

The background features a dark blue gradient with intricate white and light blue circular patterns. These include concentric circles, dashed lines, and radial scales with numerical markings (e.g., 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260). Some circles have arrows indicating a clockwise direction. The overall aesthetic is technical and scientific.

APPROCHES BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE APPLIQUÉES AU SUJET ÂGÉ MBCT ET MCAS

THÉRAPIE COGNITIVE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE POUR LA
PRÉVENTION DES RECHUTES DÉPRESSIVES (MBCT)
APPROCHE COGNITIVE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES SENIORS
(MBCAS)

DR ALEXIS BRAITMAN
CLINIQUE GERONTOPSYCHIATRIQUE DE ROCHERBRUNE
92380 GARCHES
GRUPE SINOUE

HISTORIQUE DES MODELES THEORIQUES EN SCIENCE COGNITIVE

- Les thérapies comportementales (1930–1960)
 - Des théorie du conditionnement I.Pavlov
 - Premiers modèles psychopathologiques J. Watson 1920
 - Modèle de l'impuissance apprise de M.Seligman 1975
 - Premières thérapies de désensibilisation M. Cover Jones 1924, J. Wolpy 1952 (troubles anxieux phobiques)
- Les thérapies cognitivo-comportementales (1960-1990)
 - Modèles cognitif de la dépression Albert Elis 1953 « thérapie rationnelle-émotive »
 - Thérapie cognitive de la dépression de Beck 1960
- Les thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (1990 à nos jours)
 - John Kabat-Zin et le programme MBSR

SPÉCIFICITÉS DES APPROCHES BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE

TCC	MBCT
Modifier le contenu des cognitions	Modifier le rapport et l'attitude de l'individu vis à vis des cognitions
S'exposer aux émotions pour les contrôler	Apprendre à les tolérer

(Barlow et coll 2004)

SPÉCIFICITÉS DES APPROCHES BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE

- L'approche dialectique du changement
 - ✓ Conception de la contradiction qui ne nie pas le principe de contradiction, mais suppose qu'il existe toujours des relations entre les opposés
 - ✓ **La meilleure façon d'obtenir un changement dans le domaine émotionnel est de ne pas être en attente du changement**
 - ✓ accepter/se résigner et accepter/s'adapter

DÉFINITION DE LA PLEINE CONSCIENCE

- Il s'agit d'une qualité de conscience définie par une attention particulière portée délibérément
 - ✓ Au moment présent
 - ✓ Sans filtre
 - ✓ Sans jugement
 - ✓ Sans attente particulière

Jon Kabat-Zinn

LES COURANTS DE LA 3^E VAGUE

- La thérapie d'acceptation et de l'engagement (ACT) d'Hayes
- La thérapie des schémas de Young (trouble de personnalité)
- La thérapie dialectique comportementale de Linehan : Etats limites
- Les thérapies cognitives basées sur la **pleine conscience** : MBCT = prévention EDM, MBSR =trouble anxieux, alcool, TCA...)

ESSOR DE LA MBCT : LANCET 2015

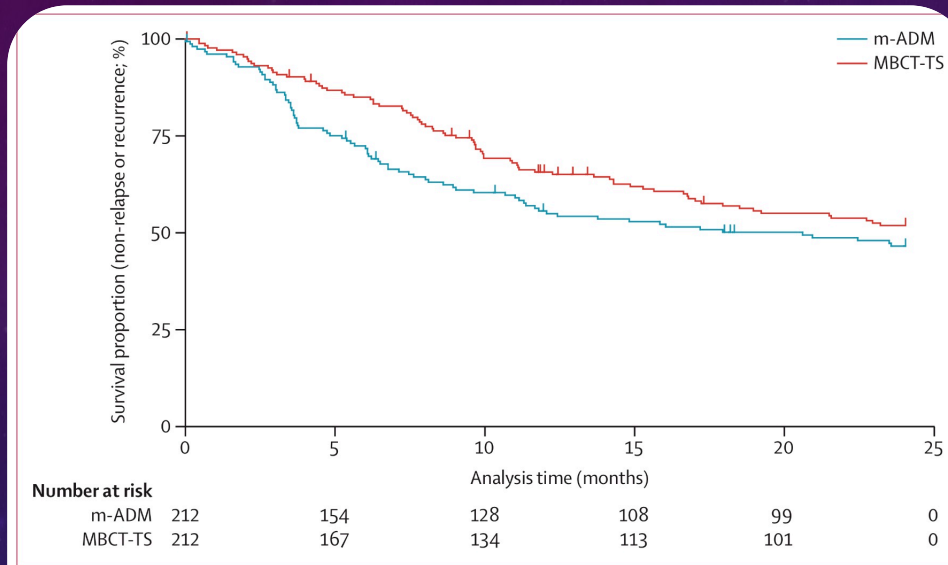


Figure 2: Survival curves (of not relapse or recurrence) over a 24-month follow-up period for the intention-to-treat population

m-ADM=maintenance antidepressant medication. MBCT-TS=mindfulness-based cognitive therapy with support to taper or discontinue antidepressant medication.

- *Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial.*

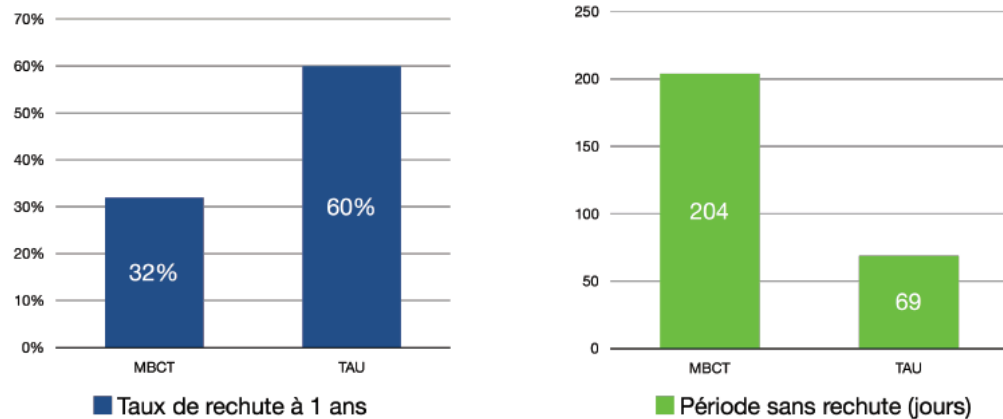
Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Byford, S. (2015). *The Lancet*, 386(9988), 63–73.

(Age entre 20 et 79 ans)

EFFICACITÉ DE LA THERAPIE COGNITIVE BASÉE SUR LA MINDFULNESS (MBCT)

Efficacité de la MBCT sur la prévention des rechutes

4 études contrôlées randomisées N=400



Review et meta-analyse (Chiesa 2010)

Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: A Qualitative Review of Randomized Controlled Outcome Research

Holly Hazlett-Stevens, Jonathan Singer & Adrienne Chong

REVIEW SEPT 2018



Table 1. Study characteristics.

Study	Mindfulness Intervention	Inclusion Criteria	Exclusion Criteria	Control Group	Sample Characteristics	N	Outcome Measures
Moynihan et al., 2013	MBSR	Age 65 years or older; 8 weeks stable medication	MMSE \leq 24; Severe mental illness; Organic brain syndrome; Mental retardation; Alcohol and/or substance abuse	WLC	Community-dwelling sample	201	CESD-R; PSS; MAAS; Trail Making Test; EEG; Anti-KLH antibody response
Gallegos et al., 2013						200	CESD-R; HAM-D; PANAS-PA
Gallegos et al., 2016						200	PSQI
Zhang et al., 2015	MBSR	Age 75 years or older; Insomnia diagnosis for at least 6 mos.; Complaints of daytime functioning	Comorbid mental disorders; Dementia; Serious physical illness; Previous meditation experience	WLC	Chronic Insomnia patients	60	PSQI; SAS; GDS
Morone et al., 2008	MBSR	Age 65 years or older; MMSE \geq 23; Moderate daily chronic CLBP	Previous participation in mindfulness intervention; signs of illness underlying pain	WLC	CLBP patients	37	MPQ-SF; CPAQ; SF-36; RMDQ; Short Physical Performance Battery
Morone et al.,	MBSR	Age 65 years or older; MMSE \geq 24; At least moderate daily chronic CLBP and functional limitations	Previous participation in mindfulness intervention; signs of illness underlying pain; other acute illness; moderate to severe depression	Health education	CLBP patients	282	RMDQ; RAND-36; GDS; Chronic Pain Self-Efficacy Scale; Coping Strategies Questionnaire; MAAS
Lenze et al., 2014	MBSR	Age 65 years or older; PSWQ-A \geq 22; Reported trouble with memory or concentration	Dementia; Psychosis; Active substance abuse; Unstable medical condition	12-session modified MBSR	Participants reporting worry and subjective cognitive dysfunction	34	PSWQ-A; RBANS or CVLT; DKEFS; MAAS or CAMS-R
Wetherell et al., 2017	MBSR	Age 65 years or older; Diagnosed anxiety or depressive disorder; Subjective neurocognitive difficulties; Stable dose if taking medication	Psychosis; Bipolar Disorder; Dementia; Substance use disorder; Unstable medical condition; Current psychotherapy or meditation practice	Health education	Anxiety or depressive disorder patients reporting cognitive difficulties	103	Memory paragraph and list recall; DKEFS; PROMIS; PSWQ-A; CAMS-R; Clinical Global Impressions-Improvement Scale; Salivary cortisol
Moore et al., 2016						67	Ecological momentary assessment; PROMIS; PSWQ-A; CAMS-R
Helmes & Ward, 2017	MBCT	Age 65 years or older; MMSE \geq 26; GAI $>$ 10; MADRS $<$ 19	Pre-existing mental illness other than anxiety; substance abuse; active psychosis or mania; suicidal ideation	Standard activity program	Residential care community	52	GAI; MADRS; WHO-QOL-OLD MAAS; ASI

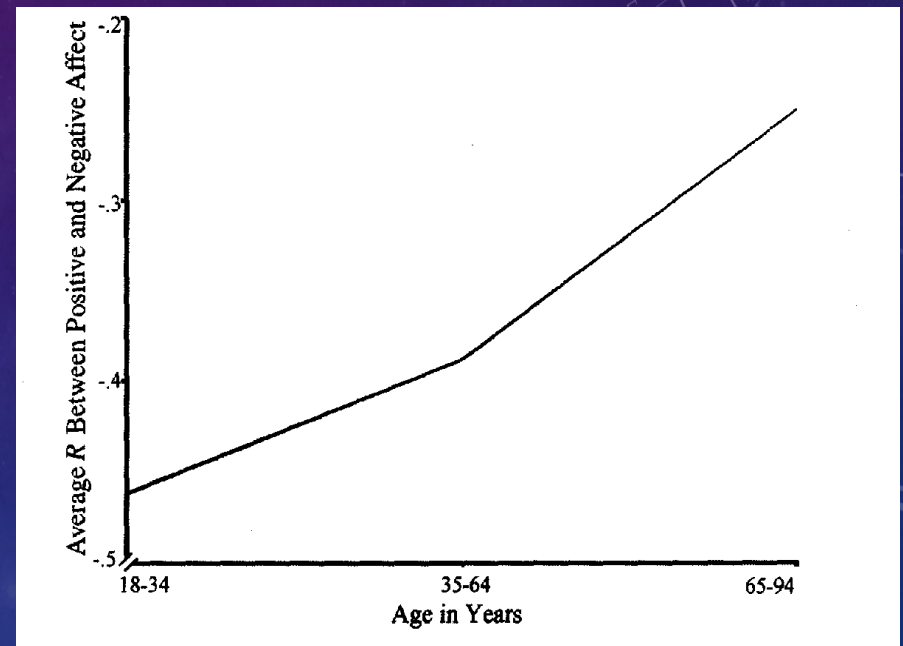
INTERVENTIONS BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE ET SUJET ÂGÉ

- Nombre croissant d'indications: troubles anxieux, prévention des rechutes dépressive, douleur chronique, troubles du sommeil (Foulk, 2013).
- Des études préliminaires suggérèrent aussi que l'entraînement régulier à la pleine conscience pourrait limiter le déclin cognitif lié à l'âge (Decker, 2015).
- Amélioration de l'attention et des fonction exécutives mais pas d'effets démontrés sur la mémoire

DIMENSION NATURELLE DU SUJET ÂGÉ ?

EFFET DE POSITIVITÉ ÉMOTIONNELLE

Population de sujets âgés
« bonne santé » montre
une propension au bien
être quotidien et à la
résilience émotionnelle
supérieure au sujet jeune



(Carstenten 2000, Riediger et al 2009, Guillaume et al 2009, Charles and Carstensen 2010)

DIMENSION NATURELLE DU SUJET ÂGÉ ?

- Théorie de la sélectivité socio-émotionnelle
 - Conscience d'une durée limitée à vivre
 - Priorisation des objectifs qui favorisent le bien être du moment présent
 - Réduction du réseau social et allocation de ressources aux relations importantes
 - Accepte les émotions négatives telles qu'elles sont
- Renforcer les qualités marche mieux que remédier aux déficits

MYTHES ET STÉRÉOTYPES A PROPOS DES PSYCHOTHÉRAPIES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

- *Lutter contre les obstacles à la mise en œuvre des psychothérapies chez la personne âgée = lutter contre ses propres à priori*



MYTHE ET STÉRÉOTYPES A PROPOS DES PSYCHOTHÉRAPIES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Mythe n°1 : « *C'est trop tard* »



« *You can't teach an old dog new tricks* »

MYTHE ET STÉRÉOTYPES A PROPOS DES PSYCHOTHÉRAPIES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Mythe n°2 : « *Cela doit être terrible de devenir vieux* »



- Effet de positivité

MYTHE ET STÉRÉOTYPES A PROPOS DES PSYCHOTHÉRAPIES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Mythe n°3 : « Les personnes âgées ne veulent pas de psychothérapie »



Plus en demande que les jeunes personnes – la préfère aux médicaments

MYTHE ET STÉRÉOTYPES A PROPOS DES PSYCHOTHÉRAPIES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Mythe n°4 : « Etre vieux c'est être malade. Si j'avais de tels problèmes à la vieillesse, je serais aussi déprimé »



L'erreur de bon raisonnement

MYTHE ET STÉRÉOTYPES A PROPOS DES PSYCHOTHÉRAPIES CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Mythe n°5 : « *Trop peu de bénéfices pour tant de travail* »

« *En effet, les personnes ayant atteint ou passé la cinquantaine ne disposent plus de la plasticité des processus psychiques sur laquelle s'appuie la thérapie (...)*

(Freud, cité par Engelberts, 1984)



« *La psychothérapie cognitive est trop abstraite, il leur faut des interventions plus concrètes que le monitoring des pensées* »

(Church 1983)

« *Je vous ferais perdre votre temps* »

ENJEU DE LA MBCT: LA DÉPRESSION DU SUJET ÂGÉ, UN PROBLÈME GLOBAL AVEC PEU DE RESSOURCES

- Vieillessement de la population
- Entre 1 et 4 % des plus de 65 ans atteint en population générale selon « les critères adultomorphes »
- Environ 11 % si forme sub-syndromique prise en compte
- Dans les études jusqu'à 20 à 40 de trouble dépressif chez la personne âgée suivants les critères, la population étudiée
- Risque élevé de suicide

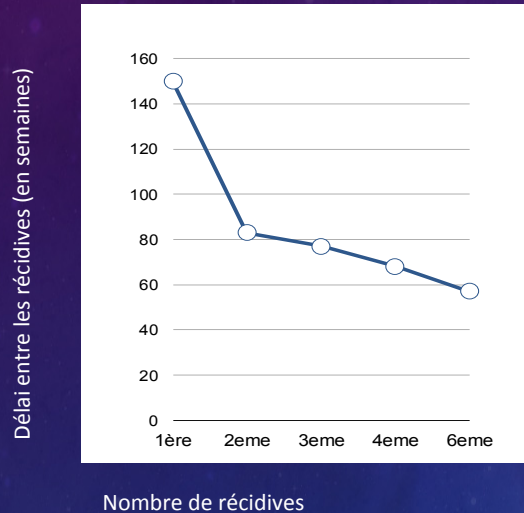
LA RÉCIDIVE DÉPRESSIVE : UNE VULNÉRABILITÉ AUTO-INDUITE

- 50% des patients remis d'un premier épisode dépressif en connaîtront au minimum un second
- Les patients ayant rencontré deux épisodes ou plus auront 70 à 80% de probabilité de récurrences dans leur vie
- Seul un tiers des sujets âgés déprimés n'auront pas de récurrence

➔ Chaque dépression en elle-même est un facteur de risque supplémentaire de récurrence

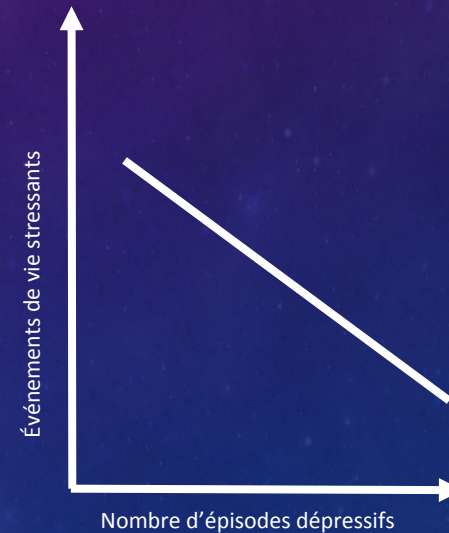
VULNÉRABILITÉ AUTO-INDUITE : LE « KINDLING »

Episodes de plus en plus rapprochés



Solomon, D. A., (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229–233.

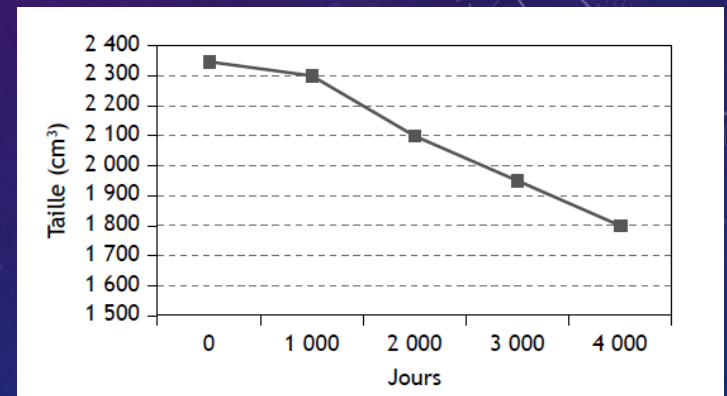
Stress de moins en moins importants



Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149(8), 999–1010.

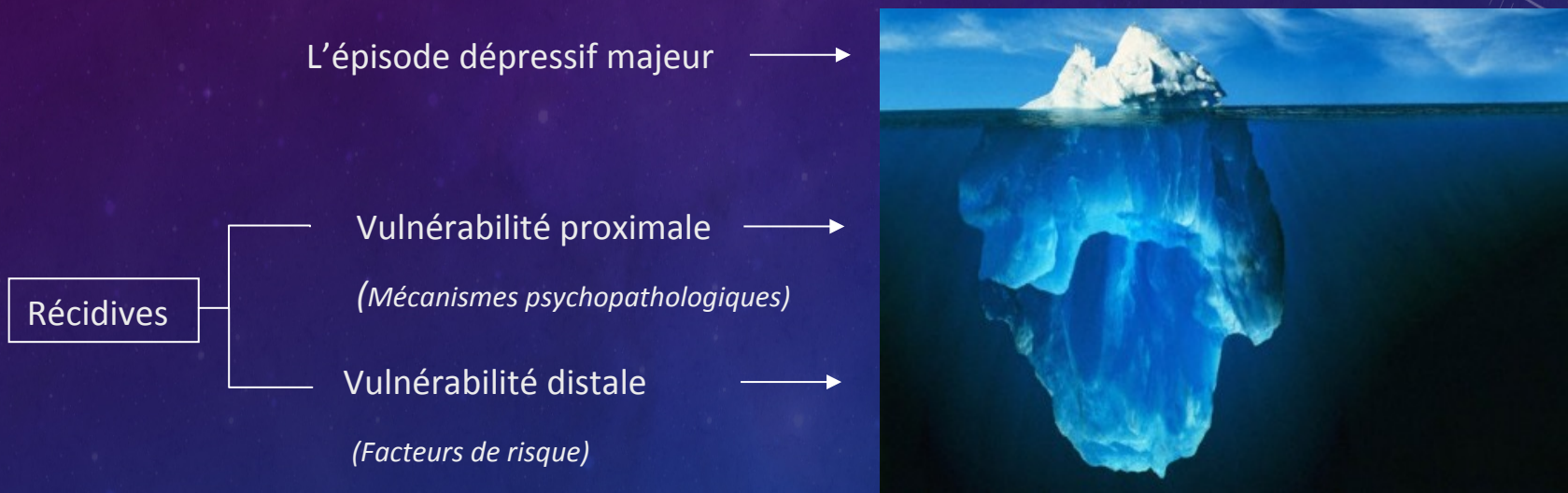
VULNÉRABILITÉ PROXIMALE : BASES BIOLOGIQUES DE L'EMBRASEMENT

- Atrophie hippocampique secondaire
- La dépression du sujet âgé serait un facteur de risque de développer une démence ultérieure

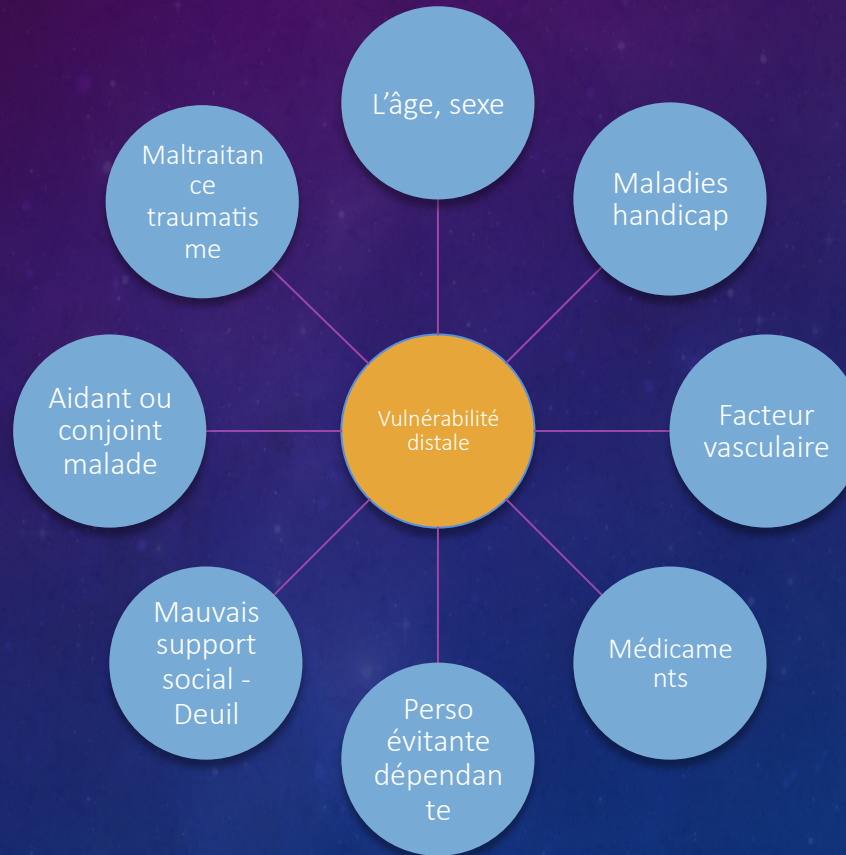


Videbech P, Ravnkilde B. Hippocampal volume and depression : a meta-analysis of MRI studies. Am J Psychiatry 2004 ; 161 : 1957-66.

LA VULNÉRABILITÉ DÉPRESSIVE : *VULNÉRABILITÉ DISTALE ET PROXIMALE*



FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ DISTALE = FDR



DE L'ACTIVATION SCHÉMAS A LA DÉPRESSION

- Dans le modèle de Beck, le plus utilisé en TCC, les pensées automatiques négatives découlent des schémas structures mentales latentes susceptibles d'être activé par le stress
- Ces croyances de base se sont construites en lien avec le milieu culturel, l'éducation et en réponse aux expériences individuelles précoces en particulier les expériences traumatiques
- Ces schémas sont des structures mentales « préconscientes », situées dans la mémoire à long terme
- Elles filtrent et organisent l'information pour la rendre conforme au système de croyances du sujet, sur soi et sur le monde

25

Kindynis, S., Burlacu, S., Louville, P., & Limosin, F. (2013). [Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly]. *L'Encéphale*, 39(6), 393–400.

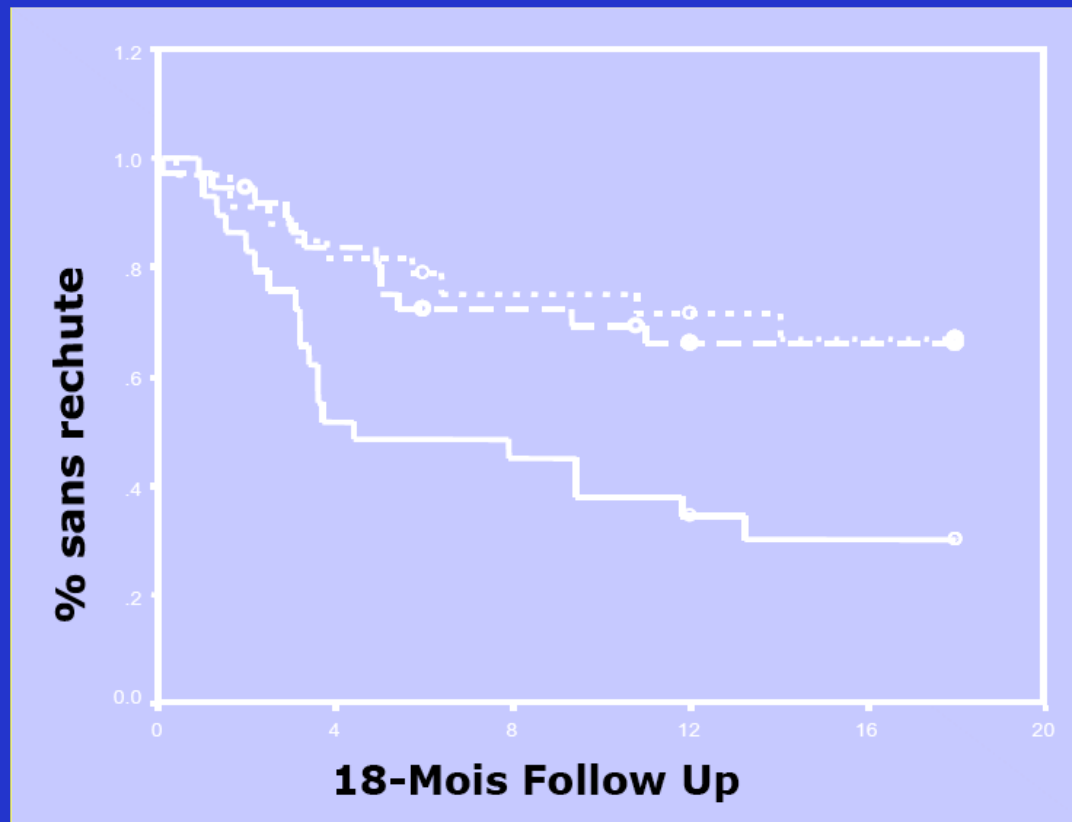
SCHÉMAS LES PLUS FRÉQUENTS DU SUJET ÂGÉ (CISD)

	Perte de l'individualité	« Je ne suis plus libre de faire mes propres choix »
	Abandon	« Dorénavant, je crains que l'on me mette de côté et qu'on m'oublie »
	Désengagement	« Pour moi, penser à demain est devenu sans intérêt »
	Dépendance	« Je suis complètement dépendant des autres »
	Vulnérabilité	« Je pense sans arrêt aux malheurs qui pourraient me tomber dessus »
	Refus d'aide	« Je suis en colère quand quelqu'un doit faire les choses à ma place »
	Peur de perdre le contrôle	« Je perds mon calme dès que je me sens offensé(e) »

Antoine, P. (2008). Development and validation of the cognitive inventory of subjective distress. *International journal of psychiatry* (April), 23; 1175–1181.

RÉACTIVITÉ COGNITIVE : MARQUEUR DE LA VULNÉRABILITÉ À LA DÉPRESSION

Propension à l'activation des schémas en réponse à l'émotion -



Lors d'une brève période de tristesse :

Moins de pensées dépressives

Pas de changement de pensées

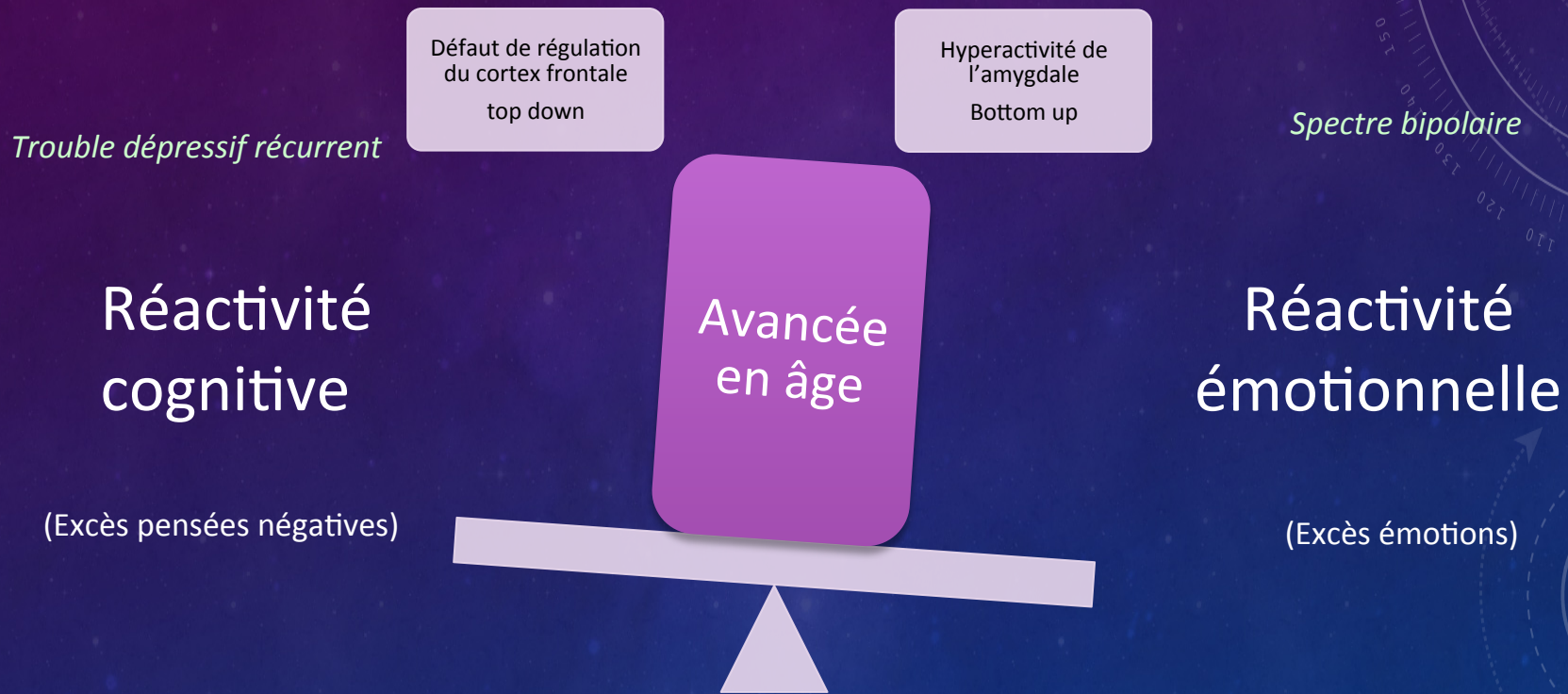
Plus de pensées dépressives

Segal et al, 2006
Arch Gen Psych

CONCEPT DE RÉACTIVITÉ COGNITIVE

- La réactivité cognitive témoigne d'une intolérance à la survenue d'une émotion non désirée
- Capture automatique des ressources attentionnelles par une réponse ruminative
- Elle active un processus de lutte contre l'émotion par l'activation du mode « processus de contrôle des divergences »
 - Une tendance à comparer
 - Un refus : vouloir que les choses soient autrement que ce qu'elles sont
 - Considérer l'émotion désagréable comme un problème à résoudre
 - L'esprit va donc aller chercher dans le passé ou dans des généralisations des solutions et conclure sur le futur en personnalisant les problèmes

RÉACTIVITÉ ÉMOTIONNELLE - RÉACTIVITÉ COGNITIVE



Daban C, Henry C. Encephale. 2011 Dec;37 Suppl 3:S179-84. Emotional reactivity: a tool for diagnosis?

LES MODES FAIRE ET ÊTRE (1)

Processus de contrôle des divergences

Pleine conscience

1 - Lutte versus non lutte

Monitorer et réduire l'écart entre ce que les choses sont et ce que l'on voudrait qu'elles soient

Lâcher prise vis à vis de tels objectifs

2 - Evitement versus approche

Eviter l'expérience subjective désagréable

Attitude ouverte et accueillante envers les difficultés

3 - Pensées = réalité versus Pensées = évènements mentaux

Appréhension des pensées comme des faits

Les pensées = des pensées, des produits de l'esprit qui surviennent, restent un moment et disparaissent

LES MODES FAIRE ET ÊTRE (2)

Processus de contrôle des divergences

Pleine conscience

4 - Vivre dans le passé ou le futur versus Vivre dans le moment présent

Faire de la résolution de problèmes en switchant sur la mémoire du passé et les anticipations du futur

Focaliser sur l'expérience du moment présent

5 - Expérience conceptuelle versus expérience directe

Manipuler des idées, de manière conceptuelle analytique, basée sur le langage

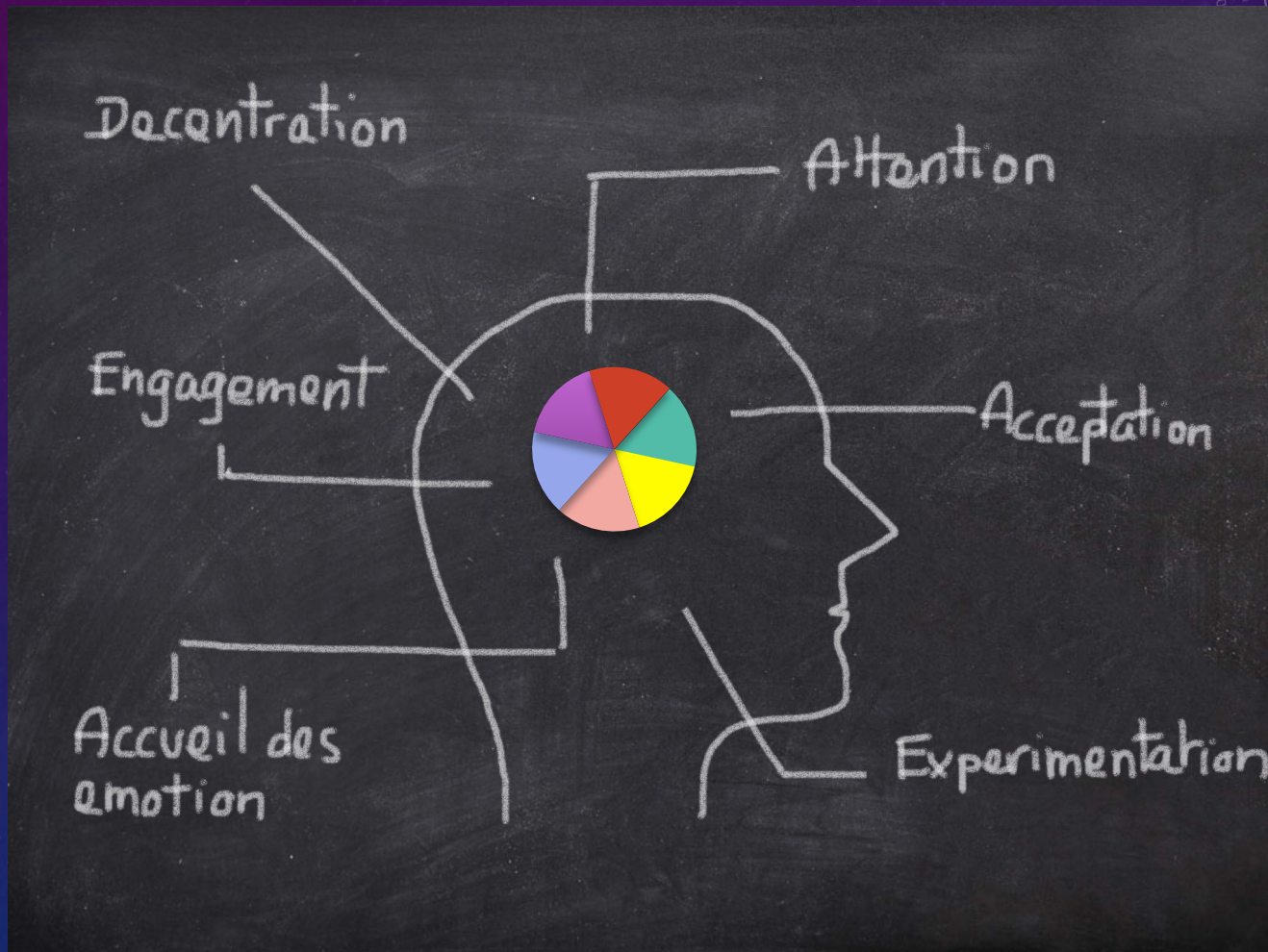
Expérience directe et non conceptuelle de manière sensorielle, intuitive, « expérientiel »

6 - Automatique versus intentionnel

Pilote automatique, routine apprise

Porter attention intentionnellement aux différents aspects de soi et du monde

MBCT - DÉVELOPPEMENT DE RESSOURCES POUR FAIRE FACE



MBCT ADAPATION DU CADRE AUX PERSONNES AGÉES

- Au moins 2 entretiens préalables d'inclusion
 - Brève analyse fonctionnelle, confirmation de l'indication,
 - GDS, STAI, CISD,
 - MMS
- 5 à 12 personnes maximum avec un binôme de soignants garants du cadre thérapeutique et du programme (niveau cognitif homogène)
- 8 Séance avec pause de deux fois 60 min
- Une fois par semaine (MBCT), une fois mois MCAS une séance de rappel J14
- Un référent psychiatre ou psychologue pour chaque patient pour entretiens individuels réguliers reprenant les contenus
- Attention au piège de la sur-accomodation – style de parole protecteur délétère

ADAPATION DU CADRE AUX PERSONNES AGÉES

- Mémoire
 - Reformulations itératives
 - Moyens mémo techniques
 - Images, dessins, documents adaptés
- Multi morbidité
 - Equipe multidisciplinaire
 - Identifier l'interlocuteurs privilégié pour chaque problème
- Story telling – répartition du temps de parole
 - Feed backs fréquents, résumé, clarifications, permission d'interrompre pour rediriger sur le focus

LA MBCT PROGRAMME STRUCTURÉ

Indication : prévention de la rechute dépressive pour des patients qui ont fait au moins 3 épisodes

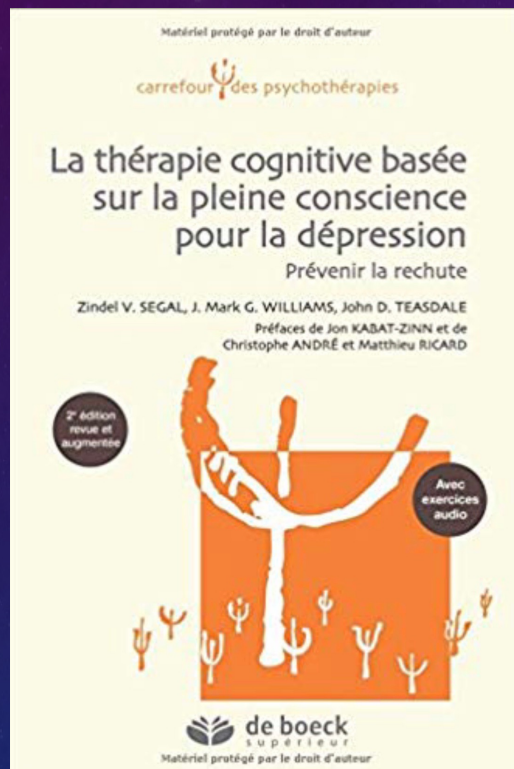
Apprentissage de la **pleine conscience** selon le modèle de Jon Kabat Zinn

Expériences pendant les séances et chez soi pour expérimenter une autre façon d'être en rapport à l'instant : décrocher du pilotage automatique pour un mode « expérientiel » de fusionné des pensées et des émotions

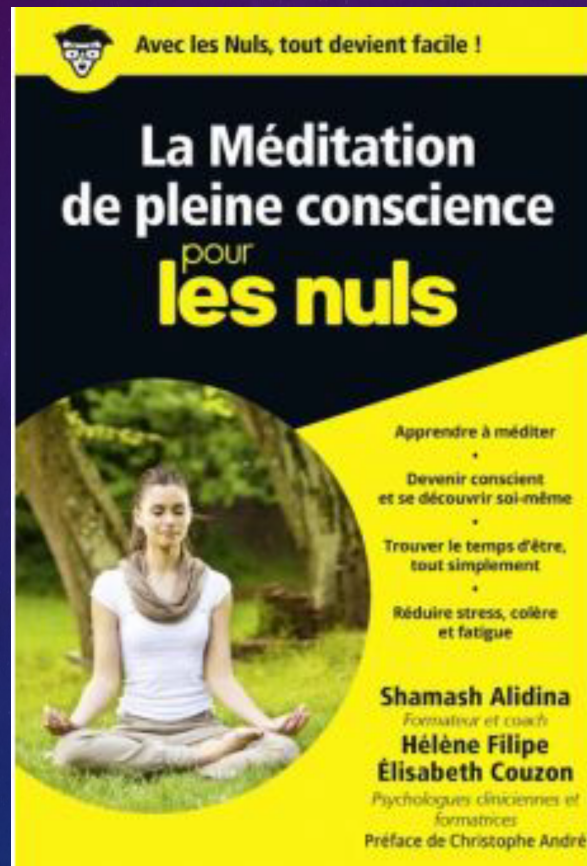
Pédagogie de la dépression et repérages des signes précoces de rechute grâce à la pratique de méditation quotidienne

Mise en place d'une stratégie face aux épisodes d'humeur triste : accepter, accueillir, se libérer des ruminations qui veulent résoudre le problème, rester ancré ne pas « réagir » mais répondre efficacement pour soi

OUVRAGES DE REFERENCE



POUR LES AUTRES



MBCAS –PROBLEMATIQUES DU VIELLISSEMENT

- Destinée aux séniors de plus de 65 ans en état de fragilité en proie avec l'âgisme ou le jeunisme, le vieillissement somatique ou « cognitif normal », la dépression
- 1 séance mensuelle sur 8 mois et une séance intermédiaire facultative d'entraînement – rappel – partage d'expérience entre chaque séance.
- Programme aborde les même notions que MBCT + des thèmes spécifiques aux séniors + bienveillance et gratitude

MBCAS – THÈMES SPÉCIFIQUES

Résister – se résigner une 3^e voie s'adapter, entre le mode combatif ou soumis vis-à-vis du vieillissement :

- Prise de conscience du mode perception de soi avec le handicap
- Accent sur l'acceptation du corps, l'inconfort, la douleur physique
- Acceptation et adaptation au deuil, aux pertes, limitations, la solitude
- Une postions et des mouvements adaptés aux handicaps, la réhabilitation du mouvement
- Accompagnement plus important dans l'identification des émotions - émoticones
- Les conceptions du vieillissement – de la mort, exploration

MBCT MCAS -STRUCTURATION SIMILAIRE

MBCT	MCAS
Le pilote automatique	Qui contrôle ma vie, repérer ses pilotes automatiques
Gérer les obstacles – (vivre dans sa tête)	Comment fonctionne l'attention
L'espace de respiration (rassembler l'esprit dispersé)	Demeurer présent : la respiration et le corps
Rester présent – reconnaître l'aversion	Pleine conscience des états d'âmes
Permettre/lâcher prise	L'inconfort physique et les pensées
Les pensées ne sont pas des faits	Pensées, future et impermanence
Comment prendre soin de moi au mieux plan d'action	Prendre soin de soi : s'adapter ou résister
Allez plus loin	Et maintenant

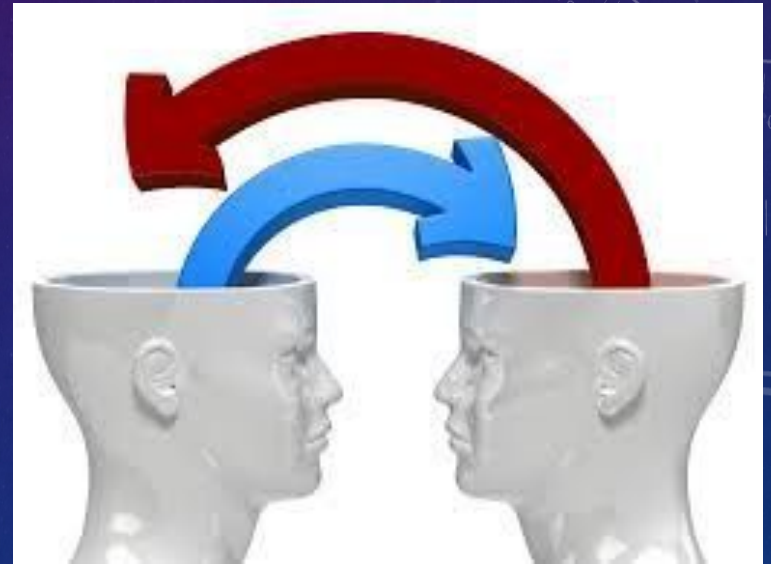
LA POSITION DE L'INSTRUCTEUR

- A une pratique personnelle de la pleine conscience
- Se positionne à égalité avec les patients dans la pratique et le rapport aux expériences
- Ne cherche pas de solution face aux expériences même douloureuses des patients, mais invite à explorer
- Accueille toutes les expériences et feed back en rapport avec les mécanismes de la dépression qui sont illustrés plus que décrits

LE GROUPE - POTENTIALISATION DES EFFETS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Insight partagé : similitudes et différences

- Relativise le sentiment de honte et d'isolement par rapport à la maladie
- Aide à l'objectivité et à la décentration



POTENTIALISATION - DES EFFETS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Partage de solutions

- La reformulations itératives
- Les conseils de patient > conseils d'un professionnels



POTENTIALISATION DES EFFETS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

- **Le sentiment d'appartenance « seule ensemble »**



DESCRIPTION DES SÉANCES MBCT

- **Séance 1** - Exercice du raisin, body scan : mise en évidence du pilotage automatique
- **Séance 2 – retour sur la pratique : ne pas pratiquer c'est pratiquer** - body scan, imaginez un scénario, respiration : cultiver la présence aux pensées, émotions, sensations corporelles.
- **Séance 3** méditation centrée sur le corps, calendrier des événements agréables, marche en pleine conscience, espace de respiration : la respiration et le corps comme ancrage dans le présent.
- **Séance 4** Méditation sur les sons et les pensées, calendrier des événements désagréables, questionnaire des pensées automatiques, diagnostic d'une dépression : comment le refus de ce qui est désagréable génère les ruminations et la dépression

DESCRIPTION DES SÉANCES MBCT

- **Séance 5** Méditation, espaces de respiration : cultiver le lâcher prise dans les moments difficiles.
- **Séance 6** Méditation, exercices sur les pensées qui ne sont pas des faits : les pensées sont des phénomènes mentaux éphémères et ne sont pas la réalité
- **Séance 7** Méditation, détection des signes de rechute précoce et stratégies à mettre en place : Accueillir l'émotion sans lutter, puis décider des actions efficaces à entreprendre : activités de plaisir et maîtrise
- **Séance 8** Body scan, bilan sur le programme et questions. Poursuivre la pratique de méditation quotidienne comme « baromètre de l'humeur » et travail sur la distanciation des pensées. Garder en tête les plans d'action.

PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES FRAGILITÉS

- Prévention des rechutes
- Lutte contre la perte d'autonomie
- Traitements des comorbidités
- Entretien des compétences ressources
- Favoriser le maintien du patient dans son environnement

