *mindfulness* et ses effets ont fait l'objet d'études scientifiques. Plusieurs modèles théoriques de la *mindfulness* ont été proposés (Bishop et al., 2004 ; Brown et al., 2007a, b ; Brown et Ryan, 2003, 2004 ; Kabat-Zinn, 1990 ; Shapiro et al., 2006). Les définitions du concept de *mindfulness* varient beaucoup d'un auteur à l'autre et il n'y a pas de réel consensus à ce jour. La signification donnée à ce concept par les cliniciens et les chercheurs a été influencée souvent par les approches cliniques l'utilisant. Les définitions et descriptions de la *mindfulness* diffèrent donc considérablement dans la littérature, à la fois de point de vue théorique et d'opérationnalisation du concept (Brown et al., 2007a, b ; Hayes et Wilson, 2003). À titre d'exemple, la *mindfulness* a été définie en termes de capacités d'autorégulation (Brown et Ryan, 2003), d'acceptation (Linehan, 1993), et de capacité méta-cognitive (Bishop et al., 2004).

La définition la plus utilisée de la *mindfulness* comme « un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment » a été introduite par Kabat-Zinn (1990), pour décrire son programme thérapeutique de réduction du stress (la MBSR). En revanche, d'autres approches (par exemple, Brown et Ryan, 2003, 2004) se sont intéressées à la nature et les formes de la *mindfulness*, que ça soit dans un cadre d'une thérapie spécifique ou indépendamment de celles-ci, comme une compétence psychologique à part entière. Brown et Ryan (2003) ont donné une définition plus opérationnelle et plus empirique à ce concept, qui est plus adaptée à la culture occidentale. Selon ces auteurs, la pleine conscience se réfère à une attention réceptive et à la

conscience des événements et expériences présentes. En raison de la richesse de cette définition ainsi que de nombreuses études empiriques utilisant ce modèle, nous avons choisi d'envisager et de présenter notamment ce modèle. Cette définition de la *mindfulness* implique une capacité d'acceptation de ce qui se passe au moment présent. Une telle aptitude implique de « prendre les choses telles qu'elles viennent ».

La *mindfulness* fait référence tant aux données sensorio-motrices (par exemple, ce que la personne entend, voit etc.), cognitives (les cognitions et images mentales) et émotionnelles. Il est donc important de noter que cette capacité d'attention et de conscience se réfère à tous les événements et expériences du moment présent, à la fois en lien avec les stimuli internes et externes (Brown et Ryan, 2003). La *mindfulness* se réfère à la capacité d'une personne à percevoir la situation au moment où elle se présente et telle qu'elle se présente. Être *mindful* implique donc d'entreprendre un examen précis et minutieux de tout ce qui se passe, en se délestant de tout préjugé ; ceci implique un engagement actif et non une résignation passive (Baer et al., 2006). Cette attitude implique également une attitude de non-jugement qui consiste à explorer et accepter toutes les aspects de l'expérience présente. La *mindfulness* permet donc de vivre pleinement l'instant présent. Il ne s'agit cependant pas de « vivre pour le présent » de manière purement hédonique, mais de vivre « dans le présent » sans penser à ce que l'on va faire plus tard, ni aux événements passés.

L'étude de la *mindfulness* a été intégrée au champ de recherche de la psychologie positive, et notamment à l'axe d'étude qui fait référence à toutes les expériences subjectives ressenties comme positives par l'individu, telles que le bien-être, le contentement et la satisfaction de vie, la joie et « l'expérience optimale ». L'objectif de Seligman et Csikszentmihalyi, fondateurs du courant de psychologie positive, consistait à rassembler et organiser sous une seule et même bannière les divers travaux relatifs à l'épanouissement individuel afin de pouvoir initier les recherches à venir dans ce domaine (Bernard et al., 2011). En effet, par ses bases humanistes, la psychologie positive se fonde sur l'idée que l'être humain a une tendance innée à un développement et à un fonctionnement optimal, c'est-à-dire à l'actualisation de son propre potentiel. Ces capacités inhérentes vers le développement optimal peuvent cependant être contrecarrés par des facteurs socioculturels. En tant que ressource individuelle innée, la *mindfulness* est donc présente chez tous les individus à des degrés variables, d'où l'intérêt de son intégration au champ d'étude de cette nouvelle approche.

Jusqu'à récemment, le concept de *mindfulness* a été assimilé, voire confondu, avec les pratiques de méditation. En effet, ces dernières peuvent s'avérer être un moyen efficace pour augmenter cette capacité. Cependant, la *mindfulness* n'est pas simplement un résultat de la méditation. Selon Brown et Ryan (2003), la *mindfulness* est une capacité naturelle, inhérente de l'organisme humain ; il s'agit d'une capacité innée présente chez tous les individus à des degrés divers. Dans cette direction, plusieurs études (Brown et Ryan, 2003 ; Carlson et Brown, 2005) ont montré que des personnes issues de la population générale, n'ayant aucune expérience de méditation, diffèrent considérablement dans leur disposition à la pleine conscience. De plus, ces études ont montré que ces différences naturelles ont des conséquences significatives au niveau de l'autorégulation et du bien-être psychologique.

Il est donc important de noter que cette capacité innée peut être stimulée et cultivée par des pratiques autres que la méditation. À titre d'exemple, il existe une variété de formes de psychothérapie dont principalement la thérapie cognitive, qui peuvent faciliter une attention et une conscience ouvertes ou réceptives aux événements et à l'expérience psychologiques et/ou comportementaux présents, qui seront présentées dans la seconde partie de cet article.

## 2. La disposition à la *mindfulness* et l'état de *mindfulness*

Selon Brown et Ryan (2003), les individus diffèrent dans leur propension ou disposition à être conscients et maintenir de façon soutenue leur attention à ce qui se produit dans le présent. Cette capacité varie donc chez les personnes en fonction de certains facteurs qui facilitent ou au contraire, qui vont en empêcher son apparition. Il existe donc des variations inter- et intra-individuelles dans cette capacité. Brown et Ryan (2003) ont mis en évidence et opérationnalisé deux formes de *mindfulness* : trait et état. La *mindfulness*-trait se réfère à des différences interindividuelles stables dans la propension à faire attention et porter sa conscience au moment présent. La *mindfulness*-état concerne des fluctuations systématiques autour du niveau moyen de *mindfulness* d'une personne. Ces auteurs (Brown et Ryan, 2003) ont mesuré les liens entre la *mindfulness*-état et trait et ont évalué leurs effets sur l'autonomie et le bien-être émotionnel. Les résultats de cette étude montrent que la *mindfulness*-état et trait sont conceptuellement et statistiquement indépendantes. Dans cette même étude, la mesure de la *mindfulness*-état a prédit plus d'autonomie, des affects positifs et moins d'affects négatifs. Quand les individus sont plus attentifs aux activités dans lesquelles ils sont engagés, ils sont également enclins à éprouver ces activités comme étant autonomes ( $t = 10,71, p < 0,0001$ ) et d'éprouver des degrés plus élevés d'émotions positives. Les effets de la *mindfulness*-trait et de la *mindfulness*-état sont indépendants ; c'est-à-dire, avoir la disposition d'être conscient a des effets salutaires sur l'autorégulation et sur le bien-être émotionnel, comme a d'ailleurs la *mindfulness*-état. Cependant, les effets de la *mindfulness*-état sont plus importants que ceux pour la mesure de la *mindfulness*-trait (peut-être en raison de la proximité temporelle de la mesure de *mindfulness*-état au niveau des résultats étudiés). Bien que les effets de la *mindfulness*-état et trait sur une expérience momentanée soient indépendants, les deux mesures sont corrélées : la probabilité d'être momentanément conscient est plus importante parmi les personnes ayant des scores élevés en *mindfulness*-trait.

## 3. Utilité conceptuelle et empirique de la *mindfulness*

La *mindfulness* et particulièrement la *mindfulness*-trait a démontré une utilité conceptuelle et empirique dans des études portant sur le bien-être psychologique, la santé physique, le travail et le sport, et dans le domaine des relations interpersonnelles (Brown et Ryan, 2003). Des études récentes montrent le rôle protecteur de la *mindfulness* contre les effets néfastes des événements de vie difficiles. Cette capacité est en lien et prédit une variété d'indicateurs de santé mentale et de bien-être. Ainsi, la *mindfulness* est associée à une tendance plus faible à ressentir et percevoir les événements de vie comme stressants (Weinstein et al., 2009). Weinstein et al. ont trouvé que la *mindfulness* a prédit des niveaux plus faibles de stress perçu, moins de stratégies d'évitement et moins d'anxiété. La *mindfulness* conduit donc à une diminution de l'anxiété par une régulation plus efficace du stress ; la *mindfulness* conduit au bien-être, et s'associe à des niveaux plus faibles de symptômes psychopathologiques et des niveaux plus élevés d'expériences psychologiques positives. De plus, la *mindfulness* permet de vivre un moment de la façon la plus exacte, en se concentrant sur les perceptions et non sur les idées préconçues (Brown et al., 2007a, b). Cette capacité facilite des modes de réponse plus adaptatifs aux événements et aide à minimiser les comportements automatiques. Un niveau faible de *mindfulness* est associé à des symptômes dépressifs et à des attitudes non-adaptatives ; en revanche, cette attention portée au moment présent est associée à un fort niveau d'optimisme et d'estime de soi (Brown et Ryan, 2003).

Des études longitudinales portant sur la *mindfulness* (état et trait), ainsi que les études portant sur les interventions thérapeutiques basées sur la *mindfulness*, montrent l'influence positive de cet attribut sur la régulation émotionnelle. Ainsi, la *mindfulness* est associée à plus d'affects positifs et à des niveaux plus faibles d'affects négatifs et de dysfonctionnements émotionnels, tels que des symptômes dépressifs, l'anxiété et le stress ; elle est aussi corrélée positivement à des indicateurs de santé mentale incluant la satisfaction de vie et le bien-être (Brown et Ryan, 2003 ; Carlson et Brown, 2005 ; Lau et al., 2006).

D'autres études ont mis en évidence des corrélations négatives entre la *mindfulness* et des troubles psychopathologiques tels que l'alexithymie et l'anxiété généralisée (Baer et al., 2006). De même, il a été montré que la *mindfulness* était négativement corrélée au névrosisme et positivement à l'extraversion (Brown et Ryan, 2003) ; Des études montrent qu'un niveau de névrosisme faible et d'extraversion élevée sont associés à un haut niveau de bien-être affectif.

De surcroît, la disposition à la *mindfulness*, ainsi que les interventions qui ont comme objectif son augmentation, ont été associées à moins de rumination, d'impulsivité, et de passivité de la pensée (Baer et al., 2006 ; Brown et Ryan, 2003 ; Cardaciotto et al., 2008). La *mindfulness* a été corrélée positivement aux stratégies de régulation émotionnelles adaptatives, tels que l'acceptation et l'abandon de pensées négatives, une capacité de compréhension accrue et un développement des aptitudes permettant de repérer et de corriger les ressentis déplaisants (Baer et al., 2006 ; Brown et Ryan, 2003). La nature adaptative de l'acceptation des expériences émotionnelles est confirmée par les données de recherche qui montrent qu'il est plus adaptatif d'éprouver ou d'exprimer une émotion, plutôt que de changer sa trajectoire, en l'inhibant (Barrett et Gross, 2001).

Plusieurs études (Barnes et al., 2007 ; Wachs et Córdova, 2007 ; Arch et Craske, 2006) montrent que la *mindfulness* exerce un effet salutaire sur le contenu émotionnel, en réduisant la réactivité émotive négative aux stimulus perturbateurs. Il a été également montré que la *mindfulness* peut faciliter le rétablissement après un événement perturbateur (négatif). Ainsi, Broderick (2005) a montré qu'après l'induction expérimentale d'un état de tristesse, les sujets se trouvant dans la condition d'induction de la *mindfulness* ont fait preuve d'un rétablissement émotionnel plus rapide en comparaison avec les sujets se trouvant dans une condition expérimentale d'induction des états de distraction et de rumination. Ces résultats sont prometteurs pour la recherche en psychologie clinique car ils suggèrent que la *mindfulness* confère des moyens adaptatifs pour faire face aux émotions difficiles et négatives.

Enfin, la *mindfulness* permet une meilleure régulation du comportement (Brown et Ryan, 2003 ; Ryan, 2005) ; cet attribut facilite une régulation plus adaptative et efficace des actions, en rendant les réponses plus flexibles, adaptées à la situation et atténuant les réactions et comportements automatiques et impulsifs (Bishop et al., 2004 ; Ryan et Deci, 2004). Ainsi, la *mindfulness* permet une autorégulation plus autonome et un développement du sentiment d'être en accord avec ses actions, celles-ci étant reconnues comme intrinsèques à sa volonté. De plus, la *mindfulness* permet de vivre un moment de façon plus exacte, en se concentrant sur les perceptions et non sur les idées préconçues (Brown et al., 2007a, b).

#### 4. Instruments d'évaluation de la *mindfulness*

Différentes échelles d'évaluation de la *mindfulness* existent à cette date. Nous allons présenter notamment les mesures les plus utilisées actuellement dans la recherche sur la *mindfulness* et qui présentent de bonnes qualités psychométriques.

#### 4.1. *Le Five Facet Mindfulness Questionnaire*

Le Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), composé de 39 items qui est utilisé pour évaluer cinq composantes de la pleine conscience (Baer et al., 2006, 2008) : 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. Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires confirment l'existence de ces cinq facteurs. L'échelle présente une bonne consistance interne globale, ainsi que pour chacun des facteurs. Une adaptation et validation francophone du FFMQ a été réalisée auprès d'une population non-clinique, n'ayant jamais bénéficié d'interventions basées sur la *mindfulness* ou de pratiques méditatives (Heeren et al., soumis pour publication). Cette échelle montre de bons indices de consistance interne (alpha de Cronbach allant de 0,77 à 0,89). Les résultats des analyses confirmatoires sont congruents avec le modèle en cinq facteurs de la version d'origine.

#### 4.2. *Le Mindfulness/Mindlessness Scale*

Le Mindfulness/Mindlessness Scale (MMS ; Bodner et Langer, 2001) mesure à travers ses 21 items des différences individuelles dans la propension pour la pleine conscience à travers quatre composantes : la flexibilité, recherche de nouveauté, la créativité et l'engagement (alpha de Cronbach de 0,54, 0,83, 0,63, et 0,74). À notre connaissance, aucune adaptation francophone de cette échelle n'a été réalisée.

#### 4.3. *La Philadelphia Mindfulness Scale*

La Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) de Cardaciotto et al. (2008) est une mesure bidimensionnelle de la *mindfulness* qui évalue deux de ses composantes : la conscience du moment présent et l'acceptation. L'échelle est composée de 20 items et montre une bonne consistance interne. Les résultats des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires sont congruents avec le modèle en deux facteurs, qui correspondent aux deux composantes de la *mindfulness*. Aucune adaptation et validation francophone ne sont connues à ce jour.

#### 4.4. *Le Toronto Mindfulness Scale*

Le Toronto Mindfulness Scale (TMS ; Lau et al., 2006) évalue l'état de conscience des pensées, des sentiments, des sensations corporelles, ainsi que les attitudes d'observation (curiosité, acceptation, ouverture) et ceci après un exercice de pleine conscience. L'échelle est composée de 13-item, avec une structure bifactorielle (curiosité et décentration) et a été validée notamment dans de contextes cliniques. Aucune adaptation et validation francophone n'est connue à ce jour.

#### 4.5. *La Mindful Attention Awareness Scale*

La Mindful Attention Awareness Scale (MAAS ; Brown et Ryan, 2003) est l'une des mesures de la *mindfulness* les plus utilisées, qui a montré de très bonnes propriétés psychométriques. Le MAAS est le seul instrument d'auto-évaluation unidimensionnel qui mesure spécifiquement la *mindfulness* lors d'activités de la vie quotidienne (à la fois externes et internes). Dans sa version originale, elle est composée de 15 items, cotés sur une échelle de Likert en six points allant de « presque toujours » à « presque jamais ». Les mesures auprès de différents échantillons



(étudiants, adultes issus de la population générale et clinique) montrent une bonne cohérence interne de l'échelle (alpha de Cronbach de 0,82 auprès des étudiants, de 0,87 pour les adultes et respectivement de 0,87 pour des malades atteints de cancer). La fidélité test-retest (intervalle de quatre semaines) est bonne (0,81,  $p < 0,0001$ ). La moyenne des items reflète le niveau de disponibilité à la pleine conscience.

La validation française de la MAAS est récente (Csillik et al., 2010). La traduction de l'échelle a suivi une méthodologie transculturelle, les différences entre version originale et contre-traduction ayant été discutées avec les auteurs de la version d'origine. Les différences culturelles notamment dans les habitudes alimentaires ont été prises en compte pour adapter au mieux l'outil. La consistance interne est très satisfaisante (alpha de Cronbach = 0,82). La validité de construit a été évaluée grâce à une analyse factorielle exploratoire, puis confirmatoire. Le modèle à un facteur reste valide, ce facteur expliquant 33,6 % de la variance. La validité convergente a été mesurée à travers les corrélations positives avec les traits de personnalité tels que la stabilité émotionnelle, la conscience et l'ouverture d'esprit, ainsi qu'avec l'optimisme, la satisfaction de la vie et l'estime de soi. À l'inverse, la MAAS est négativement corrélée aux symptômes dépressifs. Cela corrobore les résultats rapportés par les études de validation de la version originale (Brown et Ryan, 2003). Une échelle d'évaluation de la *mindfulness-état* composée de cinq items de la MAAS originale (en 15 items) a été également créée et validée (Brown et Ryan, 2003). Les cinq items sélectionnés ont été choisis pour leur généralité suffisante afin de s'appliquer à une multitude de situations. La consistance interne de la version américaine de cette échelle est très bonne (alpha de Cronbach = 0,92). L'échelle est en cours de validation sur une population française.

## 5. Application clinique du concept : thérapies basées sur la *mindfulness*

La *mindfulness* est intégrée dans différentes formes de psychothérapies, comme la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* [MBCT]) ou l'entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Stress Reduction* [MBSR]). D'autres interventions font référence à la pleine conscience, en l'intégrant à d'autres formes de psychothérapies, comme par exemple la psychothérapie positive de Seligman et al. (2005), la thérapie dialectique de M. Linehan, ou la thérapie ACT (*Acceptance and commitment therapy*).

En occident, l'un des premiers promoteurs de la pleine conscience et de son utilisation à des fins thérapeutiques a été Jon Kabat-Zinn. Celui-ci s'est concentré sur l'intérêt de la pratique de la pleine conscience dans la gestion du stress, de l'anxiété, et de la douleur. Celui-ci a ainsi développé à partir de 1979, à la clinique du stress du centre hospitalier du Massachusetts, un programme qui amène les participants à se focaliser sur l'acquisition progressive des capacités d'attention sur leurs états affectifs, leurs pensées, et leurs sensations physiques. Ce programme, appelé « gestion du stress basée sur la pleine conscience » (MBSR) a pour principal objectif d'apprendre aux participants à se décentrer par rapport à leurs émotions. Les séances de groupe hebdomadaires durent en moyenne deux heures trente, les patients se voyant remettre en plus des exercices d'une durée allant de 30 à 60 minutes à pratiquer quotidiennement. Chaque séance couvre certains exercices qui sont examinés au travers du concept de pleine conscience : la dégustation en pleine conscience qui consiste pour les participants à porter leur attention et leurs sens sur le fait de consommer un aliment (comportement qui est le plus souvent effectué de façon mécanique), la marche en pleine conscience qui conduit à une prise de conscience des sensations qui accompagnent le mouvement, les exercices de respiration utilisés dans le but d'apprendre à se concentrer sur soi-même, le balayage corporel qui amène à une prise de conscience des sensations corporelles, ainsi

que certains exercices de posture et de respiration issues du hatha-yoga qui vont permettre de mieux identifier la nature de ces sensations (douleur, tension, relâchement, etc.).

L'idée d'une application et d'une adaptation des techniques issues de la pleine conscience en complément de la thérapie cognitive de la dépression a plus récemment été développée. Cette approche s'appuie sur le postulat qu'un phénomène de réactivité cognitive accrue chez certains individus expliquerait les mécanismes de la rechute dépressive. Selon cette hypothèse, la réactivation progressive d'un réseau d'émotions et de pensées négatives au cours du temps va contribuer à la rechute dépressive, à une augmentation des ruminations négatives, et plus globalement à la chronicisation de la dépression. Ainsi, [Lau et al. \(2004\)](#) ont pu confirmer ce modèle, en montrant que des patients n'étant plus dépressifs pouvaient réactiver leur mode de pensée dysfonctionnel après l'induction d'une émotion triste, soulignant de cette manière l'intérêt de la pleine conscience (en particulier des activités de décentration) dans la prévention de ces rechutes.

[Segal et al. \(2002\)](#) ont ainsi développé et validé une prise en charge permettant spécifiquement de prévenir la rechute dépressive : « la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience » (MBCT), qui intègre à la thérapie cognitive de la dépression de Beck ([Beck et al., 1979](#)) des composantes du programme MBSR de [Kabat-Zinn \(1990\)](#). Afin de tester l'efficacité de cette prise en charge, ils ont développé un protocole de huit séances de deux heures chacune ([Safran et Segal, 1990](#) ; [Segal et al., 2002](#)). L'objectif est ici d'atténuer la réactivité cognitive et son impact sur la dépression ([Raes et al., 2009](#)), notamment en apprenant aux patients à identifier les moments de détérioration de leur humeur et en les entraînant à mieux appréhender les ruminations à travers des exercices de concentration et de méditation. Le patient va alors se confronter et s'exposer au moment présent lorsqu'une émotion négative fait irruption plutôt que d'encourager le cercle vicieux de la rechute dépressive en tentant de lutter contre ces états internes. Le patient va alors apprendre, par la pratique de différents exercices (le balayage corporel, les mouvements en pleine conscience, la respiration en pleine conscience, etc.), à reconnaître ses pensées et ses émotions comme des événements passagers plutôt que comme un reflet de la réalité. Sur le long terme, la pratique continue de la pleine conscience va ainsi permettre aux patients de disposer de stratégies efficaces afin de prévenir la chronicisation de la dépression. Il est important de noter que ce programme semble plus indiqué pour les patients en rémission d'un trouble dépressif, les ruminations négatives et les difficultés de concentration au cours du trouble étant trop importantes pour la pratique des exercices.

Les interventions psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience ont récemment fait l'objet d'une intégration au sein de différentes formes de thérapies dites de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales, qui se développe actuellement dans le domaine des interventions thérapeutiques validées empiriquement. Ces nouvelles approches allouent une importance primordiale aux processus émotionnels, à la reconnaissance et l'exploration active des émotions ([Baer, 2003](#) ; [Hayes et al., 2004](#)).

Parmi ces thérapies, nous pouvons citer la psychothérapie positive de [Seligman et al. \(2005\)](#), la thérapie d'acceptation et d'engagement de [Hayes \(1999\)](#), ou encore la thérapie comportementale dialectique de [Linehan \(1993\)](#). Si les deux premières peuvent être appliquées à une large gamme de situations, la thérapie comportementale dialectique a quant à elle été spécifiquement développée dans le cadre de la prise en charge du trouble borderline. Bien que ces approches diffèrent dans leur contenu et leurs applications, les capacités de pleine conscience sont encouragées chez les sujets afin de favoriser les processus d'acceptation et de décentration, ainsi que les capacités de régulation émotionnelle et de tolérance à la frustration. Il reste cependant difficile d'évaluer empiriquement l'apport de la pleine conscience au niveau de ces approches, l'efficacité des interventions ne pouvant être attribuée à cette seule composante de la prise en charge.



## 6. Efficacité des approches basées sur la pleine conscience

Plusieurs revues de la littérature ont été récemment publiées en langue française (Berghmans et al., 2009, 2010), celles-ci ayant notamment comme objectif de présenter les effets de la méditation « comme un outil thérapeutique additionnel et complémentaire pouvant aider les cliniciens » (Berghmans et al., 2009, p. 121). Cependant, les très récentes études et méta-analyses ayant porté sur les programmes MBSR et MBCT nous permettent de nous faire une idée plus précise de l'efficacité de ces approches. L'objet de cette partie sera ainsi de présenter, à la lumière des dernières données disponibles, l'efficacité et les récentes applications de ces deux approches auprès des différentes populations cliniques.

Comme nous l'avons évoqué, le programme MBSR a principalement été développé dans l'objectif de mieux prendre en charge les problématiques liées au stress, à l'anxiété, et à la douleur. Ainsi, Kabat-Zinn et al. ont pu montrer l'efficacité de ce programme auprès de patients souffrant de trouble anxieux généralisé ou de trouble panique (Kabat-Zinn et al., 1992), de douleurs chroniques (Kabat-Zinn et al., 1986), ou encore d'atteintes somatiques telles que le psoriasis (Kabat-Zinn et al., 1998). D'autres recherches ont aussi pu montrer les effets psychologiques et physiologiques positifs de ce programme auprès de patients atteints de cancer (Smith et al., 2005) ou atteints du VIH (Robinson et al., 2003). Concernant les sujets issus de la population générale, la méta-analyse de Chiesa et Serretti (2009), qui porte sur un total de dix études, a permis de comparer l'efficacité du programme MBSR et d'un entraînement à la relaxation. Les données ont révélé une efficacité équivalente de ces deux prises en charge au niveau de la réduction du stress et de l'anxiété, ainsi qu'un effet plus important de la MBSR au niveau de la réduction des ruminations négatives.

Une méta-analyse récente, portant sur huit études mettant en place un programme MBSR auprès de patients souffrant de troubles somatiques chroniques, a révélé des tailles d'effet de 0,26 pour les symptômes dépressifs et de 0,47 pour les symptômes anxieux (Bohlmeijer et al., 2010). Une autre méta-analyse, portant sur 39 études mettant en place un programme MBSR ou MBCT auprès de diverses populations (souffrant de troubles somatiques ou psychiatriques), montre un effet significatif de ce type de prise en charge sur les symptômes de la dépression et de l'anxiété, avec des tailles d'effet de 0,63 pour les symptômes anxieux et de 0,59 pour les symptômes dépressifs (Hofmann et al., 2010). Les données confirment cependant l'idée que la MBCT semble avoir un effet plus spécifique à la fois sur la dépression ( $g = 0,85$  contre  $g = 0,49$  pour la MBSR) et sur l'anxiété ( $g = 0,79$  contre  $g = 0,55$  pour la MBSR)<sup>3</sup>.

Dans l'optique d'une évaluation plus ciblée des effets de la pleine conscience pour ces troubles, une première étude contrôlée portant sur 145 sujets a permis de confirmer la validité du programme MBCT dans la prévention des rechutes dépressives. En effet, parmi les patients ayant connus plus de trois épisodes dépressifs, seul 37 % de ceux suivant le programme MBCT ont connu une rechute dépressive au bout d'une année, contre 66 % pour les patients suivant le traitement habituel (Teasdale et al., 2000). Cependant, la MBCT n'a pas réduit les taux de rechute chez les patients n'ayant connu que deux épisodes dépressifs, ce qui semble confirmer l'idée que le programme est spécifiquement adapté pour les dépressifs chroniques. De nombreuses études ont par la suite confirmé ces premiers résultats auprès de dépressifs chroniques, tant au niveau de la diminution des taux de rechute (Godfrin et Van Heeringen, 2010 ; Ma et Teasdale, 2004) que de l'allongement de la durée entre ces rechutes (Bondolfi et al., 2010).

<sup>3</sup> Le  $g$  de Hedges, qui est une variante du  $d$  de Cohen, permet de réduire les risques de biais que l'on retrouve lorsque les tailles d'échantillon sont réduites (Hedges et Olkin, 1985).

Contrairement aux méta-analyses précédemment abordées, la méta-analyse de Chiesa et Serretti (2011) s'est portée exclusivement sur le programme MBCT auprès de sujets dépressifs chroniques. Celle-ci a notamment permis de rendre compte de l'efficacité de ce programme dans la prévention de la rechute dépressive, mais a aussi souligné ses effets sur les symptômes résiduels de la dépression et de l'anxiété. En effet, les auteurs ont révélé que la participation au programme MBCT en plus du traitement courant était plus efficace que le traitement courant seul dans la réduction des symptômes dépressifs et anxieux résiduels, les effets étant significatifs tant au niveau de l'inventaire de dépression de Beck pour les sujets dépressifs chroniques (WMD = -10,28,  $p = 0,003$ )<sup>4</sup>, qu'au niveau de l'inventaire d'anxiété de Beck pour les sujets souffrant de trouble bipolaire (WMD = -13,80,  $p = 0,004$ ), de trouble anxieux généralisé ou de trouble panique (WMD = -5,1,  $p = 0,002$ ).

Bien qu'ayant été développé et validé dans la prévention des rechutes dépressives chez les patients en rémission d'un trouble dépressif majeur unipolaire, les applications du programme MBCT se sont récemment étendues à d'autres troubles. Kim et al. (2010) ont ainsi récemment conduit une étude pilote portant sur 23 patients souffrant de trouble panique. Ils ont pu mettre en évidence les effets du programme MBCT sur l'anxiété et les attaques de panique, ceux-ci étant significatifs dès les premières semaines de la prise en charge. Deux études pilotes ont porté sur des sujets en rémission d'un trouble bipolaire, et ont mis en évidence la faisabilité d'une prise en charge MBCT dans la prévention des rechutes thymiques chez ce type de patients (Mirabel-Sarron et al., 2009 ; Weber et al., 2010).

## 7. Conclusion

L'actuel domaine de recherche portant sur l'attribut de la *mindfulness* et sur les interventions qui en découlent est passionnant et en cours de développement. Une grande partie des recherches se sont axées sur l'efficacité de ces interventions thérapeutiques dans des contextes cliniques, montrant des effets positifs, notamment dans la prévention de la rechute dépressive. Plusieurs méta-analyses portant sur l'efficacité de ces interventions montrent des tailles d'effet modérées, voire importantes, de ce type de prise en charge sur les symptômes de la dépression et de l'anxiété (Chiesa et Serretti, 2010 ; Hofmann et al., 2010). Néanmoins, bien que les résultats soient clairement prometteurs, les recherches futures devront continuer à évaluer l'efficacité de ces approches et leurs ingrédients actifs, afin de mieux préciser les mécanismes qui amènent à un changement thérapeutique. En termes de pistes de recherche, il serait intéressant d'étudier quelles stratégies de ces interventions entraînent des effets positifs et pour quelle population et quels sont les mécanismes d'efficacité des thérapies basées sur la *mindfulness* ?

Jusqu'à récemment, les définitions et les mesures de la *mindfulness* ont été envisagées et effectuée notamment dans le contexte des interventions s'inspirant des pratiques bouddhistes, ce qui a conduit à des confusions du concept avec les pratiques de méditation. Cependant, ainsi qu'évoqué précédemment, la *mindfulness* n'est pas simplement un résultat de la méditation. Selon Brown et Ryan (2003), la *mindfulness* est une disposition naturelle, inhérente de l'organisme humain, présente chez tous les individus à des degrés divers. En effet, plusieurs études (Brown et Ryan, 2003 ; Carlson et Brown, 2005) appuient cette idée et montrent que des personnes issues de

<sup>4</sup> La moyenne pondérée des différences (WMD, pour *Weighted Mean Difference*) correspond à la différence entre deux moyennes divisée par l'écart-type estimé de deux groupes. Cette méthode permet, notamment dans les méta-analyses, de comparer des données lorsque les échelles de mesure divergent d'une étude à l'autre.

la population générale, n'ayant aucune expérience de méditation, diffèrent considérablement dans leur disposition à la pleine conscience. De surcroît, la *mindfulness*, conçue comme une disposition stable, montre des effets bénéfiques sur le bien-être, sur la régulation émotionnelle et celle du comportement. Des études récentes commencent à explorer les applications de cette disposition à la *mindfulness* dans différents contextes et auprès de populations variées. Les progrès scientifiques dans ce domaine reposeront sur les définitions et les mesures du concept. Tout d'abord, un des défis principaux que les chercheurs devront surmonter dans le futur est d'établir des définitions claires et partagées de manière unanime sur ce qu'est la *mindfulness*. D'autres questions demeurent et nécessitent une attention particulière : quelles sont les différentes composantes de la *mindfulness* et les meilleurs instruments d'évaluation ? Quels sont les processus psychologiques impliqués par la *mindfulness* pour produire des effets salutaires ? Étant donné la profondeur et la complexité du phénomène, il s'avère nécessaire de poursuivre les recherches empiriques dans ce domaine, afin d'apporter des réponses précises à ces questions. Cela permettra également de mieux situer la *mindfulness* au sein du fonctionnement humain et d'augmenter ainsi notre compréhension de la conscience et de la nature humaine dans son ensemble. Cela offrira également la possibilité d'améliorer les approches basées sur la *mindfulness* et de mieux cibler les interventions. Enfin, il s'avère nécessaire de développer des modèles théoriques orientés empiriquement afin d'examiner les liens entre les conditions qui soutiennent l'expression de la *mindfulness* (comme l'acceptation) ou au contraire, qui empêchent son apparition, ainsi que les processus qui expliquent ses effets (par exemple, l'insight).

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- Arch, J.J., Craske, M.G., 2006. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy* 44, 1849–1858.
- Baer, R.A., 2003. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (2), 125–143.
- Baer, R.A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G.T., Toney, L., 2006. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 13 (1), 27–45.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., et al., 2008. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment* 15, 329–342.
- Barnes, S., Brown, K.W., Krusemark, E., Campbell, W.K., Rogge, R.D., 2007. The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy* 33, 482–500.
- Barrett, L.F., Gross, J.J., 2001. Emotion representation and regulation: a process model of emotional intelligence. In: Mayne, T., Bonnano, G. (Eds.), *Emotion: Current Issues and Future Directions*. Guilford, New York, pp. 286–310.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G., 1979. *Cognitive therapy for depression*. Guilford Press, New York.
- Berghmans, C., Tarquinio, C., Marina, K., Strub, L., 2009. La méditation comme outil thérapeutique complémentaire : une revue de question. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 19, 120–135.
- Berghmans, C., Tarquinio, C., Strub, L., 2010. Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie. *Santé mentale au Québec* 35, 49–83.
- Bernard, M., Zimmermann, G., Favez, N., 2011. Quelle place pour la psychologie positive dans le champ de la psychothérapie ? Perspectives théoriques et empiriques. *Pratiques Psychologiques* 17 (4), 301–313.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., et al., 2004. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science & Practice* 11, 230–241.
- Bodner, T., Langer, E., 2001. Individual differences in mindfulness: The Langer Mindfulness Scale. Poster session presented at the annual meeting of the American Psychological Society, Toronto, Ont., Canada.

- Bohlemeijer, E., Prenger, R., Taal, E., Cuijpers, P., 2010. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 68, 539–544.
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, M.V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B.W., Bertschy, G., 2010. Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders* 122, 224–231.
- Broderick, P.C., 2005. Mindfulness and coping with dysphoric mood: contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research* 29, 501–510.
- 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.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., 2004. Perils and promise in defining and measuring mindfulness: observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice* 11, 242–248.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., Creswell, J.D., 2007a. Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry* 18, 272–281.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., Creswell, J.D., 2007b. Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry* 18, 211–237.
- Carlson, L.E., Brown, K.W., 2005. Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research* 58, 29–33.
- Cardaciotto, L., Herbert, J.D., Forman, E.M., et al., 2008. The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment* 15 (2), 204.
- Chiesa, A., Serretti, A., 2009. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 15, 593–600.
- Chiesa, A., Serretti, A., 2011. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 187, 441–453.
- Csillik, A.S., Mahr, S., Meyer, T., 2010. Mai. The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) French validation: convergent and divergent validity. Quatrième congrès international de la Théorie de l'autodétermination, Gand, Belgique.
- Godfrin, K.A., Van Heeringen, C., 2010. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: a randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy* 48, 738–746.
- Hayes, S., 1999. *Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change*. Guilford Press, New York.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., 2003. Mindfulness: method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10, 161–165.
- Hayes, S.C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B.S., Fisher, G., et al., 2004. The impact of Acceptance and Commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy* 35, 821–835.
- Hedges, L.V., Olkin, I., 1985. *Statistical methods for meta-analysis*. Academic Press, New York.
- Heeren, A., Douillez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., Philippot, P. (soumis pour publication). Cross-cultural consistency of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: adaptation and validation in a French sample. Manuscrit soumis pour la publication.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., Oh, D., 2010. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, 169–183.
- Kabat-Zinn, J., 1990. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Dell Publishing, New York.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., Sellers, W., 1986. Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance [Résumé]. *Clinical Journal of Pain* 2, 159–173.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Santorelli, S.F., 1992. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 149, 936–943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T., 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 (UV B) and phytochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine* 60, 625–632.
- Kim, B., Lee, S.H., Kim, Y.W., Choi, T.K., Yook, K., Suh, S.Y., Yook, K.H., 2010. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 24, 590–595.

- Lau, M.A., Bishop, S.R., Segal, Z.V., et al., 2006. The Toronto mindfulness scale: development and validation. *J Clin Psychol* 62 (12), 1445.
- Lau, M.A., Segal, Z.V., Williams, J.M., 2004. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy* 42, 1001–1017.
- Linehan, M., 1993. *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press: New York.
- Ma, S.H., 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.
- Mirabel-Sarron, C., Siobud Docorant, E., Sala, L., Bachelart, M., Guelfi, J.-D., Rouillon, F., 2009. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes thymiques chez le patient bipolaire I: une étude pilote. *Annales Médico-Psychologiques* 167, 686–692.
- Raes, F., Dewulf, D., Van Heeringer, C., Williams, J.M.G., 2009. Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy* 47, 623–627.
- Robinson, F.P., Matthews, L., Witek-Janusek, L., 2003. Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: a quasiexperimental study [Résumé]. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 9, 683–694.
- Ryan, R.M., 2005. The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology* 17, 987–1006.
- Ryan, R.M., Deci, E.L., 2004. Autonomy is no illusion: Self determination Theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will. In: Greenberg, J., Koole, S.L., Pyszczynski, T. (Eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology*. Guilford, New York, pp. 449–479.
- Safran, J.D., Segal, L.S., 1990. *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Books, New York.
- Shapiro, S.L., Carlson, L., Astin, J., Freedman, B., 2006. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology* 62 (3), 373–386.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., 2002. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventive relapse*. Guilford Press, New York.
- Seligman, M.E., Steen, T.A., Peterson, C., 2005. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol*, 410–421.
- Smith, J.E., Richardson, J., Hoffman, C., Pilkington, K., 2005. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 52, 315–327.
- 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.
- Wachs, K., Córdova, J.V., 2007. Mindful Relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy* 33, 464–481.
- Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., Aubry, J.-M., 2010. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European Psychiatry* 25, 334–337.
- Weinstein, N., Brown, K.W., Ryan, R.M., 2009. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality* 43, 374–385.