

INTÉRÊT DE L'ENTRAÎNEMENT À LA PLEINE CONSCIENCE\MINDFULNESS DANS LE TRAITEMENT DES SÉQUELLES DE HARCÈLEMENT MORAL : UNE ÉTUDE PILOTE

MINDFULNESS TRAINING AS PART OF A TREATMENT FOR PSYCHOLOGICAL TRAUMA CAUSED BY MOBBING - A PILOT STUDY

Veeser Johannes, Vandriette Yun, Kornreich Charles, Brevers Damien, Ammendola Sarah, Corten Philippe, Verbanck Paul

BACKGROUND: MINDFULNESS TRAINING IS BECOMING MORE AND MORE POPULAR IN PSYCHOTHERAPY.

IMPORTANT APPLICATIONS ARE STRESS REDUCTION, PREVENTION OF RUMINATIONS AND DEPRESSIVE RELAPSE. HOWEVER LITTLE RESEARCH HAS BEEN DONE TO TEST THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS AS A TREATMENT FOR PSYCHOLOGICAL TRAUMA. IN OUR STUDY WE EXAMINED MINDFULNESS TRAINING AS PART OF A TREATMENT FOR PATIENTS WITH PSYCHOLOGICAL TRAUMA CAUSED BY MOBBING AT WORK.

METHOD: 10 PATIENTS, TREATED AT THE STRESS CLINIC (CHU BRUGMANN) FOR PSYCHOLOGICAL TRAUMA CAUSED BY MOBBING AT WORK, AGREED TO PARTICIPATE TO A 8-WEEK MINDFULNESS TRAINING MODULE. TREATMENT PACKAGE INCLUDED 2 HOURS PER WEEK OF GUIDED TRAINING WITH ADDITIONAL TRAINING DONE BY PATIENTS AT HOME. THE PATIENTS COMPLETED THE FOLLOWING QUESTIONNAIRES BEFORE AND AFTER TRAINING:

FFMQ (MINDFULNESS) MEASURING THE CAPACITY TO OBSERVE AND DESCRIBE EXPERIENCE OF THOUGHTS, EMOTIONS AND PHYSICAL SENSATIONS WITHOUT JUDGMENT AS WELL AS THE CAPACITY FOR CONSCIOUS, NON-REACTIVE BEHAVIOR, AAQ2 (MENTAL FLEXIBILITY), PCL-S (DEGREE OF PTSD), BDI, HAD AND STAI-A (DEPRESSION AND ANXIETY).

RESULTS: WE FOUND A SIGNIFICANT INCREASE OF MINDFULNESS ABILITIES AND A DECREASE OF TRAUMA SCORES AFTER TRAINING. ONE PATIENT DEVELOPED SUICIDE IDEAS DURING A MEDITATION EXERCISE.

LIMITATIONS: THE SMALL SAMPLE OF PATIENTS AND THE ABSENCE OF A CONTROL GROUP LIMIT GENERALIZATION OF RESULTS.

CONCLUSION: MINDFULNESS TRAINING MAY BE AN INTERESTING SUPPLEMENT FOR TRAUMA TREATMENTS.

Key-words : mindfulness, trauma, mobbing

INTRODUCTION

A) MINDFULNESS (MF)

L'entraînement à la pleine conscience/ mindfulness (MF) a été introduit en 1982 par Jon Kabat-Zinn dans le champ psychothérapeutique et connaît un engouement certain comme méthode de traitement dans plusieurs conditions psychopathologiques.

D'après Jon Kabat Zin (1994) « la pleine conscience/mindfulness » correspond à pouvoir diriger son attention de manière spécifique, délibérément et sans jugement de valeur envers le moment présent.

Cette approche vise à l'acceptation des réalités externe et interne, sans pour autant favoriser une attitude passive.

La pleine conscience s'opposerait ainsi au « pilote automatique » et semblerait aider à vivre plus profondément sa vie, à diminuer la vulnérabilité aux spirales négatives des émotions et des pensées.

Dans les cultures asiatiques, la MF est associée à une compassion bienveillante par rapport à son objet (les termes pour «

cœur » et « esprit » (mind) sont identiques dans les langues asiatiques).

Cette capacité est supposée pouvoir être atteinte par un entraînement de l'esprit notamment via différentes formes de méditation, des exercices cognitifs (notamment autour des pensées et de la perception de la réalité intérieure et extérieure), des exercices qui visent la conscience des expériences sensorielles et des exercices de yoga..

Plusieurs études utilisant des techniques d'exploration du cerveau et des processus biologiques ont montré un effet réel de ces techniques. Sans vouloir être exhaustifs, mentionnons des études électroencéphalographiques montrant une augmentation significative d'activité alpha et thêta pendant la méditation (Chisea, Seretti 2010), une activation du système immunitaire (Davidson, Kabat-Zin 2003) et des changements fonctionnels

dans les réseaux cérébraux liés à l'attention et aux processus sensoriels et émotionnels suite à un entraînement à la méditation (Kilpatrick et al 2011).

L'entraînement fréquent à la méditation pourrait même être associé à des changements neuroanatomiques, notamment

une augmentation de densité du cortex préfrontal, d'une partie de l'insula, région associée à la représentation de soi (Lazar et al. 2005) et une diminution de densité de la matière amygdalienne, associée aux alertes émotionnelles (Hölzel et al 2010). La MF a été initialement introduite en Occident dans le cadre de programmes s'adressant à des patients souffrant de douleurs chroniques, programmes appelés « *mindfulness based stress reduction programs* » ou MBSR.

Aujourd'hui la pleine conscience est intégrée dans plusieurs domaines thérapeutiques et fait partie de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Il s'agit de la *mindfulness based cognitive therapy* /MBCT qui vise à la prévention de la rechute dépressive (Teasdale, Segal & Williams 1995), de la *dialectal behavior therapy*/DBT dans la thérapie des troubles de la personnalité borderline (Marsha Linehan 1992, de l'*acceptance and commitment therapy*/ACT (Hayes et al 1999), de thérapies de l'angoisse et de la panique (Brantley 2004) et de la prévention de la rechute dans la dépendance alcoolique (Marlatt, 1994).

B) SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La grande majorité des personnes confrontées à des situations potentiellement traumatisantes

ne gardent pas de séquelles psychiques persistantes au-delà de quelques semaines.

Chez certaines personnes il s'installe néanmoins un complexe de symptômes repris sous la dénomination de « syndrome de stress post traumatique » persistant, caractérisé d'après le DSM 4 par une activation neurovégétative (hypervigilance, troubles de sommeil, irritabilité), un revécu constant de la situation traumatisante (souvenirs envahissants, cauchemars, flash-back) et un évitement (évitement de pensées, émotions, personnes et lieux associés avec le trauma) mais aussi amnésie, émoussement des affects, isolement social, sentiment d'avenir compromis.

Le développement du syndrome de stress post traumatique est influencé par des caractéristiques du trauma comme sa sévérité, son caractère répétitif, mais aussi par des facteurs de vulnérabilité et de résilience de la victime elle-même.

Au niveau neurobiologique ces symptômes semblent associés à une dysrégulation hormonale, une perturbation fonctionnelle des réseaux neurologiques et des changements structuraux dans différentes régions cérébrales, notamment une diminution de volume hippocampique et une hyperactivité amygdalienne (Nutt et Mazilla, 2004).

D'après O'Donnell et al (2004), la dysfonction hippocampique pourrait perturber un processus adéquat de mémorisation, tandis que l'augmentation d'innervation noradrénergique amygdalienne pourrait augmenter l'hypervigilance anxieuse (arousal) et faciliter l'encodage et la réactivation automatique des mémoires traumatiques.

C) EFFET DE LA MF DANS DES CONTEXTES DE TRAUMATISMES

Il existe peu de recherche sur de potentiels effets secondaires négatifs voire même de dangers d'application des techniques de pleine conscience dans un contexte clinique.

Il semble néanmoins exister un accord parmi les experts sur l'idée que le stress post-traumatique représente une contre-indication pour l'entraînement à la méditation dans un contexte non thérapeutique (Philippot 2008).

Les séquelles psychologiques d'abus physiques, émotionnels ou sexuels pourraient activer des risques de dissociation, de réactualisation du trauma, d'aggravation des symptômes ou même d'apparition ou d'aggravation des idées suicidaires lors de la méditation, en raison de la confrontation des patients à leurs émotions, pensées et mémoires.

Les techniques psychothérapeutiques de traitement du PTSD passent cependant majoritairement par l'exposition (TCC ou EMDR) (Bradley et al 2005). En effet la réactivation du trauma pourrait représenter une fenêtre d'opportunité pour diminuer son impact émotionnel.

Batten, Orsillo et Walser décrivent en 2010 dans leur livre "acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety" que l'évitement expérientiel semble être à la base de plusieurs pathologies psychiques y compris le PTSD. Cet évitement peut être défini comme un processus dans lequel les individus emploient des stratégies ayant pour but de changer la fréquence ou l'expérience de pensées, d'émotions ou de sensations corporelles. (Hayes et al, 1996).

Les différents types d'évitements expérientiels associés au PTSD sont d'après Thompson et Waltz (2009) l'alexithymie, la suppression de pensées et un mode d'adaptation évitant.

Selon Frewen et al (2008) le trauma psychique peut détruire la capacité d'interpréter la

relation entre les expériences corporelles et celles de l'esprit.

Un concept clé dans la recherche autour de la suppression des pensées (comme des mémoires et des émotions) est qu'elle produit justement une augmentation et une aggravation de celles-ci. Cet effet est décrit par Shipherd et Beck (2005) comme un effet rebond.

Le mode d'adaptation évitant peut être défini comme l'évitement de toute situation, de lieu, et de personnes qui pourraient réactualiser le trauma, ce qui semble une stratégie adéquate dans son décours immédiat, mais qui aggrave souvent les symptômes à plus long terme, via l'isolement social qui en découle, et peut favoriser l'apparition de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances.

Batten et Orsillo décrivent le lien entre des stratégies évitantes, l'augmentation des symptômes de PTSD (effet rebond) et le renforcement consécutif des stratégies évitantes. Ils suggèrent que la MF pourrait influencer positivement ce cercle vicieux

favorisant l'acceptation en améliorant la régulation et la tolérance des émotions, en facilitant l'engagement émotionnel dans des relations personnelles et thérapeutiques et en augmentant la flexibilité mentale.

Benson décrit déjà en 1993 la « réponse relaxante » déclenchée par la méditation, une réponse antagoniste au stress et qui pourrait avoir un effet positif sur l'hyperactivité neurovégétative décrite dans le PTSD.

Hayes et al soulignent l'importance de voir le stress post-traumatique comme un dysfonctionnement plus vaste que celui mesuré par les symptômes repris dans le DSM IV et de tenir compte des conséquences de celui-ci, telles que les comorbidités, les relations interpersonnelles perturbées, l'impact négatif sur le fonctionnement occupationnel et la qualité de vie.

D) PTSD ET HARCÈLEMENT

L'existence d'un événement traumatisant est centrale dans la définition du PTSD reprise par le DSM 4 (menace de l'intégrité physique ou celle d'autrui avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur).

Le même tableau clinique semble néanmoins pouvoir être déclenché par des événements intrinsèquement moins catastrophiques, mais survenant de manière répétée (succession de microtraumatismes).

Corten et al (2005) proposent par exemple un élargissement de la notion de PTSD afin d'inclure les traumatismes résultant d'un harcèlement au travail.

En 1993, Leyman a décrit dans son essai "Mobbing" que ce terme décrit une situation communicative qui menace d'infliger à l'individu de graves dommages, psychiques et physiques. Le mobbing est un processus de destruction, constitué d'agissements hostiles qui, pris isolément, pourraient sembler anodins, mais dont la répétition constante a des effets pernicieux. Le concept de mobbing définit l'enchaînement sur une assez longue période, de propos, d'agissements hostiles, exprimés ou manifestés par une ou plusieurs personnes envers une tierce personne (la cible). Par extension, le terme s'applique aussi aux relations entre les agresseurs et leurs victimes. Les caractéristiques du mobbing sont les suivantes: confrontation, brimades et sévices, dédain de la personnalité et répétition fréquente des agressions sur une assez longue durée."

D'après la loi belge le harcèlement moral au travail est constitué de « conduites abusives et répétées de toute origine, externes ou internes à l'entreprise ou à l'institution, qui se produisent pendant un certain temps et qui se manifestent notamment par des comportements, des paroles, des intimidations, des actes, des gestes et des écrits unilatéraux, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à la personnalité, la dignité ou l'intégrité physique et psychique de la personne lors de l'exécution du travail, de mettre en péril son emploi ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant."

Le harcèlement est le fruit d'un processus répétitif qui s'opère généralement en cinq étapes:

isoler, paralyser, discréditer, humilier et détruire. La plupart des faits ou attitudes incriminées sont anodins pris isolément et difficilement objectivables. C'est l'accumulation par effet de microtraumatismes qui use moralement la victime.

Dans un premier temps ce type de violence déclenche des symptômes non spécifiques

comme de l'anxiété généralisée, de la fatigue chronique, de l'insomnie, des maux de tête, des douleurs multiples ou des troubles psychosomatiques (hypertension artérielle, eczéma, ulcère

gastro-duodéal...) ainsi que des conduites de dépendance (boulimie, alcoolisme, toxicomanie). Le tableau clinique décomposé peut aller jusqu'à une dépression majeure et ou un syndrome de stress post-traumatique.

Corten et al(2005) montrent que le harcèlement moral a des conséquences psychiques sévères.

En effet, les conséquences répertoriées sont des incapacités de travail de long terme (environ 9 mois) pour la plupart des patients (76%) et une nécessité de traitement par antidépresseur (60 %) et de psychothérapie spécifique (50%).

A peine 27 % des patients retournent à leur travail précédent et 33 % sont licenciés.

43% des patients montrent tous les symptômes de PTSD.

MÉTHODE

A. CONTEXTE CLINIQUE :

Notre recherche a été menée avec des patients d'un module thérapeutique ambulatoire pour personnes atteintes d'un trauma psychique causé par harcèlement moral. Ils participaient à un entraînement de type mindfulness classique basé sur le programme MBCT pendant huit semaines.

Notre recherche clinique s'est déroulée dans la clinique du stress de l'hôpital Brugmann à Bruxelles. L'activité clinique de cette institution consiste en des mises au point diagnostiques (par des entretiens psychiatriques, bilans somatiques et des testing psychologiques). Elle offre par ailleurs des suivis ambulatoires et des « modules thérapeutiques » consistant en des journées entières de thérapies diverses une fois par semaine pendant 3 mois.

B. QUESTIONS DE RECHERCHE :

1. Est-ce qu'un entraînement à la pleine conscience\ mindfulness de 8 semaines aboutit à une augmentation des capacités de pleine conscience et à une augmentation de flexibilité mentale ?

2. Est-ce que cet entraînement a un impact clinique favorable sur les symptômes de type PTSD, la dépression et l'anxiété ?
3. Est-ce que l'augmentation de la capacité MF et l'amélioration de la flexibilité mentale sont liées d'une manière significative à l'évolution clinique
4. Est-ce que ces techniques sont associées à des effets secondaires significatifs dans un contexte d'utilisation dans le décours d'un traumatisme ?

C. PARTICIPANTS :

Recrutement :

10 patients adultes (8 femmes et 2 hommes) ont été recrutés par entretien clinique semi-structuré.

critères d'inclusion :

- traumatisme psychique causé par harcèlement moral avec symptomatologie clinique
- demande de traitement (participation au module thérapeutique et engagement pour l'entraînement à la méditation)
- signature de consentement éclairé

critères d'exclusion :

- Psychose active
- Trouble bipolaire non stabilisé
- Idées suicidaires actives

Leur niveau socioéconomique était très varié (une participante était femme de ménage et une autre médecin ...)

Patients non inclus : deux participants des modules thérapeutiques ont refusé de participer à l'étude.

Un patient a dû être exclu suite à un remplissage incomplet des questionnaires.

D. PROCÉDURE :

Les patients ont participé à huit séances d'entraînement à la MF de deux heures une fois par semaine pendant deux mois. Ils recevaient de surcroît des « devoirs » pour l'entraînement à la maison : il leur était demandé de faire ces exercices quotidiennement pendant quarante-cinq minutes.

Les patients ont rempli les questionnaires au début et à la fin de l'entraînement et on les a interrogés sur leurs expériences subjectives.

E. QUESTIONNAIRES :

Five Facet Mindfulness Questionnaire FFMQ (Mindfulness) :

Ce questionnaire de Baer et al (2006) avec 39 items (à scorer entre 1/jamais ou très rarement vrai et 5/très souvent ou toujours vrai) quantifie 5 sous-échelles de MF : observer, décrire, agir avec conscience, ne pas juger son expérience intérieure et ne pas réagir à l'expérience intérieure.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist PCL-S (PTSD) :

Ce questionnaire de Weathers et al (1993) comporte 17 items (à scorer entre 1/pas du tout et 5/très souvent) se basant sur le DSM IV et permettant de mesurer la gravité des symptômes et leurs changements. Il comporte des sous-échelles pour les symptômes intrusifs, l'évitement et l'hyperstimulation (un changement de 10 points ou plus signifie une amélioration clinique significative)

Beck Depression Inventory (Dépression) :

Crée par Beck (1961) avec 13 items (à scorer entre 0 et 3), il permet de mesurer la sévérité d'une dépression

Hospital Anxiety and Depression Scale HAD (Anxiété, Dépression) :

Developé par Zigmond et Snaith (1983) ce questionnaire mesure l'anxiété et la dépression avec 14 items (à scorer entre 0 et 3)

State-Trait Anxiety Inventory STAI -A (Anxiété) :

Crée par Spielberger et al (1970) ce questionnaire mesure l'anxiété état avec 20 items à scorer entre 1 et 4.

Acceptance and Action Questionnaire AAQ2 (Flexibilité mentale) :

Ce questionnaire développé par Bond, Hayes et al mesure l'acceptation et la flexibilité mentale et est basé sur le concept d'« évitement expérientiel ». Il comporte 10 items à scorer entre 1 et 7.

RÉSULTATS

1 Evolution des capacités de MF et changement des capacités de flexibilité mentale :

L'évolution de la capacité de MF entre le temps 1 et le temps 2 est significative : Un test t pour échantillons appariés a été réalisé pour comparer les moyennes des scores de la FFMQ avant et après l'entraînement à la méditation (voir moyennes et écarts types Table 1) : $t(10) = -2.918$; $p = 0.015$. Par contre l'évolution de la flexibilité mentale est non significative : scores à la AAQ (moyennes et écarts types voir table 1) : $t(7) = 0.41$; $p = 0.743$

2 Evolution clinique :

L'échelle de PTSD (PCL) montre une amélioration significative entre le temps 1 et temps 2 : $t(9) = 3.194$; $p = 0.011$

Les scores de dépression reflétés par le HAD ne montrent pas d'évolution significative : $t(10) = 1.738$; $p = 0.113$. Par contre l'évolution à l'échelle de Beck montre une tendance : $t(10) = 1.942$; $p = 0.081$. L'évolution des scores d'anxiété à la STAI est non significative : $t(10) = 0.906$; $p = 0.386$.

Table 1

| | M(DS) Temps 1 | M(DS) Temps 2 |
|------|----------------|---------------|
| FFMQ | -11.64 (24.16) | 11 (22.03)* |
| AAQ | 44(3.55) | 42.88(8.32) |
| PCL | 61.6 (12.13) | 50.1 (15.65)* |
| HAD | 21.73(7.14) | 18.45(8.5) |
| Beck | 13.73(5.8) | 10.82(6.97) |
| STAI | 52.45(13.21) | 47.82(17.15) |

$p < 0.05$

3. Effet de MF sur les scores de PTSD :

Nous avons calculé le coefficient de corrélation entre les différences entre le temps 1 et le temps 2 des scores aux échelles FFMQ et PCL. Il existe une corrélation significative : $r = -0.757$; $p = 0.011$, montrant une évolution parallèle de ces scores.

4. Présence d'effets secondaires :

Les participants exprimaient dans la majorité des cas une expérience très positive.

Une patiente a toutefois développé des idées suicidaires durant un exercice de méditation qui avait pour but une confrontation aux expériences négatives.

DISCUSSION

Les participants ont montré une augmentation de la capacité de MF, mesurée par le questionnaire FFMQ, suite à l'entraînement de 8 semaines.

Les scores de flexibilité mentale, mesurée par le questionnaire AAQ, ne montraient pas de changement significatif entre le début et la fin du traitement.

Les scores de PTSD (mesuré avec l'échelle PCL) diminuaient d'une manière significative

alors que les scores de dépression (Beck) montraient une tendance à diminuer.

Les scores d'anxiété (STAI) et d'anxio-dépression (HAD) ne montraient pas de changement significatif.

Il apparaissait par ailleurs une corrélation significative entre l'augmentation du score de MF (FFMQ) et la diminution des symptômes de PTSD (PCL).

L'augmentation de la capacité de MF était attendue et représentait le but de l'entraînement.

L'absence du changement du score de flexibilité mentale n'était pas attendue et pourrait éventuellement être expliquée par le fait qu'un changement sur cette échelle demande plus de temps et d'exercices qu'une introduction aux techniques de méditation durant 8 semaines.

La corrélation significative entre l'augmentation de la capacité à méditer et la diminution des symptômes de PTSD ne prouve évidemment pas de lien causal, mais ce résultat est en faveur d'un effet positif de cette technique dans un contexte de trauma psychique causé par le harcèlement moral. Les participants faisaient état majoritairement d'une expérience très positive.

Une patiente a développé des idées suicidaires pendant un exercice de méditation. Ceci met en évidence l'importance d'un suivi thérapeutique en parallèle et incite à la prudence dans l'utilisation de cette technique.

Plusieurs mécanismes nous semblent jouer un rôle important dans l'effet de la méditation sur le trauma psychique :

L'entraînement attentionnel centré sur la sensation corporelle de la respiration semble déclencher souvent (mais pas obligatoirement) la réponse de relaxation décrite par Benson. L'ancrage dans l'« ici et maintenant » semble pouvoir offrir un « lieu secours » à partir duquel le patient peut observer ses pensées, émotions, sensations corporelles et mémoires traumatiques sans culpabilité et auto-dévalorisation et sans être surmonté par eux. Cette faculté pourrait diminuer l'évitement et l'effet rebond qui en découle. Il existe donc des points communs avec la thérapie classique d'exposition en TCC ou avec l'EMDR.

La confrontation avec le corps et les exercices qui visent directement à la confrontation avec les expériences et les mémoires pénibles nous semble présenter le risque le plus important pour une réactualisation du trauma psychique, associée au risque d'aggraver les symptômes de PTSD et de développer des idées suicidaires.

Il semble important de ne pas forcer l'exposition aux expériences intérieures mais de respecter les résistances qui nous signalent que le moment n'est pas encore venu.

Parmi les limitations, on retrouve la petite taille du groupe de patients et l'absence de groupe contrôle. D'autres facteurs peuvent avoir influencé les résultats comme le traitement pharmacologique parallèle, les événements de vie survenus durant les deux mois de traitement et les autres interventions thérapeutiques.

Des études contrôlées avec davantage de patients, ainsi que des recherches sur les effets spécifiques de la MF dans un contexte de traumatisme semblent nécessaires avant de généraliser ce type d'approche.

CONCLUSION

L'entraînement à la pleine conscience/mindfulness pourrait représenter un apport utile dans le traitement des traumatismes psychiques. Certains dangers liés à la réactivation des traumatismes méritent une attention particulière.

RÉSUMÉ

Background : l'entraînement à la pleine conscience/mindfulness (MF) est devenu populaire dans le champ psychothérapeutique. MF est principalement destiné à la réduction du stress, la prévention des rechutes dépressives et des ruminations anxieuses. Il existe peu de données sur leur utilisation dans un contexte de trauma psychique. Notre étude porte sur l'effet d'un entraînement à la MF dans une population de patients traumatisés suite à un harcèlement au travail.

Méthode : 10 patients venus à la clinique du stress du CHU Brugmann consécutivement à un harcèlement au travail ont accepté de participer à un entraînement à la méditation durant 8 semaines à raison de 2 heures par semaine ainsi qu'à un entraînement régulier seul à la maison entre les séances.

Les échelles suivantes ont été remplies avant et après entraînement : FFMQ, mesurant la capacité d'observer et de décrire des expériences corporelles, émotionnelles et cognitives sans jugement

et d'adopter un comportement conscient et non réactif ; AAQ2, mesurant la flexibilité mentale ; PCL-S mesurant un score de PTSD, BDI, HAD et STAI-A, mesurant des scores de dépression et d'anxiété.

Résultats : Les patients ont montré une amélioration significative de leur capacité de pleine conscience/mindfulness, et une diminution des scores de PTSD. Une patiente a présenté des idées suicidaires au cours d'une séance de méditation.

Limitations : la petite taille du groupe et l'absence de groupe contrôle ne permettent pas de généraliser les résultats.

Conclusion : Les techniques de méditation pourraient représenter un apport intéressant dans le traitement des traumatismes psychiques.

MOTS-CLÉS : mindfulness, trauma, harcèlement moral

RÉFÉRENCES

- Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Tony L « using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness » (2006) *Assesment*, 13, 27-45
- Baegby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994) « The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross validation of the factor structure » *Journal of Psychosomatic Research*, 38,23-32
- Batten SV, Orsillo SM et Walsler RD, « acceptance and mindfulness-based approaches to the treatment of posttraumatic stress disorder » (2010) « Acceptance and mindfulness-based approaches to Anxiety » Springer p241-271
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961) « an inventory for measuring depression » *Arch.Gen. Psychiatry* (6) 561-71
- Benson H « the relaxation response » *Mind Body Medicine Goleman and Gurin Consumer record books* 1993
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, et al « preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire »
- Bradley R, Green J, Russ E, Dutra L, Westen D, « a multidimensional meta-analysis of psychotherapie for PTSD » *American Journal of Psychiatrie* 71:97-104
- Chiesa A, Serretti A, « a systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations » *Psychol Med.* 2010 Aug ; 40 (8) 1239-52 Epub 2009 Nov 27
- Corten, P. (2009) « le harcèlement » travaille et psychiatrie www.cliniquedustress.be
- Corten P, Van Driette Y, Dewell P, Fromm L., Friedrich A., Tiv Ph, Pelc I. (2005) « psychiatric impacts and psycho-social outcomes » *Clinique du Stress*
- Brantley Jeffrey « calming your anxious mind : how mindfulness and compassion can free you from anxiety, fear, and panic, Oakland, CA : New Harbinger Publications, Inc 2007
- Cohen S, Williamson G (1988) « perceived stress in a probability sampel of the united states »
- Spacapan et Oskamp (Sage) Davidson, R.J., J. Kabat-Zinn, J.Schumacher, M.Rosenkranz, D.Muller, S.F. Santorelli, F.Urbanowski, A.Harrington, K.Bonus, J.F. Sheridan « alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation » (2003) *Psychosomatic Medecine* 65 564-570
- Edel Maex « Mindfulness in de maastroom van je leven » Lannoo (2006) p233
- Frewen PA, Lanius RA, Dozois DJA, Patridge K, et al (2008) « clinical and neural correlates of alexythymia in postraumatic stress disorder » *Journal of Abnormal Psychologie*, 117 (1), 171-181
- Hayes SC, Silson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl KG (1996) « experiential avoidance and behavioral disorders : a functional dimensional approach to diagnosis and treatment » *Journal of Consulting and Clinical Psychologie*, 64, 1152-1168
- Hölzel BK, Carmody J, Evans KC, Hoge EA, Dusek JA, Morgan L, Pitman RK, Lazar SW, « Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala » (2010) *Soc Cogn Affect Neurosci mar* ; 5(1). 11-7. Epub 2009 Sep 23
- Kabat-Zinn J « Full Catastrophe living using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness » *Pantam Dell* 1990 « Wherever you go, there you are: mindfulness mediation in everyday life » *Nyw York: Hyperion* 1994

Kilpatrick LA, Suyenobu BY, Smith SR, Bueller JA, Goodman T, Creswell JD, Tillisch K, Mayer EA, Naliboff BD (2011) " impact of mindfulness-based stress reduction training on intrinsic brain connectivity" *NeuroImage* 56 290-298

Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, Mc Garvey M, Quinn BT, Benson JA, Rauch SL, Moore CI, Fischl B (2005) "meditation experience is associated with increased cortical thickness" *NeuroReport* 16 1893-1897

Leymann H « mobbing » *Seuil* 1996

Nutt D, Malizia AL (2004) « structural and functional brain changes in posttraumatic stress disorder » *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 11-17

O'Donnell T, Hegadoren KM, Coupland NC (2004) « noradrenergic mechanisms in the pathophysiology of posttraumatic stress disorder » *Neuropsychobiology*, 50, 273-83

Philippot P. "contre indications mindfulness" www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness/Contents.htm 2008

Shpherd JC, Beck JG (2005) « the role of thought suppression in posttraumatic stress disorder » *Behavioral Therapy*, 36, 277-287

Sielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE Vagg PR, Jacobs GA (1983) « Manual for the state-trait anxiety inventory » consulting psychologists Press, Inc.

Tara Brach « Radical Acceptance embracing your life with the heart of a bouddha » *Pantam Dell New York*

Thompson BL, Waltz (2010) « mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity » *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 409-415

Vujanovic AA, Youngwrith NE, Johnson KA, Zvolensky MJ « Mindfulness-based acceptance and posttraumatic stress symptoms among trauma-exposed adults without axis I psychopathologie » (2009) *Journal Anxiety Disord.* , 23 (2), 297-303

Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM (1993) « The PTSD Checklist (PCL) : reliability, validity and diagnostic utility » paper presented at the 9th annual conference of the ISTSS, San Antonio, TX

Zigmond AS, Snaith RP (1983) « the hospital anxiety and depression scale » *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67 (6) 361-370

Auteur correspondant :

Veeseer Johannes

CHU Brugmann U.L.B./V.U.B- Service de Psychiatrie
4 Place Arthur Van Gehuchten – 1020 Bruxelles Belgique

Tel : 0032(0)2/4772741

johannes.veeseer@chu-brugmann.be