



HAL
open science

Régulation des émotions et mindfulness en population clinique et en population soignants : mise en place et évaluation de deux interventions psychothérapeutiques

Maria Alejandra Laszcz

► **To cite this version:**

Maria Alejandra Laszcz. Régulation des émotions et mindfulness en population clinique et en population soignants : mise en place et évaluation de deux interventions psychothérapeutiques. Psychologie. Université de Nanterre - Paris X, 2024. Français. NNT : 2024PA100002 . tel-04552389

HAL Id: tel-04552389

<https://theses.hal.science/tel-04552389>

Submitted on 19 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Membre de l'université Paris Lumières

Maria Alejandra Laszcz

Régulation des émotions et mindfulness en population clinique et en population soignants Mise en place et évaluation de deux interventions psychothérapeutiques

Thèse présentée et soutenue publiquement le 08/01/2024
en vue de l'obtention du doctorat de Psychologie de l'Université Paris Nanterre

Sous la direction du Professeur Lucia ROMO
et la co-direction du Professeur Eduardo KEEGAN

Jury :

Examineur :	M. Philip GORWOOD	PU, Université Paris Cité
Rapporteur :	M. Mathias PESSIGLIONE	DR, INSERM
Examinatrice :	Mme. Amélie ROUSSEAU	PU, Université Toulouse Jean Jaurès
Rapporteur :	M. Oulmann ZERHOUNI	PU, Université de Rouen
Co-directeur :	M. Eduardo KEEGAN	PU, Université de Buenos Aires
Directrice :	Mme. Lucia ROMO	PU, Université Paris Nanterre

Unité de recherche
CLINIQUE PSYCHANALYSE DÉVELOPPEMENT
(CLIPSYD - EA4430)
Université Paris Nanterre
200 avenue de la République - 92001 Nanterre Cedex



Résumé

L'objectif principal de cette thèse était d'étudier les effets de deux interventions psychothérapeutiques groupales brèves ayant des ingrédients communs, notamment des pratiques de mindfulness et des attitudes inhérentes à celle-ci (acceptation, autocompassion, bienveillance) : un entraînement à la régulation des émotions en population clinique (patients souffrant de troubles du comportement alimentaire), et un entraînement à la mindfulness chez le personnel soignant, dans un service hospitalier universitaire publique. La première intervention (étude 1) a été élaborée par nous-mêmes suivant les développements récents des approches psychothérapeutiques transdiagnostiques fondées sur des preuves pour les troubles émotionnels. La deuxième intervention (étude 2) a été traduite d'un programme clinique standardisé adapté pour la population générale. Nous avons examiné les effets de ces interventions sur des variables symptomatologiques (troubles du comportement alimentaire, stress, anxiété et dépression) et processuelles (régulation des émotions, mindfulness, autocompassion, rumination, flexibilité psychologique et acceptation).

Les résultats obtenus dans ces études fournissent un appui empirique à l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de techniques de mindfulness favorise la régulation adaptative des émotions, aussi bien chez des malades (étude 1) que chez des sujets sains (étude 2).

D'autre part, l'amélioration des symptômes spécifiques des troubles de l'alimentation chez des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire (indirecte, car non ciblée par l'intervention) donne un appui empirique encourageant à l'intérêt de cibler la régulation émotionnelle en tant que traitement adjuvant dans le cadre de cette pathologie.

Ce travail a donné lieu à trois articles. Le premier article (publié) présente une revue de la littérature sur les déficits de la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire et fait état de l'intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness dans le cadre de cette pathologie. Le deuxième article (soumis pour publication) examine l'acceptabilité et les

effets d'une intervention d'entraînement à la régulation des émotions et de mindfulness chez des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Le troisième article (en préparation) examine la faisabilité et les effets d'un programme bref de mindfulness pour réduire le stress et augmenter le bien-être chez le personnel soignant.

Mots clés : MBCT, mindfulness, régulation des émotions, personnel soignant, troubles du comportement alimentaire

Abstract

The main aim of this thesis was to study the effects of two brief psychotherapeutic interventions in group format. They shared some ingredients, notably mindfulness practices and the attitudes inherent in mindfulness (acceptance, self-compassion, kindness): emotion regulation training in a clinical population (patients with eating disorders), and mindfulness training for healthcare workers, in a public university hospital ward. We developed the first intervention (study 1) following recent developments in evidence-based transdiagnostic psychotherapeutic approaches to emotional disorders. The second intervention (study 2) was translated from a standardized clinical program adapted for the general population. We examined the effects of these interventions on clinical symptoms (eating disorders, stress, anxiety and depression) and processual variables (emotion regulation, mindfulness, self-compassion, rumination, psychological flexibility and acceptance).

The results obtained in these studies provide empirical support for the hypothesis that the use of mindfulness techniques promotes adaptive emotion regulation, both in patients (study 1) and in healthy subjects (study 2).

Moreover, the improvement in eating disorder-specific symptoms in patients with eating disorders (indirect, since not targeted by the intervention) provides encouraging empirical support for the value of targeting emotional regulation as an adjuvant treatment in this pathology.

This work led to three articles. The first (published) paper presents a review of the literature on emotion regulation deficits in people with eating disorders, and points to the value of developing acceptance and mindfulness-based interventions in the context of this pathology. The second article (submitted for publication) examines the acceptability and effects of an emotion regulation training intervention in patients with eating disorders. The third article (in preparation) examines the feasibility and effects of a brief mindfulness program to reduce stress and increase well-being among healthcare staff.

Keywords: Eating Disorders, Emotion Regulation, Healthcare Workers, MBCT, Mindfulness

Table des matières

Résumé	3
Abstract	5
Table des matières	7
Table des figures et des tableaux	9
Abréviations	10
Remerciements	11
Avant-propos	13
Liste de publications et communications.....	16
I. INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	19
II. PARTIE THÉORIQUE.....	21
1. Régulation des émotions.....	22
1.1 Concept	22
1.2 Régulation des émotions adaptative	23
1.3 Stratégies de régulation	24
1.4 Entraînement aux compétences de régulation des émotions	26
2. Mindfulness	28
2.1 Concept	28
2.2 Définition	29
2.3 Mécanismes.....	30
2.4 Rôle de la mindfulness dans la régulation des émotions adaptative.....	33
2.5 Interventions basées sur la mindfulness	34
3. Troubles du comportement alimentaire	36
3.1 Caractérisation	36
3.2 Régulation des émotions dans les troubles du comportement alimentaire	39
4. ARTICLE N°1 :.....	41
Intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness dans la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire	41
III. PARTIE EMPIRIQUE	57
1. Introduction	58
2. Première étude.....	59
Évaluation d'un entraînement à la régulation des émotions chez des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.....	59
2.1 Introduction.....	60

2.2 Objectifs et hypothèses	60
2.2.1 Hypothèses générales.....	61
2.2.2 Hypothèses opérationnalisées	61
2.3 Méthodologie	61
2.3.1 Mesures.....	61
2.3.1.1 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16)	62
2.3.1.2 Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ-15)	62
2.3.1.3 Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II).....	63
2.3.1.4 Self-Compassion Scale – Short Form (SCS–SF)	63
2.3.1.5 Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ).....	64
2.3.1.6 Perceived Stress Scale (PSS)	64
2.3.1.7 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).....	65
2.3.1.8 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).....	65
2.3.2 Intervention.....	66
2.4 Résultats	67
3. ARTICLE N°2.....	69
Emotion Regulation Intervention with Mindfulness for Eating Disorders.....	69
4. Deuxième étude.....	93
Évaluation d’un programme bref de mindfulness pour le personnel soignant	93
4.1 Introduction.....	94
4.2 Objectifs et hypothèses	96
4.2.1 Hypothèses générales.....	96
4.2.2 Hypothèses opérationnalisées	96
4.3 Méthodologie	97
4.3.1 Mesures.....	97
4.3.2 Intervention.....	97
4.4 Résultats	98
5. ARTICLE N°3.....	99
Reducing Stress in Mental Health Professionals – Evaluation of a Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy Programme.....	99
IV. DISCUSSION GÉNÉRALE	117
V. CONCLUSION	131
VI. BIBLIOGRAPHIE	135
VII. ANNEXES	161

Table des figures et des tableaux

Figures

<u>Article 2</u>	<u>Emotion Regulation Intervention with Mindfulness for Eating Disorders</u>
Figure 1	Analyse de l'impact de l'intervention ER sur le score EDE-Q, directement et par le biais de son impact sur le score DERS

Tableaux

<u>Article 2</u>	<u>Emotion Regulation Intervention with Mindfulness for Eating Disorders</u>
Table 1	Description de l'entraînement à la régulation des émotions
Table 2	Résultats de mesures d'auto-évaluation de difficultés de régulation des émotions (DERS), symptômes de troubles du comportement alimentaire (EDE-Q), anxiété et dépression (HAD), mindfulness (FFMQ), auto-compassion (SCS), acceptation et action (AAQ), rumination (PTQ) et stress perçu (PSS) avant et après le traitement, moyennes, écarts-types et tailles d'effet
<u>Article 3</u>	<u>Reducing Stress in Mental Health Professionals - Evaluation of a Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy Programme</u>
Table 1	Participants' self-reported difficulties with perceived stress (PSS), difficulties in emotion regulation (DERS), mindfulness (FFMQ), self-compassion (SCS), rumination (PTQ), and acceptance and action (AAQ) scores before and after intervention, means, standard deviations and effect sizes
Table 2	Correlations in the MBCT-FP Group between the pre-post changes in the process variables (mindfulness/FFMQ, difficulties with emotion regulation/DERS, self-compassion/SCS) and perceived stress (PSS)
Table 3	Direct and indirect effects in the simple mediational model (perceived stress/PSS and mindfulness/FFMQ)

Abréviations

AAQ	Acceptance and Action Questionnaire
ACAI	Attitudes et Comportements Alimentaires Inappropriés
ACT	Thérapie d'Acceptation et Engagement
ARFID	Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder
CBT-E	Cognitive Behavioural Therapy - Enhanced
DBT	Dialectical Behavioural Therapy
DBT-ST	Dialectical Behavioural Therapy – Skills Training
DERS	Difficulties in Emotion Regulation Scale
ECR	Essais Contrôlés Randomisés
ED	Eating Disorders
EDE-Q	Eating Disorder Questionnaire
FFMQ	Five Factor Mindfulness Questionnaire
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
IMC / BMI	Indice de Masse Corporelle / Body Mass Index
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBCT-FP	Mindfulness-Based Cognitive Therapy -Finding Peace in a Frantic World
MBI	Mindfulness-Based Interventions
MBRP	Mindfulness-Based Relapse Prevention
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PSS	Perceived Stress Scale
PTQ	Perseverative Thinking Questionnaire
RE	Régulation des Émotions
RNT	Repetitive Negative Thinking
SCS	Self-Compassion Scale
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire
TCC	Thérapie Comportementale et Cognitive
UP	Unified Protocol

Remerciements

Mes plus sincères remerciements vont à Lucía, aux côtés de qui j'ai eu le privilège d'apprendre depuis de nombreuses années. J'admire profondément son courage, sa patience, son énergie, sa générosité, elle a le don de mettre toujours les autres en valeur. Elle m'a constamment guidée, accompagnée et soutenue avec amitié et bienveillance.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers Eduardo, son esprit clair, empreint d'intelligence, d'humour et de solides connaissances en psychologie scientifique, a grandement enrichi ce projet. Ses contributions et sa visite en tant que Professeur invité à l'Université Paris Nanterre l'année dernière ont été fondamentales. Un grand merci à Lucía de l'avoir invité.

Je souhaite également remercier Philip Gorwood, Mathias Pessiglione, Amélie Rousseau et Oulmann Zerhouni, pour l'honneur qu'ils me font en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Le premier étant également mon chef de service, je lui suis tout particulièrement reconnaissante pour sa confiance et son soutien, ainsi que pour avoir été parmi les premiers participants aux groupes de mindfulness pour les soignants.

À Laurent, mon interlocuteur principal et partenaire indispensable à l'hôpital, je suis profondément reconnaissante pour son aide constante et désintéressée, sa participation à de nombreux groupes et sa contribution inestimable aux articles. Cette thèse est aussi la sienne.

Je souhaite exprimer ma gratitude envers Paul Bernard, une rencontre essentielle qui m'a aidé à franchir des étapes et à aller plus loin. C'est un grand privilège de l'avoir comme guide.

Un merci spécial à Pascale Kowal pour son abnégation et son accompagnement au fil des années.

Un grand merci à Christian Even, qui m'a donné ma première chance à l'hôpital et a éveillé en moi le goût de la clinique, Luis Vera qui m'a initié aux TCC, et Sophie

Criquillion qui m'a fait découvrir le plaisir des thérapies de groupe et a insisté pour que je suive ma première formation en mindfulness.

À Jean-Louis Monestès et Claire-Marie Best, je suis reconnaissante d'avoir bénéficié de leurs formations et supervisions de haut niveau.

Je n'oublie pas Anibal Duarte, Federico González et Juan Seguí qui m'ont accompagnée dans mes débuts.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers l'équipe Mindful et mes chers collègues, avec qui j'ai partagé de précieux moments au quotidien.

Aux patients, qui me font confiance et contribuent à mettre toutes les pendules à l'heure.

À Ale, Guille, Mathias, Guislaine, Sarah, Marc, pour leurs amitiés inconditionnelles.

Enfin, je dédie cette thèse à mes grands-parents, à mon papa et ma maman, à ma sœur Barbara et Lorenzo, à Dylan et Milton, les trésors de ma vie, que j'aime de tout mon cœur.

À Damián pour sa patience, son intelligence, son humour et son amour.

Et tout particulièrement à Dziadzia, mon grand-père polonais, qui a inspiré mon parcours.

Avant-propos

Cette thèse représente le travail réalisé entre 2018 et 2023 en tant que psychologue clinicienne à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Hôpital Sainte-Anne, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences.

À ce poste depuis 2006, j'ai participé à l'animation de groupes thérapeutiques d'orientation comportementale et cognitive (TCC) spécifiques à différentes pathologies : troubles obsessionnels compulsifs, troubles d'anxiété sociale, troubles addictifs, et troubles du comportement alimentaire, destinés aux patients et aux familles.

La participation à des nombreux congrès internationaux de TCC m'a permis de développer un intérêt pour les approches processuelles transdiagnostiques. En 2015, j'ai suivi une formation pour être enseignante de Thérapie Cognitive basée sur la Mindfulness (MBCT) et, peu après, j'ai mis en place à l'hôpital des groupes de Mindfulness pour la prévention de la rechute dépressive des patients en rémission. Dans ce cadre, je suivais à la lettre la structure et le contenu du protocole standardisé de 8 séances de Segal, Teasdale et Williams, tout en continuant ma formation approfondie au Oxford Mindfulness Centre. Suivant l'avancement de la recherche, j'ai étendu l'indication en mettant en place des groupes MBCT pour des patients souffrant de troubles anxieux, de troubles d'usage d'alcool et de troubles du comportement alimentaire.

En parallèle, j'animais un groupe de gestion des émotions comportant 5 séances. Le programme n'étant pas structuré dans ses versions initiales, des modifications ont été introduites au fur et à mesure des lectures et de l'expérience, et des nouvelles compétences ont été intégrées ainsi que quelques idées et suggestions issus du retour des participants. Le nouveau programme, appelé Groupe de Régulation des Émotions, a ainsi intégré des pratiques courtes de mindfulness à chaque séance, ainsi qu'un travail sur la notion d'acceptation et d'autres stratégies adaptatives de régulation émotionnelle, cognitive et comportementale.

Début 2021, nous avons finalisé le programme définitif, les instruments de mesure ont été sélectionnés, et nous avons commencé les premières inclusions et évaluations des participants. Des patients souffrant de différentes pathologies ont été inclus, toutefois s'agissant d'un service universitaire spécialisée dans la prise en charge de troubles du comportement alimentaire, la plupart des patients adressés portaient ce diagnostic. Les critères d'exclusion étaient des épisodes actuels de psychose, manie ou de crise suicidaire. C'est ce programme que nous avons évalué dans le cadre de cette thèse.

En mars 2020, suite à la situation d'urgence sanitaire du Covid-19, les psychothérapies de groupe se sont arrêtées pendant plusieurs mois. En septembre 2020 j'ai mis en place et animé un premier groupe de Mindfulness destiné au personnel soignant de l'hôpital, en présentiel sur le lieu de travail, avec des retours très positifs. Il s'agissait du programme « *Mindfulness Finding Peace in a Frantic World* », comportant 6 séances de 90 minutes. Ce programme, basé sur le protocole MBCT standard, a été adapté par Mark Williams et ses collègues au Centre de Mindfulness de l'Université d'Oxford pour une population non clinique. L'équipe de direction de l'hôpital a souhaité pérenniser l'activité en organisant des sessions chaque semestre, destinées en priorité aux médecins internes en formation dans le service, avec des places ouvertes au personnel de tous les corps de métier souhaitant participer (praticiens hospitaliers, psychologues, infirmiers, aides-soignants, secrétaires, administratifs, stagiaires, etc.). Nous avons demandé aux participants de compléter des questionnaires d'auto-évaluation avant et après le groupe. Les résultats seront présentés ici.

Suite au succès de cette initiative, en février 2023 nous avons créé, avec des collègues, un espace de pratique hebdomadaire appelé Pause Mindful pour les Soignants, comprenant 30 minutes de pratique de méditation guidée en présentiel, ouvert au personnel hospitalier du service avec ou sans expérience de méditation. Depuis sa création et jusqu'à fin octobre 2023, trente-cinq séances ont été menées, y compris pendant les vacances d'été, et 270 participations ont été enregistrées, soit une moyenne de 7.71 participants par séance. Cette activité sera poursuivie en 2024 et sera ouverte au personnel de tous les services de l'hôpital.

En résumé, le travail de cette thèse vise à étudier l'acceptabilité et l'efficacité de deux interventions ayant des ingrédients communs, notamment les pratiques de mindfulness et les attitudes inhérentes (acceptation, autocompassion, bienveillance) : un entraînement à la RE en population clinique (patients souffrant de troubles du comportement alimentaire), et un entraînement à la mindfulness chez le personnel soignant. Nous allons examiner les effets de ces interventions sur des variables catégorielles – les symptômes cliniques (TCA, stress, anxiété et dépression) – et processuelles (régulation des émotions, mindfulness, autocompassion, rumination, flexibilité psychologique et acceptation).

Ce travail a donné lieu à trois articles pour des journaux scientifiques à comité de lecture, dont un premier article théorique en français et deux articles empiriques en anglais, et quatre communications orales à des congrès nationaux. L'article théorique (publié) porte sur l'intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness dans la RE des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Le deuxième article (soumis pour publication) étudie l'acceptabilité et les effets d'une intervention de RE avec mindfulness pour des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Le troisième article (en préparation) examine la faisabilité et les effets d'un programme bref de mindfulness pour le personnel soignant.

Cette thèse n'a pas bénéficié de financement.

Liste de publications et communications

Les résultats des recherches de cette thèse ont été présentés dans les publications et communications suivantes :

Publications

Trois articles à comité de lecture

Laszcz, M. A., Keegan, E., Cruchet, L., Bernard, P., Sala, L., Gorwood, P., & Romo, L. (2023). Intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness dans la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 181(9), 787-790. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.03.008>

Laszcz, M. A., Keegan, E., Cruchet, L., Bernard, P., Duriez, P., Gorwood, P., & Romo, L. Emotion Regulation Intervention with Mindfulness for Patients with Eating Disorders. Article soumis à l'European Eating Disorders Review.

Laszcz, M. A., Keegan, E., Cruchet, L., Bernard, P., Duriez, P., Gorwood, P., & Romo, L. Effects of a Short Mindfulness Training in Healthcare Professionals. Article en préparation – Mindfulness, Springer.

Communications

Laszcz, M. A. (2019). Expérience d'un groupe d'entraînement aux compétences de régulation des émotions en population transdiagnostique. Table ronde : Actualités de la prise en charge des personnes vivant avec la personnalité borderline. Communication orale, 47e Congrès de l'AFTCC, Paris.

Laszcz, M. A., Romo, L., Keegan, E., Gorwood P., & Cruchet, L. (2022). Intérêt clinique d'une intervention groupale ciblant la régulation émotionnelle chez les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires. Symposium Recherche. Communication orale, 50e Congrès de l'AFTCC, Paris.

Laszcz, M. A., & Cruchet, L. (2023). La régulation des émotions chez des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Communication orale, Séminaire de l'AS2C, Paris.

Laszcz, M. A., Romo, L., Keegan, E., Gorwood P., & Cruchet, L. (2023). Efficacité et acceptabilité d'un programme bref de Mindfulness pour le personnel soignant. Communication accepté, 51^e Congrès de l'AFTCC, Paris.

« The faculty of voluntarily bringing back a wandering attention, over and over again, is the very root of judgment, character, and will. No one is 'compos sui' if he has it not. An education which should improve this faculty would be the education par excellence. But it is easier to define this ideal than to give practical instructions for bringing it about ».

William James, *The Principles of Psychology* (1890)

I. INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction Générale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale », un droit consacré dans le Préambule de la Constitution de l'OMS (1946).

Cette thèse s'inscrit dans une thématique prioritaire de santé publique des troubles du comportement alimentaire et présente la construction et l'évaluation des interventions psychothérapeutiques visant l'entraînement aux compétences de régulation des émotions et de mindfulness en population clinique (troubles du comportement alimentaire) et non clinique (personnel soignant) dans un service hospitalier psychiatrique publique universitaire.

Ce travail comporte une partie théorique et une partie empirique. La première partie présente les notions générales et l'état actuel de la littérature sur la régulation émotionnelle chez des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. La deuxième partie présente deux études en population clinique et non clinique examinant les effets de l'entraînement aux compétences de régulation des émotions et de mindfulness dans l'amélioration de la santé mentale et l'augmentation du bien-être chez les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire et de leurs soignants.

II. PARTIE THÉORIQUE

1. Régulation des émotions

« Anybody can become angry - that is easy, but to be angry with the right person and to the right degree and at the right time and for the right purpose, and in the right way - that is not within everybody's power and is not easy ».

Aristotle (384 BC - 322 BC)

Il est maintenant reconnu que la majorité des troubles psychopathologiques, dont les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire, les troubles liés à l'utilisation de substances ou encore les troubles de personnalité, comportent des atteintes au niveau de la régulation des émotions (Aldao et al., 2016, 2010; Barlow et al., 2017).

1.1 Concept

Définie globalement, la régulation des émotions (RE) fait référence aux processus par lesquels les individus modulent leurs émotions pour répondre de façon appropriée aux demandes de l'environnement (Campbell-Sills and Barlow, 2007; Gratz and Roemer, 2004; Gross, 1998). Pour ce faire, les individus utilisent des stratégies pour modifier la magnitude et/ou le type d'expérience émotionnelle, leurs expressions et leur physiologie, ainsi que les situations qui déclenchent ces émotions (Aldao et al., 2010; Diamond and Aspinwall, 2003; Gross, 1998).

Contrairement aux conceptualisations qui considèrent la RE comme un processus impliquant un contrôle ou l'élimination d'émotions négatives, Gratz et Roemer (2004; Gratz and Tull, 2022) définissent la RE comme un processus comportant plusieurs aspects et ne visant pas l'inhibition d'émotions indésirables mais la capacité cognitive et comportementale de se servir du rôle adaptatif des émotions comme sources importantes

d'information sur l'environnement. Dans ce sens, la RE adaptative sous-tend la capacité à réguler les réponses émotionnelles, mais aussi l'habilité à vivre un large éventail d'émotions, à en distinguer la nature et à les accepter plutôt que de tenter de les réprimer.

Plusieurs théoriciens affirment que les personnes qui ne parviennent pas à gérer efficacement leurs réactions émotionnelles aux événements quotidiens connaissent des périodes de détresse plus longues et plus graves qui peuvent évoluer vers un trouble dépressif ou anxieux (Aldao et al., 2010). En outre, les modèles de troubles du comportement alimentaire (Fairburn et al., 1995; Monell et al., 2022) suggèrent que les personnes dont les émotions sont dysrégulées se tournent souvent vers la nourriture ou l'alcool pour échapper à leurs émotions ou les atténuer, ce qui augmente le risque de pathologies liés à la nourriture ou à l'alcool.

1.2 Régulation des émotions adaptative

Associée à de bons résultats en matière de santé, relations sociales et performances scolaires et professionnelles (John and Gross, 2004), la régulation des émotions (RE) adaptative implique la capacité à identifier, comprendre et accepter les expériences émotionnelles ; de contrôler les comportements impulsifs et d'adopter des comportements orientés vers des buts, même en cas de détresse ; et de moduler avec flexibilité les réponses émotionnelles en fonction de la situation (Gratz and Roemer, 2004; Hayes, 2019; Linehan, 2015).

Sur la base des conceptualisations qui soulignent la nature contextuelle de l'expérience émotionnelle adaptative (Cole et al., 1994; Gratz and Tull, 2022; Thompson, 1994), Gratz et Roemer (2004) ont construit une évaluation multidimensionnelle intégrative des modes typiques de compréhension, de relation et de réponse aux émotions des individus. Il s'agit de l'Échelle de Difficultés de Régulation des Émotions (DERS).

Cet instrument permet d'évaluer six dimensions complémentaires mais distinctes des capacités de régulation des émotions, à savoir :

- La conscience des réponses émotionnelles
- La clarté des réponses émotionnelles
- L'acceptation des réponses émotionnelles
- L'accès à des stratégies de régulation des émotions perçues comme efficaces
- Le contrôle des impulsions en cas d'émotions intenses
- L'engagement dans des comportements orientés vers un but en cas d'émotions pénibles

Ainsi, selon ces auteurs, une régulation adaptative des émotions signifie disposer, à la fois, d'un large répertoire de stratégies de RE, mais également de suffisamment de flexibilité pour les utiliser. Ces stratégies permettent à l'individu de réguler l'intensité et la durée de telles émotions de façon à ce que l'urgence associée à leur expression ainsi que la réponse de l'individu à une situation chargée émotionnellement soient contrôlées.

Bien que le terme "régulation des émotions" puisse impliquer que les émotions nécessitent d'être modifiées ou modulées, les auteurs soulignent que la modulation des émotions ne constitue qu'un aspect de la régulation adaptative des émotions, et qu'une modulation efficace des émotions implique l'acceptation et la compréhension des émotions (Gratz and Tull, 2022).

1.3 Stratégies de régulation

Six stratégies principales de RE ont été étudiées dans la littérature (Aldao et al., 2010) dont trois considérées adaptatives dans une variété de contextes : l'acceptation, la réévaluation cognitive, et la résolution de problèmes ; et trois autres qui favorisent la détresse émotionnelle et les comportements dysfonctionnels, se révélant être des facteurs de risque au développement de troubles psychopathologiques : la rumination, l'évitement de l'expérience émotionnelle, et la suppression de l'expression émotionnelle et des pensées indésirables.

- L'**acceptation** est la capacité à accueillir les pensées, les émotions et les sensations physiologiques dans le moment présent et à les observer sans porter de jugement (Hayes et al., 2012). La recherche a montré que les interventions basées sur l'acceptation ne fonctionnent pas en modifiant directement les pensées et les émotions, mais en réduisant leur influence délétère sur le comportement (Levin et al., 2015).
- La **réévaluation** (*reappraisal*) cognitive consiste à réinterpréter des pensées ou situations afin de modifier l'intensité et/ou la durée de l'expérience émotionnelle. Cette approche est utilisée classiquement par les thérapies cognitives et comportementales (TCC) notamment pour traiter la dépression et l'anxiété (Beck et al., 1979; Clark, 1988).
- La **résolution de problèmes** est la capacité à changer une situation ou ses conséquences en adoptant des comportements dirigés vers un but. Cette stratégie ne modifie pas les émotions directement mais agit en diminuant ou éliminant des facteurs de stress. Un déficit des compétences de résolution de problèmes a été identifié dans des troubles tels que la dépression, (D'Zurilla et al., 1998), l'anxiété (Kant et al., 1997), l'abus de substances (Cooper et al., 1992), les troubles du comportement alimentaire (VanBoven and Espelage, 2006), par conséquent les TCC de ces troubles intègrent un entraînement à la résolution de problèmes (Beck et al., 1979; Fairburn et al., 1995; Marlatt et al., 1988).
- La **rumination** cognitive implique la focalisation répétitive sur une pensée ou une émotion et sur ses causes et conséquences (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Dans un contexte de détresse la rumination peut interférer avec la résolution de problèmes et immobiliser les individus dans l'indécision (Ward et al., 2003). Bien que ce processus ait été le plus étudié en relation avec la dépression et l'anxiété, il a aussi été mis en évidence dans les addictions et les troubles de l'alimentation (Nolen-Hoeksema et al., 2007).
- L'**évitement** de l'expérience émotionnelle et du comportement sont notamment associés à des troubles anxieux phobiques. Hayes et collaborateurs (Hayes et al.,

1999, 1996) considèrent que la plupart des troubles psychopathologiques sont le résultat d'évitements de l'expérience interne (pensées, émotions, sensations et impulsions). Ces auteurs soutiennent que l'évitement expérientiel peut conduire à une variété de troubles psychiatriques comme la dépression et les addictions, parce que ce processus augmente paradoxalement les pensées négatives (Wenzlaff and Wegner, 2000) et empêche les individus d'agir (Hayes et al., 2004).

- La **suppression** de l'expression émotionnelle et des pensées indésirables entraînent une augmentation de l'activation sympathique (Wegner et al., 1997), ainsi que de symptômes d'anxiété et dépression (Borton et al., 2005).

Comme suggèrent Gratz et Tull (Gratz and Tull, 2022), ce qui déterminera la valeur adaptative d'une stratégie spécifique à un moment donné sera la compréhension de la *fonction* de la stratégie en question : celles qui visent l'évitement des émotions seront moins adaptatives que les stratégies d'approche ou d'acceptation.

1.4 Entraînement aux compétences de régulation des émotions

*« Let's not forget that the little emotions are the great captains of our lives
And we obey them without realizing it ».*

Vincent Van Gogh

Les difficultés de régulation et l'évitement des émotions étant considérés comme les principaux facteurs favorisant l'apparition et le maintien de nombreux troubles psychopathologiques (Aldao et al., 2016, 2010; Hofmann and Barlow, 2014), les développements les plus récents des interventions psychothérapeutiques ont mis l'accent soit sur l'exploration et l'exposition aux émotions, soit sur l'entraînement des processus de régulation émotionnelle saine (Philippot, 2011). Par conséquent, diverses approches thérapeutiques intègrent une forme d'entraînement aux compétences de régulation des

émotions, comme la thérapie comportementale dialectique (DBT ; (Linehan, 2015, 1993), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ; (Hayes, 2019; Hayes et al., 1999), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT ; Segal et al., 2013, 2002), la thérapie cognitivo-comportementale transdiagnostique pour les troubles de l'alimentation (CBT-E ; Fairburn, 2008), le protocole unifié pour le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels (UP ; (Barlow et al., 2017, 2011).

Les thèmes communs qui ressortent de ces approches sont : l'identification des émotions agréables et désagréables ; la distinction entre les aspects adaptatifs et inadaptés des émotions ; l'acceptation des pensées, des émotions et des sensations corporelles ; l'apprentissage de stratégies de modulation telles que la relaxation et la restructuration cognitive ; la capacité de choisir avec flexibilité entre les stratégies d'acceptation et de modulation en fonction du contexte (Tolin, 2016).

2. Mindfulness

*« If you are depressed you are living in the past.
If you are anxious you are living in the future.
If you are at peace you are living in the present ».*

Lao Tzu

2.1 Concept

Dans les dernières années, la mindfulness ou pleine conscience est devenue un concept psychothérapeutique dominant, en grand partie grâce au succès des programmes de réduction du stress basés sur la mindfulness (MBSR), et au rôle central de la pleine conscience dans la thérapie comportementale dialectique (DBT), ainsi que dans la thérapie d'acceptation et engagement (ACT ; Davis and Hayes, 2011).

La thérapie cognitive basée sur la mindfulness (MBCT) est un programme groupal manualisé d'entraînement aux compétences de mindfulness développé pour la prévention de la rechute dépressive (Segal et al., 2013, 2002). La MBCT est basé sur le programme MBSR originalement développé par Kabat-Zinn (1990) en intégrant des éléments de thérapie comportementale et cognitive (TCC) pour la dépression (Beck et al., 1979). Ces programmes sont structurés, ont une durée de 8 semaines proposant 8 séances expérientielles de 120 minutes plus une journée de pratique en silence, et préconisent un temps quotidien à domicile de pratiques formelles (méditations guidées) et informelles (réalisation de tâches courantes avec attention et sans automatisme).

Des adaptations ont par la suite été développées pour cibler d'autres indications. Les avantages des interventions basées sur la mindfulness (MBI) pour un large éventail de populations et de processus psychologiques sont actuellement bien étayés dans les revues de la littérature et les méta-analyses (Dawson et al., 2020; Demarzo et al., 2015; Goldberg et al., 2018; Khoury et al., 2013). Le programme MBCT est recommandé par les

directives anglaises et canadiennes en tant que traitement de première ligne en prévention de rechute dépressive (National Institute for Health and Care Excellence, 2010; Parikh et al., 2016).

Plus récemment, dans une étude examinant 44 méta-analyses d'essais contrôlés randomisés (ECR) portant sur des interventions basées sur la mindfulness (MBI), soit 336 essais et 30 483 participants, Goldberg et al. (2022) ont confirmé un profil d'efficacité constant dans de nombreuses populations différentes. La conclusion de ces méta-analyses était que les MBI sont systématiquement supérieures aux contrôles passifs dans la plupart des populations, problèmes, interventions, comparaisons et résultats. Il ont aussi constaté que les MBI sont aussi efficaces, voire plus efficaces, que les contrôles actifs pour certaines pathologies, les preuves les plus solides concernent les addictions, la douleur et la dépression (Goldberg et al., 2022).

2.2 Définition

La mindfulness est une méthode expérientielle (*i.e.* qui s'apprend par l'expérience). Je propose donc au lecteur de faire une courte pratique : « Pendant quelques instants, je vous invite à diriger l'attention vers la respiration, en ressentant les sensations du souffle, les sensations de l'inspiration, l'expiration et des mouvements qui les accompagnent, sans rien changer, en laissant la respiration se produire naturellement. Lorsque vous vous apercevez que l'attention n'est plus centrée sur la respiration, veuillez diriger à nouveau l'attention, avec bienveillance et non-jugement, vers les sensations de la respiration ».

Cela est simple mais pas facile. Le but n'est pas de s'empêcher de se distraire, car cela constitue le fonctionnement normal de l'attention, mais d'être capable de remarquer ces distractions et de rediriger volontairement son attention sur le point d'ancrage, dans ce cas la respiration, sans se critiquer et en appréciant le fait de s'en être rendu compte.

La mindfulness a été défini 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 instant après instant » (Kabat-Zinn, 2003).

Outre le fait qu'il s'agit d'une capacité qui peut être entraînée par la pratique, certains auteurs ont conceptualisé la mindfulness comme un trait de caractère que nous possédons tous, dans une mesure plus ou moins grande (Baer et al., 2006).

Le mot « mindfulness » peut ainsi être utilisé pour décrire un trait psychologique, une pratique visant à cultiver la mindfulness (par exemple, la méditation de mindfulness), un état de conscience, ou un processus psychologique (Germer et al., 2005).

2.3 Mécanismes

Deux composantes ont été soulignées par plusieurs auteurs, par exemple (Bishop et al., 2004). D'une part, la mindfulness implique l'autorégulation de l'attention qui est maintenue sur l'expérience immédiate permettant une reconnaissance des événements mentaux au moment présent ; d'une autre part, une attitude particulière envers sa propre expérience, caractérisée par la curiosité, l'ouverture et l'acceptation (non-jugement), indépendamment de sa valence ou de sa désirabilité. Dans ce contexte, l'acceptation renvoie à la capacité de vivre pleinement les événements, sans recourir à l'un ou l'autre des extrêmes que sont la préoccupation excessive ou la suppression de l'expérience. En résumé, les conceptualisations actuelles de mindfulness en psychologie clinique mettent l'accent sur deux éléments primaires et essentiels de la pleine conscience : la prise de conscience de l'expérience du moment présent sans jugement et avec acceptation.

D'autres auteurs ont identifié des multiples facettes constitutives de la mindfulness. Par exemple, Baer et al. (2006) ont distingué cinq aspects :

- 1) La capacité d'observer les stimuli internes et/ou externes tels les sensations, émotions, cognitions, vues, sons et odeurs ;
- 2) L'habilité à décrire l'expérience (mettre des mots ou étiqueter verbalement ces stimuli) ;
- 3) Agir avec conscience du moment présent (opposé aux conduites automatiques) ;
- 4) Sans porter de jugement sur l'expérience interne (éviter d'évaluer les sensations, cognitions ou émotions) ;
- 5) Sans réagir à l'expérience interne (laisser passer les pensées et les émotions sans y réagir).

Le concept de mindfulness est à son tour lié à d'autres notions, tels que la décentration ou défusion, qui fait référence à la capacité de prendre de la distance par rapport à sa propre expérience interne, en observant les pensées et les émotions comme des phénomènes temporaires qui ne reflètent pas nécessairement la réalité (Teasdale et al., 2002).

Ces mécanismes principaux, tels que la prise de conscience et l'acceptation sans jugement de l'expérience du moment présent, sont considérés comme des antidotes potentiellement efficaces contre les formes courantes de détresse psychologique – rumination, anxiété, inquiétude, peur, colère, etc. – qui génèrent des tendances inadaptées à l'évitement, à la suppression ou à l'engagement excessif dans des pensées et des émotions pénibles (Hayes and Feldman, 2004; Kabat-Zinn, 1990).

Pour Shapiro et al. (2006) la mindfulness serait composée de trois éléments : attention, intention et attitude. Ces éléments permettraient des changements dans les quatre mécanismes suivants : l'autorégulation ; la flexibilité émotionnelle, cognitive et comportementale ; la clarification des valeurs ; et l'exposition.

Hölzel et collaborateurs (2011) postulent également quatre mécanismes de fonctionnement de la mindfulness : la régulation de l'attention ; la conscience du corps ; la régulation des émotions ; et le changement de perspective par rapport à un soi immuable. Ils établissent également des similitudes entre la régulation des émotions et le

changement de perspective par rapport à soi avec l'autocompassion, un concept défini par Neff (2003) comme étant étroitement lié à la mindfulness et comprenant trois composantes : la bienveillance envers soi-même face à la souffrance ; le fait de considérer son expérience comme faisant partie d'une expérience humaine plus large ; et la mindfulness définie comme le fait de maintenir ses pensées et sentiments douloureux dans une conscience équilibrée plutôt que de s'y identifier de manière extrême.

En résumé, la recherche montre que les MBI sont utiles pour de nombreux problèmes en population clinique et non clinique. L'apprentissage et la pratique de compétences de mindfulness sont liés à :

- des changements dans de nombreux processus psychologiques,
- une amélioration de la santé psychologique, et
- une augmentation de la compassion, de la bienveillance et de l'empathie.

Ces dernières années, nous avons pu voir se développer un intérêt particulier autour de médiateurs (W. Kuyken et al., 2016; Tudor et al., 2022; van der Velden et al., 2015), d'effets de mindfulness à long terme (Galante et al., 2020b), d'interventions online (Fincham et al., 2023; Jayawardene et al., 2016; Sylvia et al., 2022), ainsi que d'effets indésirables ou potentiellement nuisibles (Baer et al., 2021, 2019; Britton et al., 2021). Les mécanismes les mieux étayés ont été les changements dans la réactivité cognitive et émotionnelle, les pensées négatives répétitives (ruminations et inquiétude), l'autocompassion, la décentration (également connue sous le nom de conscience métacognitive) et la flexibilité psychologique (Baer, 2018; Gu et al., 2015; Kuyken et al., 2015; Sala et al., 2021).

2.4 Rôle de la mindfulness dans la régulation des émotions adaptative

*« Mindfulness is the means by which we can bring our full presence to the world
and experience its ten thousand joys and its ten thousand sorrows ».*

Jack Kornfield

Le rôle de la mindfulness et l'acceptation dans la régulation adaptative des émotions a suscité un intérêt croissant (Guendelman et al., 2017; Lindsay and Creswell, 2019; Roemer et al., 2015).

Selon Roemer et al. (2015), grâce au développement d'une attention pleine et élargie ainsi qu'une conscience avec curiosité et sans jugement du moment présent, la mindfulness peut modifier la manière dont les individus se connectent à leurs expériences internes (pensées, sentiments, sensations, souvenirs) d'une façon qui a un impact sur la régulation. Ainsi cette décentration ou acceptation peut directement réduire l'intensité des réactions émotionnelles, augmenter la tolérance à la détresse et réduire l'évaluation négative des réactions émotionnelles. Elle peut également favoriser la réévaluation des situations et réduire le traitement autoréférentiel automatique (par exemple, l'inquiétude, la rumination, l'autocritique) qui perpétue souvent la détresse émotionnelle, en particulier chez les personnes souffrant de troubles émotionnels. Ces auteurs soulignent que cette qualité de conscience peut également faciliter l'utilisation flexible de stratégies pour réguler les émotions et/ou améliorer la capacité des individus à s'engager dans des actions importantes pour eux (et à s'abstenir d'actions impulsives) même lorsqu'ils éprouvent des émotions intenses.

En conclusion, Roemer et al. (Roemer et al., 2015) considèrent que les interventions basées sur la mindfulness peuvent contribuer à réduire la réactivité émotionnelle, ainsi que le traitement autoréférentiel négatif qui interfère avec une régulation saine, tout en augmentant la capacité à s'engager dans des actions adaptées en dépit d'une activation émotionnelle de forte intensité.

2.5 Interventions basées sur la mindfulness

Crane et collaborateurs (2016) ont défini les ingrédients essentiels des interventions basées sur la mindfulness (MBI) de la manière suivante :

- S'appuient sur des théories et des pratiques issues de la convergence des traditions contemplatives, de la science et des principales disciplines de la médecine, de la psychologie et de l'éducation.
- Sont étayées par un modèle d'expérience humaine qui aborde les causes de la détresse humaine et les moyens de la soulager.
- Développent une nouvelle relation avec l'expérience, caractérisée par la focalisation de l'attention sur le moment présent, la décentration et une orientation d'approche (c'est-à-dire aller vers l'expérience – qu'elle soit agréable, neutre ou difficile – au lieu de s'en éloigner).
- Favorisent le développement d'une meilleure autorégulation attentionnelle, émotionnelle et comportementale, ainsi que de qualités positives telles que la compassion, la sagesse et l'équanimité.
- Engagent le participant dans une formation intensive et soutenue à la pratique de la méditation mindfulness, dans un processus d'apprentissage expérientiel basé sur le dialogue exploratoire et des exercices visant à développer l'insight et la compréhension.

L'intégrité des MBI étant indispensable pour la recherche sur les résultats des interventions psychothérapeutiques, la formation des psychothérapeutes et des instructeurs MBCT est essentielle (Crane and Kuyken, 2019; Floyd et al., 2023; Griffith et al., 2021; S Crane et al., 2020). Au Royaume Uni, un programme d'entraînement et de bonnes pratiques des instructeurs de MBCT a été élaboré et publié en 2017 ("Health Education England. Improving Access to Psychological Therapies: Mindfulness-Based

Cognitive Therapy National MBCT Training Curriculum, n.d.). L'évaluation et la supervision des instructeurs constitue une nécessité (Evans et al., 2015). Un instrument d'évaluation a également été élaboré sur la base des critères d'évaluation de l'enseignement des interventions basées sur la pleine conscience, Mindfulness-Based Interventions : Critères d'évaluation de l'enseignement (MBI:TAC, Crane et al., 2013; Crane and Kuyken, 2019).

3. Troubles du comportement alimentaire

*« The mind commands the body, and it obeys instantly;
the mind commands itself, and is resisted [...].
And therefore are there two wills, for that one of them is not entire:
and what the one lacketh, the other hath ».*
Augustine of Hippo AD 398; Confessions

Des déficits de RE ont été observés dans des nombreux troubles psychopathologiques (Berenbaum et al., 2003; Mennin and Farach, 2007) dont les troubles de l'humeur (Johnson, 2005; Nolen-Hoeksema et al., 2008), les troubles anxieux (Hofmann et al., 2012), les addictions (Gratz and Tull, 2010; Sher and Grekin, 2007), les troubles de stress post-traumatique (Weiss et al., 2013), le trouble de la personnalité borderline (Linehan, 1993). Dans le cas des troubles de conduites alimentaires, la restriction, l'hyperphagie ou la purge, sont considérées par certains auteurs comme des stratégies inadaptées visant à réguler des états émotionnels pénibles (Fairburn et al., 1995; Lavender et al., 2015; Prefit et al., 2019).

3.1 Caractérisation

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des maladies psychiatriques complexes caractérisées par des préoccupations concernant l'alimentation, la forme et le poids du corps, des restrictions alimentaires, des crises d'hyperphagie et/ou des comportements compensatoires (American Psychiatric Association, 2013). Les TCA présentent les taux de mortalité les plus élevés de tous les troubles psychiatriques (AED Report, 2021) et se situent parmi les maladies mentales les plus difficiles à traiter, principalement en raison de leur étiologie biopsychosociale complexe, de leurs caractéristiques égo-syntoniques et de leur résistance au traitement (Fassino and Abbate-Daga, 2013).

Le manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux (DSM-5 ; (American Psychiatric Association, 2013) et la Classification internationale des maladies (CIM-11 ; (World Health Organisation, 2019) recensent six troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments. Dans les trois premiers, l'altération alimentaire est motivée par des préoccupations liées au poids ou à la forme du corps. Ce n'est pas le cas de trois autres qui étaient préalablement considérés comme des troubles chez l'enfant.

- 1) L'anorexie mentale (*anorexia nervosa*), avec les sous-types restrictif et accès hyperphagiques/purgatif, caractérisée par le refus d'atteindre ou de maintenir un poids normal.
- 2) La boulimie (*bulimia nervosa*), caractérisée par des crises répétées d'ingestion de nourriture en grande quantité associées à un sentiment de perte de contrôle et suivies de comportements compensatoires inappropriés visant à prévenir la prise de poids.
- 3) Les accès hyperphagiques (*binge-eating disorder*) sans comportement compensatoire.
- 4) La restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (*Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder - ARFID*), caractérisée par un manque d'intérêt manifeste pour l'alimentation ou la nourriture, évitement fondée sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture ou une préoccupation concernant un dégoût pour le fait de manger.
- 5) Le pica, marqué par l'ingestion répétée de substances non nutritives et non comestibles.
- 6) Le mérycisme, défini par la régurgitation répétée de la nourriture en l'absence de nausées, de vomissements involontaires ou de dégoût, pouvant être remâchée, ravalée ou recrachée.

D'autres TCA existent, les TCA atypiques et les non spécifiés (ne remplissant pas les critères des troubles spécifiques). Le passage d'un type de trouble à l'autre est fréquent. Le DSM-5 fournit également des critères de classification des sous-types, des indicateurs de gravité et des définitions de rémission.

Des études récentes montrent que les TCA sont de plus en plus répandus dans le monde, avec une prévalence vie entière de l'ensemble des TCA de 8,4% pour les femmes et 2,2% pour les hommes (Galmiche et al., 2019). Chez les hommes, par exemple, les préoccupations liées à l'image corporelle peuvent être focalisées sur la musculature, alors que chez les femmes, elles sont davantage centrées sur la perte de poids (Treasure et al., 2020). Ces troubles génèrent une souffrance importante et impactent la qualité de vie des patients et de leurs proches (van Hoeken and Hoek, 2020).

Au début du trouble, les personnes affectées ne sont que rarement conscientes de leur maladie et une telle attitude peut être maintenue jusqu'à la mort (Arcelus et al., 2011). Certains des aspects contribuant au déni et à la résistance aux traitements peuvent être automatiques et non motivés, tandis que d'autres sont générés consciemment par les patients qui s'opposent activement au traitement, également sur la base de la vulnérabilité biologique de l'altération de la récompense et de l'inhibition sous-jacente à ces troubles (Kaye et al., 2013; Zink and Weinberger, 2010).

Les comorbidités psychiatriques sont la norme chez les personnes souffrant de TCA (>70%). Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur et de l'anxiété, les troubles neurodéveloppementaux, les troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres substances et les troubles de la personnalité (Keski-Rahkonen and Mustelin, 2016; Udo and Grilo, 2019).

Des variables indépendantes considérées comme fondamentales dans le développement et le maintien des TCA représentent des cibles thérapeutiques potentielles. Les psychothérapies ciblent les comportements inadaptés, les traits de personnalité et les affects négatifs, qui représentent généralement le spectre des TCA (Kass et al., 2013).

3.2 Régulation des émotions dans les troubles du comportement alimentaire

Dans une méta-analyse récente, portant sur 96 études, Prefit et al. (Prefit et al., 2019) ont examiné les liens entre les processus de RE et les TCA. Les études mettent en évidence que les personnes souffrant de TCA, comparées à des sujets témoins, sont généralement moins conscientes de leurs émotions, ont plus de difficultés à identifier ou à décrire leurs émotions ou celles d'autrui, à accepter des émotions indésirables et à utiliser des stratégies de réévaluation et de résolution de problèmes ; en revanche, la rumination, l'évitement des émotions et la suppression des pensées chargées émotionnellement semblent être plus fréquents dans l'ensemble des TCA. Les auteurs concluent que l'utilisation des stratégies de RE dysfonctionnelles et/ou le déficit dans l'utilisation des stratégies adaptatives contribuerait au maintien des TCA.

Ces études suggèrent que la RE ne diffère pas en fonction du type de TCA, ce qui confirme le caractère transdiagnostique des problèmes de RE dans les pathologies alimentaires. Ces résultats ont des implications théoriques et pratiques importantes pour les programmes de prévention et d'intervention.

4. ARTICLE N°1 :

Intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness dans la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire

Nous avons effectué une revue de la littérature sur les difficultés de régulation des émotions chez des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Ce travail a donné lieu à la rédaction d'un article théorique qui porte sur l'intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness ciblant la régulation émotionnelle dans le cadre de cette pathologie.

Ce travail a été publié en mars 2023. Le manuscrit est présenté à continuation.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la *mindfulness* dans la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire



The importance of developing treatment protocols based on acceptance and mindfulness in managing emotions in people with eating disorders

Maria Alejandra Laszcz^{a,b,*}, Eduardo Keegan^c, Laurent Cruchet^b, Paul Bernard^d, Loretta Sala^a, Philip Gorwood^{a,e}, Lucia Romo^{b,f}

^a GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME), 75014 Paris, France

^b Université Paris Nanterre, Laboratoire de Psychologie Clinique EVACLIPSY, UR 4430 CLIPSYD, UFR SPSE, 92000 Nanterre, France

^c Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentine

^d Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust, Darlington, Royaume-Uni

^e Université de Paris, Institut Psychiatrie et Neurosciences de Paris, Inserm U1266, 75014 Paris, France

^f Hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, 92380 Garches, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 6 juillet 2022

Accepté le 1^{er} décembre 2022

Disponible sur Internet le 21 mars 2023

Mots clés :

Acceptation

MBCT

Mindfulness

Pleine conscience

Régulation des émotions

Troubles du comportement alimentaire

Keywords:

Acceptance

Eating disorders

Emotion regulation

MBCT

Mindfulness

RÉSUMÉ

Des déficits de régulation des émotions ont été observés dans des nombreux troubles psychopathologiques, ce qui montre l'importance d'améliorer la capacité des patients à réguler leurs émotions dans la pratique clinique. Les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires en font partie. Cet article présente une brève revue de la littérature des mécanismes de régulation des émotions identifiés chez des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires et propose des vecteurs de changement des modèles interventionnels de régulation des émotions adaptative basés sur la *mindfulness* et l'acceptation.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Deficiencies in managing emotions have been observed in numerous psychopathological disorders, which highlights the importance of improving patients' ability to deal with their emotions in clinical practice. Patients with eating disorders are no exception. This article presents a brief review of the literature on emotion management mechanisms identified in patients with eating disorders and proposes vectors for change in adaptive emotion management intervention models based on mindfulness and acceptance.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. La régulation des émotions

La régulation des émotions (RE) fait référence aux processus automatiques et contrôlés impliqués dans le déclenchement, le maintien et la modification de l'apparition, l'intensité et la

durée des émotions [14]. Aldao [2] conceptualise la RE comme étant un processus par lequel les individus modifient leurs expériences émotionnelles, leurs expressions et leur physiologie, ainsi que les situations qui déclenchent ces émotions, afin de produire des réponses appropriées aux exigences en

* Auteur correspondant. 247, rue de Tolbiac, 75013 Paris, France.

Adresse e-mail : alexandralaszcz@gmail.com (M. Alejandra).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.03.008>

0003-4487/© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ARTICLE N°1

Annales Médico-Psychologiques 181 (2023) 787–790

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.03.008>

Article original

**Intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la
mindfulness dans la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du
comportement alimentaire**

*The importance of developing treatment protocols based on acceptance and
mindfulness in managing emotions in people with eating disorders*

Maria Alejandra Laszcz ^{a, b}

Eduardo Keegan ^c

Laurent Cruchet ^b

Paul Bernard ^d

Loretta Sala ^a

Philip Gorwood ^{a, e}

Lucia Romo ^{b, f}

^a GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME), 75014 Paris, France

^b Université Paris Nanterre, Laboratoire de Psychologie Clinique EVACLIPSY, UR4430, UFR SPSE, 92000 Nanterre, France

^c Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentine

^d Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust, Darlington, Royaume-Uni

^e Université de Paris, Institut Psychiatrie et Neurosciences de Paris, Inserm U1266, 75014 Paris, France

^f Hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, 92380 Garches, France

Résumé

Des déficits de régulation des émotions ont été observés dans des nombreux troubles psychopathologiques, ce qui montre l'importance d'améliorer la capacité des patients à réguler leurs émotions dans la pratique clinique. Les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires en font partie. Cet article présente une brève revue de la littérature des mécanismes de régulation des émotions identifiés chez des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires et propose des vecteurs de changement des modèles interventionnels de régulation des émotions adaptative basés sur la mindfulness et l'acceptation.

Abstract

Deficiencies in managing emotions have been observed in numerous psychopathological disorders which highlights the importance of improving patients' ability to deal with their emotions in clinical practice. Patients with eating disorders are no exception. This article presents a brief review of the literature on emotion management mechanisms identified in patients with eating disorders and proposes vectors for change in adaptive emotion management intervention models based on mindfulness and acceptance.

Mot clés : Acceptation, MBCT, Mindfulness, Pleine conscience, Régulation des émotions, Troubles du comportement alimentaire

Keywords: *Acceptance, Eating disorders, Emotion regulation, MBCT, Mindfulness*

1. La régulation des émotions

La régulation des émotions (RE) fait référence aux processus automatiques et contrôlés impliqués dans le déclenchement, le maintien et la modification de l'apparition, l'intensité et la durée des émotions (Gross and Thompson, 2007). Aldao et al. (2010) conceptualisent la RE comme étant un processus par lequel les individus modifient leurs expériences émotionnelles, leurs expressions et leur physiologie, ainsi que les situations qui déclenchent ces émotions, afin de produire des réponses appropriées aux exigences en constante évolution de l'environnement. Le contexte y joue donc un rôle central.

Les modèles théoriques de la RE (Aldao et al., 2010) ont distingué six stratégies principales de RE, dont trois adaptatives dans une variété de contextes : acceptation, réévaluation, et résolution de problèmes ; et trois autres qui favorisent la détresse émotionnelle et les comportements dysfonctionnels, se révélant être des facteurs de risque au développement de psychopathologies : rumination, évitement de l'expérience émotionnelle et du comportement, et suppression de l'expression émotionnelle et des pensées indésirables (Gratz and Roemer, 2004).

Définie comme un processus n'impliquant pas l'inhibition d'émotions désagréables mais la capacité cognitive et comportementale de se servir du rôle adaptatif des émotions comme sources importantes d'information sur l'environnement, la RE adaptative soutient la capacité à réguler les réponses émotionnelles, mais aussi l'habileté à vivre un large éventail d'émotions, à en distinguer la nature et à les accepter plutôt que de tenter de les réprimer (Hayes et al., 1999). Ainsi, selon Gratz et Roemer (2004), une régulation adaptative des émotions signifie disposer, à la fois, d'un large répertoire de stratégies de RE, mais également de suffisamment de flexibilité pour les utiliser. Ces stratégies permettent à l'individu de réguler l'intensité et la durée de telles émotions de façon à ce que l'urgence associée à leur expression ainsi que la réponse de l'individu à une situation chargée émotionnellement soient contrôlées. Autrement dit, la RE adaptative implique : la capacité à identifier, comprendre et accepter les expériences émotionnelles ; de rester en contrôle des comportements impulsifs et d'adopter des comportements orientés vers des

but, même en cas de détresse ; et de moduler avec flexibilité les réponses émotionnelles en fonction de la situation (Linehan, 2015).

Des déficits de RE ont été observés dans des nombreux troubles psychopathologiques, comme les blessures auto-infligées et l'abus de substances psychoactives (Gratz and Tull, 2010), la dépression (Nolen-Hoeksema et al., 2008), l'anxiété (Hofmann et al., 2012), le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (Mitchell et al., 2012), le stress post-traumatique (Weiss et al., 2013), le trouble de la personnalité limite (Linehan, 1993), et les troubles des conduites alimentaires (Lavender et al., 2015).

2. La régulation des émotions chez des personnes souffrant de troubles alimentaires

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des maladies mentales graves qui présentent une morbidité et une mortalité médicale et psychiatrique importantes, quel que soit le poids de la personne (AED Report, 2021). Les principaux TCA comprennent : l'anorexie mentale (avec les sous-types restrictif et boulimique purgatif) ; la boulimie (avec comportements compensatoires inappropriés visant à prévenir la prise de poids) ; et l'hyperphagie boulimique (accès boulimiques sans comportement compensatoire). D'autres TCA existent, les TCA atypiques et les non spécifiés (ne remplissant pas les critères des troubles spécifiques). Des études récentes montrent que les TCA sont de plus en plus répandus dans le monde, avec une prévalence vie entière de l'ensemble des TCA de 8,4% pour les femmes et 2,2% pour les hommes (Galmiche et al., 2019). Ils génèrent une souffrance importante et impactent la qualité de vie des patients et de leurs proches.

Des nombreuses recherches montrent que les difficultés à identifier et réguler les émotions jouent un rôle important dans ces troubles (Aldao et al., 2010). Les données suggèrent que les personnes atteintes d'anorexie mentale présentent systématiquement des niveaux plus élevés de dysrégulation émotionnelle que les sujets témoins (Harrison et al., 2009). Certains chercheurs considèrent que les habitudes alimentaires dysfonctionnelles,

comme la restriction alimentaire, l'hyperphagie ou la purge, peuvent elles-mêmes être des stratégies inadaptées visant à réguler des états émotionnels pénibles (Overton et al., 2005).

Dans une méta-analyse récente, portant sur 96 études, Prefit et collaborateurs (2019) ont examiné les liens entre les processus de RE et les TCA. Des associations fortes ont été identifiées entre ces troubles et le manque de conscience des émotions, de clarté émotionnelle, d'acceptation des émotions, de réévaluation et de résolution de problèmes. La rumination, l'évitement des émotions et la suppression ont aussi été fortement associés à l'anorexie mentale et la boulimie. Plusieurs études suggèrent que les personnes souffrant de TCA accordent moins d'attention à leurs émotions et sont donc moins conscientes de celles-ci que les sujets témoins (e.g. Mallorquí-Bagué et al., 2018). De plus, elles ont une moins bonne clarté émotionnelle (c'est-à-dire des difficultés à identifier ou à décrire les sentiments) de leurs expériences émotionnelles ou de celles d'autrui (Mallorquí-Bagué et al., 2018). Par ailleurs, la non-acceptation des émotions négatives est également caractéristique des TCA (Brockmeyer et al., 2014). Deux autres stratégies de RE adaptatives : la résolution de problèmes, définie comme la capacité à changer ou à modifier la situation ou ses conséquences en adoptant des comportements dirigés vers un but, et la réévaluation de stimuli potentiellement stressants dans le but de diminuer leur impact émotionnel, tendent également à être moins développées chez les personnes souffrant de TCA que chez les témoins (Svaldi et al., 2012). Concernant des stratégies inadaptées spécifiques, une stratégie de RE problématique liée aux TCA est la rumination cognitive ou le processus de focalisation répétitive sur une émotion et sur ses causes et conséquences (e.g. Nolen-Hoeksema et al., 2008). Certains auteurs avancent l'idée que les préoccupations alimentaires, du poids et de la forme dans l'anorexie mentale peuvent être conceptualisées comme une rumination spécifique au trouble, avec un accent mis sur la réflexion orientée vers le contrôle de l'alimentation, du poids et de la forme (Cowdrey and Park, 2012). D'un autre côté, les symptômes boulimiques peuvent être utilisés pour échapper à la rumination, et cette stratégie inadaptée prédit une augmentation des symptômes (Nolen-Hoeksema et al., 2008). L'évitement expérientiel semble être un autre facteur important. Les personnes qui éprouvent fréquemment des pensées et des

sentiments négatifs à l'égard de leur apparence sont plus susceptibles de présenter des symptômes boulimiques si elles évitent les émotions négatives liées à l'image corporelle par rapport à celles qui n'utilisent pas cette stratégie d'évitement (Lavender et al., 2015). En outre, certains modèles théoriques ont suggéré que l'hyperphagie boulimique fonctionne comme une forme d'évitement des émotions (e.g. Leehr et al., 2015). Une autre stratégie inadaptée de RE, la suppression de l'expression émotionnelle ou des pensées indésirables, semble également être plus fréquente dans l'ensemble des TCA que dans les groupes témoins (Danner et al., 2014).

En résumé, ces études suggèrent que les troubles de l'alimentation peuvent être associés à un déficit de capacités à utiliser des stratégies adaptatives en matière de RE et/ou à l'utilisation de stratégies de RE inadaptées, qui favorisent le cercle vicieux de la pathologie alimentaire (e.g. Aldao et al., 2010; Brockmeyer et al., 2014).

Globalement, les résultats de la méta-analyse (Prefit et al., 2019) montrent que la RE ne diffère pas en fonction du type de TCA, ce qui confirme le caractère transdiagnostique des problèmes de RE dans la pathologie alimentaire. Ces résultats ont des implications théoriques et pratiques importantes pour les programmes de prévention et d'intervention.

3. L'entraînement à la régulation des émotions

Les développements les plus récents de la psychothérapie (par exemple, Barlow et Allen, 2007 ; Hayes et al., 2004 ; Teasdale, 2004 ; Watkins et al., 2009 ; dans Philippot, 2011) donnent aux émotions un rôle central, tant du point de vue de la psychopathologie que de celui des interventions psychothérapeutiques. Au niveau de la psychopathologie, les problèmes de régulation et d'évitement des émotions sont considérés comme les principaux facteurs psychopathogènes. Au niveau des interventions psychothérapeutiques, l'accent est maintenant mis soit sur l'exploration et l'exposition aux émotions, soit sur l'entraînement des processus de régulation émotionnelle saine (Philippot, 2011).

En conséquence, diverses approches thérapeutiques intègrent une forme d'entraînement à la régulation des émotions, notamment la thérapie comportementale dialectique (DBT ; Linehan, 2015), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ; Hayes et al., 1999), la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT ; Segal et al., 2002), la thérapie cognitive et comportementale transdiagnostique des troubles alimentaires (CBT-E ; Fairburn, 2008), et le protocole unifié pour le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels (UP ; Barlow et al., 2011).

Les thèmes communs qui émergent de ces approches sont :

- l'identification des émotions agréables et désagréables ;
- la distinction entre des aspects adaptatifs et inadaptés des émotions ;
- l'acceptation des pensées, des émotions, et des sensations corporelles ;
- l'apprentissage de stratégies de modulation comme la relaxation et la restructuration cognitive ;
- la capacité à sélectionner avec flexibilité entre stratégies d'acceptation versus modulation en fonction du contexte (Tolin, 2016).

4. Les interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness

Les modèles actuels d'entraînement à la RE (Berking et al., 2013; Linehan, 2015) s'inspirent fortement des interventions psychothérapeutiques basées sur l'acceptation et la mindfulness, tout en permettant de sélectionner des stratégies de modulation des émotions telles que la relaxation, le réentraînement respiratoire et la restructuration cognitive.

Dans la psychologie contemporaine, le terme "mindfulness" fait référence à :

- l'état de conscience qui émerge du fait de porter son attention de manière intentionnelle et non jugeante à l'expérience du moment présent (comprenant les événements internes, tels que les sensations physiques, les cognitions, les émotions et les envies, ainsi que les stimuli environnementaux, tels que les images, les sons et les odeurs), avec une attitude d'ouverture et de bienveillance ;

- un ensemble de pratiques qui servent à entraîner cet état de conscience ;
- un trait de caractère que tous les gens possèdent dans une mesure plus ou moins grande. Cet état de conscience peut être entraîné par une série de pratiques formelles (méditation) et informelles (conscience attentive des activités quotidiennes de routine).

La mindfulness est une approche basée sur l'acceptation car elle cultive la capacité à reconnaître ce qui se passe dans le moment présent et faire un choix habile sur la façon de répondre. Dans certaines occasions, ces réponses habiles peuvent inclure des stratégies basées sur le changement, comme la restructuration cognitive, l'activation comportementale, la résolution de problèmes ou l'utilisation de compétences interpersonnelles. Dans d'autres circonstances, les stratégies de défusion (distanciation cognitive ou décentration) et d'acceptation peuvent être plus utiles. Les réponses qui relèvent de l'auto-compassion et qui sont en accord avec les valeurs et les objectifs personnels sont plus susceptibles de favoriser l'épanouissement et le bien-être (Baer, 2018).

Une autre approche basée sur l'acceptation, la défusion, et la mindfulness est la thérapie ACT. Elle promeut le développement de la flexibilité psychologique et comportementale — c'est-à-dire la capacité à adapter ses comportements afin de pouvoir engager dans l'instant présent les actions importantes pour soi en fonction du contexte et en présence de tout ce que l'on ressent. Ici les expériences du moment présent, en particulier les pensées et les émotions, sont observées avec la volonté de les vivre telles qu'elles sont, la reconnaissance qu'elles n'ont pas à contrôler le comportement, et en comprenant qu'elles ne définissent pas la personne qui les vit. Des formulations similaires sont centrales dans les autres interventions basées sur la mindfulness (MBI ; Baer, 2018).

Les MBI bénéficient d'un soutien croissant (pour une méta-analyse récente, voir Khoury et al., 2013). Les plus solides d'entre elles, en termes de preuves d'efficacité, sont l'ACT, la DBT, et la MBCT ainsi que les méthodes étroitement apparentées de réduction du stress (MBSR) ou de prévention de la rechute dans les addictions (MBRP). Les thérapies focalisées sur la compassion (Gilbert, 2014) semblent également prometteuses.

5. Conclusion

En résumé, la mindfulness promeut la flexibilité et la décentration, qui constituent des éléments permettant une régulation émotionnelle adaptative.

Ainsi, la mindfulness favoriserait à la fois une stratégie de RE comme l'acceptation, mais constituerait également un moyen pour que d'autres stratégies de RE fonctionnelles puissent être mises en place.

L'identification de relations spécifiques entre les stratégies de RE, les TCA et les symptômes liés à l'alimentation peut faciliter l'amélioration des traitements existants (e.g. Sala et al., 2021), mais aussi le développement de nouvelles interventions.

Références

- AED Report 2021, Eating disorders: A guide to medical care, 4th edition.
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* mars 2010;30(2):217-37.
- Baer R. Mindfulness practice. In: *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy.* Oakland, CA, US: New Harbinger Publications, Inc.; 2018. p. 389-402.
- Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York, NY, US: Oxford University Press; 2011. xii, 159 p. (Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide).
- Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013;82(4):234-45.
- Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr Psychiatry.* avr 2014;55(3):565-71.
- Cowdrey FA, Park RJ. The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eat Behav.* avr 2012;13(2):100-5.
- Danner UN, Sternheim L, Evers C. The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Res.* 30 mars 2014;215(3):727-32.
- Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders.* New York, NY, US: Guilford Press; 2008. xii, 324 p. (Cognitive behavior therapy and eating disorders).

- Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 1 mai 2019;109(5):1402-13.
- Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol.* 2014;53(1):6-41.
- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 1 mars 2004;26(1):41-54.
- Gratz KL, Tull MT. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cogn Ther Res.* 2010;34(6):544-53.
- Gross JJ, Thompson RA. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In: *Handbook of emotion regulation.* New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 3-24.
- Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother.* août 2009;16(4):348-56.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York, NY, US: Guilford Press; 1999. xvi, 304 p. (Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change).
- Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A, Asnaani A. Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 2012;29(5):409-16.
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* août 2013;33(6):763-71.
- Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A

- conceptual review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev.* août 2015;40:111-22.
- Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* févr 2015;49:125-34.
- Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York, NY, US: Guilford Press; 1993. xvii, 558 p. (Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder).
- Linehan MM. *DBT® skills training manual, 2nd ed.* New York, NY, US: Guilford Press; 2015. xxiv, 504 p. (DBT® skills training manual, 2nd ed).
- Mallorquí-Bagué N, Vitró-Alcaraz C, Sánchez I, Riesco N, Agüera Z, Granero R, et al. Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders: Cross-sectional and Longitudinal Approach. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* janv 2018;26(1):53-61.
- Mitchell JT, Robertson CD, Anastopolous AD, Nelson-Gray RO, Kollins SH. Emotion dysregulation and emotional impulsivity among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: Results of a preliminary study. *J Psychopathol Behav Assess.* 2012;34(4):510-9.
- Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci.* sept 2008;3(5):400-24.
- Overton A, Selway S, Strongman K, Houston M. Eating Disorders--The Regulation of Positive as well as Negative Emotion Experience. *J Clin Psychol Med Settings.* 2005;12(1):39-56.
- Philippot P. Émotion et psychothérapie [Internet]. Mardaga; 2011 [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.cairn.info/emotion-et-psychotherapie-9782804700720 .htm](https://www.cairn.info/emotion-et-psychotherapie-9782804700720.htm)

- Prefit AB, Căndea DM, Szentagotai-Tătar A. Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*. 1 déc 2019;143:104438.
- Sala L, Gorwood P, Vindreau C, Duriez P. Mindfulness-based cognitive therapy added to usual care improves eating behaviors in patients with bulimia nervosa and binge eating disorder by decreasing the cognitive load of words related to body shape, weight, and food. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 28 oct 2021;64(1):e67.
- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY, US: Guilford Press; 2002. xiv, 351 p. (Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse).
- Svaldi J, Griepenstroh J, Tuschen-Caffier B, Ehring T. Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res*. 15 mai 2012;197(1-2):103-11.
- Tolin DF. Doing CBT: A comprehensive guide to working with behaviors, thoughts, and emotions. New York, NY, US: The Guilford Press; 2016. xiv, 594 p. (Doing CBT: A comprehensive guide to working with behaviors, thoughts, and emotions).
- Weiss NH, Tull MT, Anestis MD, Gratz KL. The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. *Drug Alcohol Depend*. 1 févr 2013;128(1-2):45-51.

III. PARTIE EMPIRIQUE

1. Introduction

Entre novembre 2020 et juin 2023, nous avons mis en place et évalué deux interventions psychothérapeutiques dans un service hospitalier psychiatrique universitaire :

- 1) Entraînement aux compétences de régulation des émotions chez des patients souffrant de TCA (étude 1).
- 2) Entraînement à la mindfulness pour le personnel soignant (étude 2).

À continuation, nous présentons ces études ainsi que les articles qui ont été élaborés respectivement.

2. Première étude

Évaluation d'un entraînement à la régulation des émotions chez des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire

2.1 Introduction

Suivant les développements les plus récents des approches psychothérapeutiques transdiagnostiques fondées sur des preuves pour les troubles émotionnels (Barlow et al., 2017, 2011; Hayes, 2019; Linehan, 2015; Segal et al., 2013) qui considèrent que les troubles émotionnels partagent plusieurs facteurs communs (Aldao et al., 2010; Hofmann and Barlow, 2014), et que l'apparition et le maintien des troubles sont dus à des stratégies cognitivo-comportementales dysrégulées en matière de RE (Aldao et al., 2016, 2010; Gratz and Tull, 2022), nous avons développé une intervention brève d'entraînement aux compétences de RE basée sur la mindfulness dans un contexte clinique. Le programme comportait 5 séances thématiques hebdomadaires de 90 minutes en groupe. Nous avons mis en place cette intervention dans un service hospitalier psychiatrique publique spécialisé notamment chez des adultes souffrant de troubles du comportement alimentaire. L'analyse des questionnaires d'auto-évaluation nous ont permis d'étudier les effets de la régulation émotionnelle chez ces patients. Nous avons étudié des variables catégorielles (symptômes alimentaires, stress, anxiété et dépression) et des variables processuelles (ruminations, mindfulness, autocompassion, flexibilité psychologique et acceptation). Ce travail a donné lieu à un deuxième article qui a été soumis pour publication.

2.2 Objectifs et hypothèses

Nous avons examiné l'expérience des patients lors de l'entraînement et si l'intervention était associée à une diminution des difficultés de régulation des émotions et des symptômes de troubles alimentaires. Nous avons aussi exploré les effets de l'intervention sur des symptômes auto-évalués d'anxiété, dépression et stress perçu, et des processus de rumination, autocompassion, flexibilité psychologique et acceptation.

2.2.1 Hypothèses générales

- (1) Les difficultés de RE diminueront suite à une intervention brève visant à augmenter la conscience des émotions, à identifier, nommer, exprimer, accepter et moduler les réponses émotionnelles de manière flexible en fonction des objectifs à long terme et des valeurs.
- (2) Une amélioration de la RE réduira la symptomatologie des TCA.

2.2.2 Hypothèses opérationnalisées

- (1) La régulation émotionnelle sera améliorée après un entraînement aux compétences de RE.
- (2) La symptomatologie TCA sera réduite après un entraînement aux compétences de RE.
- (3) L'intervention réduira les niveaux de stress, anxiété, dépression et rumination.
- (4) L'intervention augmentera les capacités de mindfulness, autocompassion, flexibilité psychologique et acceptation.

2.3 Méthodologie

2.3.1 Mesures

Nous avons utilisé les mêmes instruments pour évaluer les deux interventions, à l'exception du questionnaire des troubles du comportement alimentaire (EDE-Q) qui concernait uniquement la population clinique.

Les instruments sont présentés à continuation (questionnaires en annexe 1).

2.3.1.1 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16)

La DERS original (Gratz and Roemer, 2004), validée en français par Côté et al. (2013), est un instrument d'auto-évaluation largement utilisé pour mesurer les difficultés de régulation des émotions, telles que la capacité à moduler l'activation émotionnelle, la conscience, la compréhension et l'acceptation des émotions, et la capacité à s'engager dans un comportement orienté vers un but, quel que soit l'état émotionnel. Elle est composée de 36 items évalués sur une échelle de Likert en cinq points allant de "presque jamais" à "presque toujours". Des scores élevés indiquent des difficultés plus importantes en matière de régulation de émotions. La DERS comprend six sous-échelles ainsi qu'un score total pour les difficultés de régulation des émotions : (1) conscience (des émotions), (2) clarté (compréhension des émotions), (3) acceptation (des émotions), (4) objectifs (capacité à s'engager dans un comportement orienté vers un objectif, quel que soit l'état émotionnel), (5) impulsion (capacité à contrôler un comportement impulsif en cas d'émotions difficiles), (6) stratégies (capacité à utiliser des stratégies de régulation des émotions de manière flexible afin d'atteindre les objectifs individuels et de répondre aux exigences situationnelles).

La DERS-16 est une version courte élaborée par Bjureberg et al. (2016). Elle a montré une excellente cohérence interne, une bonne fiabilité test-retest et une bonne validité convergente et discriminante par rapport à la DERS original. La validation française de la version courte est en cours.

2.3.1.2 Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ-15)

Le FFMQ-15 est une version abrégée du FFMQ en 39 items (Baer et al., 2006), validé en France par Heeren et al. (2011). Il comprend les mêmes cinq facettes que la version longue : (1) observation des pensées et des sentiments, (2) description/étiquetage avec des mots, (3) agir avec conscience, (4) non-jugement de l'expérience interne et (5) non-réactivité à l'expérience interne. Le FFMQ-15 a été élaboré par Baer et al. (2008) et

comprend trois items pour chaque facette. La structure factorielle et les propriétés psychométriques du FFMQ-15 ont été testées par Gu et al. (2016). Les deux versions du FFMQ mesuraient des concepts très similaires et ne différaient pas significativement l'une de l'autre en termes de validité convergente. La cohérence interne était adéquate pour le FFMQ-15 et la mesure s'est avérée sensible au changement au cours de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (augmentations petites/modérées à modérées/grandes et significatives des scores totaux des facettes). La validation française de la version abrégée est en cours.

2.3.1.3 Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

L'AAQ-II (Bond et al., 2011), validé en France par Monestès et al. (2009), est un questionnaire en 7 items d'acceptation et de flexibilité psychologique. Il mesure la capacité à accepter des pensées et des sentiments difficiles et à s'engager dans une action valorisée en leur présence. Les éléments sont évalués sur une échelle de 7 points allant de "jamais vrai" à "toujours vrai", les scores les plus élevés indiquant des niveaux plus élevés d'inflexibilité psychologique et d'évitement.

2.3.1.4 Self-Compassion Scale – Short Form (SCS–SF)

Le SCS-SF (Raes et al., 2011), French validation by Kotsou & Leys (Kotsou and Leys, 2016), comporte 12 items au lieu de 26. Six sous-échelles : (1) bienveillance à l'égard de soi, (2) jugement de soi, (3) humanité commune, (4) isolement, (5) pleine conscience et (6) sur-identification. L'échelle courte a une corrélation presque parfaite avec l'échelle longue lorsqu'on examine les scores totaux.

2.3.1.5 Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ)

Le PTQ (Ehring et al., 2011) est une échelle indépendante du contenu composée qui évalue la pensée négative répétitive (RNT) dans une perspective transdiagnostique à la fois dans des populations cliniques et générales. La version française et sa validation (Devynck et al., 2017) ont révélé une structure latente composée de 10 items répartis sur un facteur commun, appelé RNT, et trois sous-facteurs qui évaluent le caractère répétitif de la RNT, le caractère intrusif de la RNT et l'effet de la RNT sur les ressources mentales. Les indices de fiabilité des scores de l'échelle étaient bons et ont confirmé la validité de l'instrument. La version française du PTQ est un bon instrument indépendant du contenu pour évaluer la RNT dans les populations générales et cliniques de sujets francophones.

2.3.1.6 Perceived Stress Scale (PSS)

Le PSS est une échelle d'auto-évaluation de 14 items développée par Cohen et al. (1983) utilisée dans le monde entier, dans une variété d'échantillons et de contextes (lieu de travail, études scientifiques et cliniques), pour évaluer les situations stressantes dans la vie d'une personne, y compris le degré auquel les sujets trouvent leur vie imprévisible, incontrôlable et surchargée, en examinant le niveau actuel de stress vécu. Les personnes sont invitées à évaluer sur une échelle de 5 points la mesure dans laquelle elles ont éprouvé chacun des sentiments et pensées énumérés, au cours du mois écoulé (de 0 - jamais à 4 - très souvent). Deux versions plus courtes comprenant 10 items et 4 items (pour les entretiens téléphoniques) sont également disponibles (Cohen, 1988).

La validation française (Lesage et al., 2012) a confirmé les propriétés psychométriques satisfaisantes des trois versions françaises du PSS et a montré que la version à 10 items avait la meilleure sensibilité discriminative.

Nous avons suivi les recommandations des auteurs pour utiliser le PSS-10 dans cette étude.

2.3.1.7 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

La HAD (Zigmond and Snaith, 1983), version française par Lépine et al. (Lépine et al., 1985), est une échelle d'auto-évaluation composée de 14 items, chacun noté sur une échelle de Likert à 4 niveaux, permettant d'identifier l'existence de symptômes dépressifs et/ou anxieux et d'en évaluer la sévérité (7 items évaluant la dépression et 7 items évaluant l'anxiété). Les scores les plus élevés correspondent à la présence de symptômes plus sévères.

2.3.1.8 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

L'EDE-Q constitue la version auto-évaluative de l'entretien structuré *Eating Disorders Examination* (Fairburn and Beglin, 1994). Parmi ses 28 items, 22 évaluent les attitudes et comportements alimentaires inappropriés (ACAI) par le biais de quatre sous-échelles : (1) la restriction alimentaire, (2) les préoccupations alimentaires, (3) les préoccupations liées au poids, et (4) les préoccupations liées à la silhouette. Six autres items (13 à 18) évaluent la fréquence d'occurrence des ACAI spécifiques tels que les vomissements volontaires, la pratique excessive de sport et les stratégies compensatrices. Les questions portent sur les 28 derniers jours et les réponses sont notées sur une échelle de 7 points, les scores les plus élevés indiquant une pathologie alimentaire plus importante. Un score global supérieur à 4 est considéré comme cliniquement significatif et suggère un diagnostic de TCA et donc la présence d'une symptomatologie alimentaire dysfonctionnelle. Le questionnaire présente une bonne fiabilité et une bonne validité (Berg et al., 2012), ainsi qu'une cohérence interne et une fiabilité test-retest acceptables (Luce and Crowther, 1999). Cet outil a été validé en français et spécifiquement en population des patients souffrant de troubles d'accès hyperphagiques par Carrard et al. (2015).

2.3.2 Intervention

L'intervention utilisée dans cette étude a été développée et affinée sur plusieurs années. Elle consistait de 5 séances thématiques hebdomadaires de 90 minutes en groupe. La taille des groupes variait entre 6 et 10 participants. Des exercices étaient effectués en séance (pratiques de mindfulness, pratiques de contrôle de la respiration, brainstorming, exposition, jeux de rôle) et des exercices pratiques, ainsi qu'une réflexion écrite, ont été demandés comme travail à domicile.

Toutes les séances, sauf la première, commençaient par une courte pratique de mindfulness (10 minutes), comprenaient un rappel du contenu de la séance précédente et une brève réflexion sur la pratique de la semaine écoulée (30 minutes). La première séance avait débuté par l'accueil des participants, une brève présentation des participants et des attentes, l'établissement de règles générales (confidentialité, assiduité et ponctualité, absence de jugement, gentillesse et respect mutuel). Le contenu de chaque session était présenté par un élément de psychoéducation et illustré par des jeux de rôle, des vidéos et des vignettes, suivi d'une discussion menée par les animateurs du groupe (40 minutes). Les séances se terminaient par une courte pratique de clôture et des devoirs (10 minutes).

La participation active par le partage d'expériences était encouragée. Les participants ont reçu des documents et des supports numériques (vidéos, applications) à chaque session (les documents sont disponibles dans l'annexe). Certaines lectures, applications et films ont été recommandés pour un apprentissage plus approfondi (Criquillion et al., 2017; Desseilles and Mikolajczak, 2013; Harris, 2010; *Inside Out (Film)*, 2015; Segal et al., 2020).

Chaque groupe était animé par une psychologue spécialisée en TCA et formée aux TCC et MBCT (moi-même) et un étudiant stagiaire en master de psychologie.

2.4 Résultats

Les résultats de cette étude sont présentés dans l'article à continuation. Les implications de ces résultats sont présentées dans la discussion générale.

3. ARTICLE N°2

Emotion Regulation Intervention
with Mindfulness for Eating
Disorders

ARTICLE N°2

Soumis pour publication - European Eating Disorders Review

Brief Report

**EMOTION REGULATION INTERVENTION WITH MINDFULNESS FOR
EATING DISORDERS**

Maria Alejandra Laszcz^{1,2}

Eduardo Keegan³

Laurent Cruchet¹

Paul Bernard⁴

Philibert Duriez¹

Philip Gorwood^{1,5}

Lucia Romo^{2,6}

¹GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME), 75014 Paris, France

²Université Paris Nanterre, Laboratoire EVACLIPSY, UR 4430 CLIPSYD, UFR SPSE, 92000 Nanterre, France

³Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentine

⁴Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust, Darlington, United Kingdom

⁵Université de Paris, Institut Psychiatrie et Neurosciences de Paris, INSERM U1266, 75014 Paris, France

⁶Hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, 92380 Garches, France, INSERM CESP 1018 UPS, France

Correspondence:

Maria Alejandra Laszcz. GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME), 100 rue de la Santé, 75674 PARIS Cedex 14, FRANCE. Email: ma.laszcz@ghu-paris.fr

EMOTION REGULATION INTERVENTION WITH MINDFULNESS FOR EATING DISORDERS

Abstract

Objectives: Dysfunctional eating patterns, such as food restriction, binge eating or purging, are considered by many to be maladaptive attempts to regulate distressing emotional states. We created, piloted and studied the effects of a brief emotion regulation skills training group intervention based on mindfulness, in a clinical setting for patients with eating disorders. We investigated whether this training was feasible as an adjunctive intervention in an outpatient public psychiatric hospital and whether it led to reduced difficulties in emotion regulation and eating disorder symptoms.

Method: Forty-two patients with an eating disorder diagnosis completed five 90-minute sessions including psychoeducation and mindfulness training. The aim was to help participants to become more aware of their emotions, and to identify, label, express, accept and flexibly modulate emotional responses according to long term goals and values.

Results: Participants' attendance was high, with low dropout rates. Significant reductions were observed in difficulties in emotion regulation and eating disorder symptoms. Improvement in emotion regulation was found to mediate the effect of the intervention on eating disorder symptoms.

Conclusion: This study demonstrated that group training targeting emotion regulation skills was feasible in a clinical setting and potentially promising as an adjunctive treatment for patients with eating disorders.

Keywords: Eating disorders, Emotion regulation, Group intervention, Mindfulness, Skills training

Highlights

- Eating disorders have been theorized as maladaptive attempts to regulate distressing emotional states.
- We created, piloted and tested the effects of a short emotion regulation training group intervention based on mindfulness and acceptance in a clinical setting for patients with eating disorders.
- Results suggest that a short adjunctive intervention can be feasible and effective to reduce symptomatology in this serious chronic mental illness but further studies are needed.

INTRODUCTION

Eating disorders (ED) are serious mental illnesses with significant, life-threatening medical and psychiatric morbidity and mortality. The risk of premature death is 6-12 times higher in women with anorexia nervosa as compared to the general population, adjusting for age (AED Report, 2021).

The most prevalent types of ED include: anorexia nervosa (with restrictive and purgative bulimic subtypes); bulimia nervosa (with inappropriate compensatory behaviours to prevent weight gain); and binge eating disorder (binge eating without compensatory behaviour), (American Psychiatric Association, 2013). Recent studies show that ED are increasingly common worldwide, with a lifetime prevalence of all ED of 8.4% for women and 2.2% for men (Galmiche et al., 2019). They cause significant suffering and impact on the quality of life of patients and their families (Stefanini et al., 2019; van Hoeken and Hoek, 2020).

A large number of studies show that difficulties in identifying and regulating emotions play an important role in these disorders (Aldao et al., 2010; Prefit et al., 2019). Evidence suggests that people meeting the criteria for a diagnosis of anorexia nervosa consistently show higher levels of emotional dysregulation than control subjects (Harrison et al., 2009). Dysfunctional eating patterns, such as food restriction, binge eating or purging, are considered by some authors as maladaptive attempts to regulate distressing emotional states (Brockmeyer et al., 2014; Laszcz et al., 2023; Lavender et al., 2015).

Emotion Regulation (ER)

Adaptive ER has been defined as the ability to identify, understand and accept emotional experiences; to remain in control of impulsive behaviours and adopt goal-directed behaviours even when distressed; and to flexibly modulate emotional responses according to the situation (Gratz and Roemer, 2004; Hayes, 2019; Linehan, 2015). Several theorists argue that individuals who cannot effectively manage their emotional responses to everyday events experience longer and more severe periods of distress that may evolve

into diagnosable depression or anxiety (Aldao et al., 2010). In addition, models of ED (Fairburn et al., 1995) suggest that individuals with poorly regulated emotions often turn to food or alcohol to escape from or down-regulate their emotions, creating risk for diagnosable problems in relation to food or alcohol.

The role of Mindfulness and Acceptance in Adaptive ER

Over the years, different theoretical models have considered reappraisal and problem solving as adaptive ER strategies associated with good health outcomes, improved relationships and academic and work performance (John and Gross, 2004), whereas rumination, avoidance and suppression have consistently been viewed as maladaptive and as risk factors for psychopathology (Aldao et al., 2010). More recently, there has been an increased interest in the role of mindfulness and acceptance in adaptive emotion regulation (Guendelman et al., 2017; Lindsay and Creswell, 2019; Roemer et al., 2015). Mindfulness has been defined as a non-elaborative, non-judgmental, present-centred awareness in which thoughts, feelings and sensations are accepted as they are (Kabat-Zinn, 1990). Mediation studies have examined mechanisms underlying the therapeutic effects of mindfulness. Those with the best support include changes in cognitive and emotional reactivity, repetitive negative thought (rumination and worry), self-compassion, decentering (also known as metacognitive awareness) and psychological flexibility (Baer, 2018; Gu et al., 2015; Kuyken et al., 2015; Sala et al., 2021). Acceptance can be defined as the voluntary adoption of an intentionally open, receptive, flexible and non-judgemental posture with respect to moment to moment experience (Hayes et al., 2012). The literature suggests that acceptance-based interventions work not by directly altering thoughts and emotions, but by reducing their unhelpful influence over behaviour (Levin et al., 2015).

Aims of this study

Following the most recent developments of transdiagnostic evidence-based psychotherapy approaches to emotional disorders (Barlow et al., 2017; Fairburn, 2008; Hayes, 2019; Linehan, 2015; Segal et al., 2013), which assume that emotional disorders share several common factors (Aldao et al., 2010; Hofmann and Barlow, 2014), and that dysregulated cognitive-behavioural ER strategies play an important part in the onset and maintenance of emotional disorders (Aldao et al., 2010), we created a short ER skills training intervention based on mindfulness for use in a clinical setting. We examined patients' experience of participating in the training and whether the intervention was associated with decreased self-reported difficulties with ER and ED symptoms, and if it led to changes in self-reported symptoms of anxiety, depression, stress, rumination and avoidance, self-compassion, psychological flexibility and acceptance.

METHOD

Design

The study used an uncontrolled open trial design to examine the feasibility of a skills training group focusing on ER, participants' experience, and self-reported symptoms before and after the intervention. All patients were recruited through their assigned therapists, who continued treatment as usual, from an outpatient unit in a public psychiatric hospital in Paris-France, during a period from November 2020 to March 2023. Ten groups were piloted from January 2021 to May 2023. Assessment was made one week before treatment and at the end of the last session. No a priori sample size calculation was conducted and recruitment was ended when the tenth group was completed in May 2023. An information session and screening for suitability and motivation were conducted prior to group participation. Exclusion criteria were ongoing psychosis, mania or severe suicidality. Participants received oral and written information about the study from the trainers prior to the first session. Informed consent was obtained from all participants included in the study.

Participants

Seventy-eight patients with different diagnosis participated in the training. Forty-two of these (39 females / 3 males), aged 18-54 years ($M=31.88$, $SD=10.66$), with a body mass index ≥ 16 ($M=23.1$ kg/m², $SD=5.21$), had received a primary diagnosis of an ED (anorexia nervosa=11 [26.2%], bulimia nervosa=17 [40.5%], binge eating disorder=8 [19%], unspecified eating disorder=6 [14.3%]), with or without comorbidities according to DSM-5 criteria (American Psychiatric Association, 2013). Results are based on these 42 patients.

Measures

- (1) *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16)*, (Gratz and Roemer, 2004), French validation by Côté et al. (2013), is a short form of a widely used self-report measure of emotion regulation difficulties including the ability to modulate emotional arousal, awareness, understanding and acceptance of emotions, and the ability to engage in a goal-directed behaviour regardless of emotional state ($\alpha=0.90$).
- (2) *Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ-15)* is a short form of the 39-item FFMQ (Baer et al., 2006), French validation by Heeren et al. (2011), that measures the facets underlying mindfulness skills: observing thoughts and feelings, describing/labelling with words, acting with awareness, non-judging of inner experience, and non-reactivity to inner experience ($\alpha=0.61$).
- (3) *Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF)*, (Raes et al., 2011), French validation by Kotsou & Leys (Kotsou and Leys, 2016), includes 12 items in six subscales: self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification ($\alpha=0.76$).
- (4) *Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)*, (Bond et al., 2011), French validation by Monestès et al. (2009), is a 7-item measure of psychological

flexibility and acceptance, involving both the ability to accept difficult thoughts and feelings and to engage in valued activity in their presence ($\alpha=0.81$).

- (5) *Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ)*, (Ehring et al., 2011), French validation by Devynck et al. (2017), is a content-independent 10-item scale that assesses repetitive negative thinking from a transdiagnostic perspective in both clinical and general populations ($\alpha=0.91$).
- (6) *Perceived Stress Scale (PSS)* is a brief self-report scale developed by Cohen, et al. (1983), French validation by Lesage et al. (2012), used worldwide, in a variety of samples and contexts (workplace, scientific and clinical studies) to assess stressful appraised situations including the degree to which respondents found their life unpredictable, uncontrollable, and overloading, inquiring into the current levels of experienced stress ($\alpha=0.88$).
- (7) *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*, (Zigmond and Snaith, 1983), French version by Lépine et al. (1985), is a self-evaluation scale composed of 2 subscales of 7 items each to identify the existence of depressive and/or anxious symptoms and to evaluate their severity ($\alpha=0.77$ and 0.79 respectively).
- (8) *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*, (Fairburn and Beglin, 1994), French version by Carrard et al. (2015) is a 28-item self-report questionnaire focused on the previous 28 days. It comprises a global score and four subscales: food restraint, eating, weight, and shape concerns (total scale $\alpha=0.91$; subscales $\alpha=0.75$; $\alpha=0.81$; $\alpha=0.77$; $\alpha=0.91$ respectively).

Intervention

Following previous studies and experience in group therapy based on recent Cognitive Behavioural Therapy models, we created a transdiagnostic ER skills training intervention based on treatment principles from Dialectical Behavioural Therapy (DBT; (Linehan, 2015, 1993), Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 1999), Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al., 2013, 2002), and the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (UP; Barlow et al., 2011). The intervention used in this study was developed and refined over a number of

years. It consisted of 5 weekly, 90-minute thematic sessions in a group format. The size of the groups varied between six to ten participants. An outline of the content of each session is described in table 1.

Exercises were conducted in session (mindfulness meditation, breathing control practices, brainstorming, exposure, role-playing) and practical work and written reflection were assigned as homework. All sessions but the first started with a short mindfulness practice (10 minutes), included a review of the previous session's content and a short reflection on the practice of the former week (30 minutes). The first session started by welcoming participants, a short introduction of participants and expectations, framework rules setting (confidentiality, attendance and punctuality, no judgement, kindness and respect of each other). The content of each session was introduced by an element of psychoeducation and illustrated by role plays, videos, and vignettes, and was followed by a discussion led by the group facilitators (40 minutes). Sessions ended with a short closing practice and homework assignments (10 minutes). Active participation by sharing experiences was encouraged. Participants were provided with handouts and digital supports (video, apps) at each session (materials are available on request from the corresponding author). Some readings, apps and films were recommended for further learning (Criquillion et al., 2017; Desseilles and Mikolajczak, 2013; Harris, 2010; Segal et al., 2020; *Inside Out (Film)*, 2015).

Each group was led by a principal skills trainer and a psychology student. The principal skills trainer in this study was the first author. She holds a Master's degree in Clinical Psychology, a postgraduate certification in CBT, extensive training and experience as a Mindfulness Teacher and considerable experience of clinical mental health practice, including the treatment of ED.

Data Analyses

Descriptive statistics were derived, including mean values and standard deviations. Paired samples tests were used to compare before-and-after differences on all self-report measures (DERS-16, FFMQ-15, AAQ-II, SCS, PTQ, PSS, HAD and EDE-Q) for the

whole group. Depending on outcome normality, we used either paired samples Student's *t*-test or Wilcoxon signed-rank test. These analyses were performed using the JAMOVI software package (The Jamovi Project, 2022). Furthermore, path analyses were conducted using PROCESS statistics for SPSS v3.5.

RESULTS

Feasibility

Thirty-nine out of 42 ED diagnosed patients attended at least 4 of the 5 sessions and completed pre and post assessments, except for the EDE-Q, which was completed by only 37 patients because of an administrative error. One participant dropped out after the first session due to family reasons, and another two participants because they tested positive for Covid.

Outcomes

There were no individual outliers, but the results of one group ($n=5$) seemed incongruent. In this particular group, at the beginning of the last session, two participants informed the therapist that they would have to leave early for personal reasons. We therefore asked all the participants to complete the post-intervention assessment. This seemed the likely explanation for the incongruence and we therefore decided to exclude these data from the analysis. Results are based on the 34 remaining participants.

The primary outcome measures of difficulties in ER showed a significant reduction with a large effect size after treatment ($p<0.001$). The total ED score ($p=0.035$) was also significantly reduced, but with a small effect size. The subscales 'Eating' and 'Shape' also changed significantly ($ps\leq 0.02$) with medium and small effect sizes respectively, while the subscales 'Restraint' and 'Weight' did not (see table 2 for details).

We also observed significant, small sized decreases on anxiety ($p=0.050$) and depression ($p=0.038$) symptoms. Process outcomes (DERS, FFMQ, SCS, AAQ, PTQ, PSS) all reported significant, medium to large sized changes ($ps\leq 0.001$). After correcting for

multiple comparisons ($0.05/13=0.004$), the improvements that remained significant were on DERS, EDE-Q Eating subscale, FFMQ, SCS, AAQ, PTQ and PSS.

A medium sized correlation was found between pre-post change on DERS and EDE-Q ($p=0.009$, $r=0.452$), and a large sized one between pre-post change on DERS and the Eating subscale of EDE-Q ($p=0.003$, $r=0.509$), both remaining significant after correction ($0.05/5=0.01$).

A path analysis showed a significant indirect bootstrapping effect of the intervention on EDE-Q score improvement through DERS score improvement (CI 95% $[(-0.0731) - (-0.0002)]$); see figure 1 for details.

DISCUSSION

One of the main aims of this study was to examine the feasibility of our intervention with clinical groups with ED diagnoses in a natural clinical setting. Good levels of attendance (93%) indicates that the majority of participants found the intervention acceptable.

Statistically significant reductions were observed in all specific and associated symptomatology, suggesting that our short skills training was effective in the ED population. Comparable reductions in DERS and EDE-Q scores were observed in a previous study after a similar intervention with a smaller sample (Holmqvist Larsson et al., 2020). DERS score was found to be a mediator of the effect of the intervention on EDE-Q, supporting the hypothesis that ER plays a central role in EDs, hence its role as a relevant clinical target.

Also as expected, significant effects were observed in all process outcomes including ER, self-compassion, mindfulness, psychological flexibility and acceptance, rumination and perceived stress, consistent with previous findings about mechanisms of action (Baer, 2018). Although our intervention did not specifically target anxiety and depression symptoms, the small sized but significant decreases observed are compatible with earlier studies that have shown that an increased ability to regulate emotions has an impact on symptoms of anxiety and depression (Barlow et al., 2011; Payne et al., 2014).

These results are compatible with theoretical assumptions and support the central role of ER in ED. Teaching skills for ER may be crucial for achieving long-term recovery. Continuing research to elucidate difficulties in ER will help refine and improve the treatment of ED.

Limitations and further directions

This was a preliminary open pilot study of the feasibility of a brief transdiagnostic ER skills training group intervention for people with EDs - the results are promising. Without a randomized controlled design, we cannot conclude whether the improvements noted should be attributed to the skills training itself or to other factors. Our small sample in a single treatment centre yielded statistically significant findings and may constitute a useful precedent for evaluating larger samples across multiple treatment locations in future controlled studies.

Follow-up data would be useful to test whether the effects last over time.

CONCLUSION

These preliminary results support the feasibility, and illustrate the clinical relevance, of this short ER skills training intervention in the ED population as an adjunctive treatment. The results provide further support for the targeting of ER as an approach to helping people with an ED.

REFERENCES

- AED Report, 2021. Eating disorders: A guide to medical care, 4th edition.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., 2010. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* 30, 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association, 2015. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) (5th ed.), American Psychiatric Pub. ed.
- Baer, R., 2018. Mindfulness practice, in: *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. New Harbinger Publications, Inc., Oakland, CA, US, pp. 389–402.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L., 2006. Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment* 13, 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L.R., Boswell, J.F., Ametaj, A., Carl, J.R., Boettcher, H.T., Cassiello-Robbins, C., 2017. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders. *JAMA Psychiatry* 74, 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., Ehrenreich-May, J., 2011. *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press, New York, NY, US.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., Zettle, R.D., 2011. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behav. Ther.* 42, 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., Friederich, H.-C., 2014. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr. Psychiatry* 55, 565–571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Carrard, I., Rebetez, M.M.L., Mobbs, O., Van der Linden, M., 2015. Factor structure of a French version of the Eating Disorder Examination-Questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eat. Weight Disord. EWD* 20, 137–144. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0148-x>
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R., 1983. A global measure of perceived stress. *J. Health Soc. Behav.* 24, 385–396.
- Côté, G., Gosselin, P., Dagenais, I., 2013. Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : propriétés psychométriques d’une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J. Thérapie Comport. Cogn.* 23, 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005>
- Criquillion, S., Laszcz, M.A., Doublet, D., Shaeffer, P., Gorwood, P., 2017. Blue Buddy: une app pour combattre les troubles alimentaires. <https://apps.apple.com/fr/app/blue-buddy/id1221007158>.
- Desseilles, M., Mikolajczak, M., 2013. *Vivre mieux avec ses émotions*. Éditions Odile Jacob.
- Devynck, F., Kornacka, M., Baeyens, C., Serra, É., Neves, J.F. das, Gaudrat, B., Delille, C., Taquet, P., Depraete, O., Tison, P., Sgard, F., Rousseau, A., Romo, L., 2017. Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): French Validation of a Transdiagnostic Measure of Repetitive Negative Thinking. *Front. Psychol.* 8, 2159. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02159>
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., Ehlers, A., 2011. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 42, 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Fairburn, C.G., Beglin, S.J., 1994. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int. J. Eat. Disord.* 16, 363–370.

- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A., Peveler, R.C., 1995. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch. Gen. Psychiatry* 52, 304–312. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950160054010>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., Tavolacci, M.P., 2019. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am. J. Clin. Nutr.* 109, 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gratz, K.L., Roemer, L., 2004. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 26, 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., Cavanagh, K., 2015. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin. Psychol. Rev.* 37, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Guendelman, S., Medeiros, S., Rampes, H., 2017. Mindfulness and Emotion Regulation: Insights from Neurobiological, Psychological, and Clinical Studies. *Front. Psychol.* 8.
- Harris, R., 2010. *Le piège du bonheur*. Éditions de l'Homme.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., Treasure, J., 2009. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin. Psychol. Psychother.* 16, 348–356. <https://doi.org/10.1002/cpp.628>
- Hayes, S.C., 2019. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry Off. J. World Psychiatr. Assoc. WPA* 18, 226–227. <https://doi.org/10.1002/wps.20626>
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., 2012. *Acceptance and commitment therapy : the process and practice of mindful change*. Guilford Press, New York.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., 1999. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press, New York, NY, US.

- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., Philippot, P., 2011. Cross-cultural consistency of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French sample. *Rev. Eur. Psychol. Appliquée* 61, 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.02.001>
- Hofmann, S.G., Barlow, D.H., 2014. Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: the beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy* 51, 510–513. <https://doi.org/10.1037/a0037045>
- Holmqvist Larsson, K., Lowén, A., Hellerstedt, L., Bergcrona, L., Salerud, M., Zetterqvist, M., 2020. Emotion regulation group skills training: a pilot study of an add-on treatment for eating disorders in a clinical setting. *J. Eat. Disord.* 8, 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00289-1>
- Inside Out (Film), 2015.
- John, O.P., Gross, J.J., 2004. Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *J. Pers.* 72, 1301–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Kabat-Zinn, J., 1990. *Full catastrophe living*, New York Delacorte. ed.
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS) : Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE*, 11(4), e0152880. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152880>
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., Lewis, G., Watkins, E., Brejcha, C., Cardy, J., Causley, A., Cowderoy, S., Evans, A., Gradinger, F., Kaur, S., Lanham, P., Morant, N., Richards, J., Shah, P., Sutton, H., Vicary, R., Weaver, A., Wilks, J., Williams, M., Taylor, R.S., Byford, S., 2015. 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. *The Lancet* 386, 63–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- Laszcz, M.A., Keegan, E., Cruchet, L., Bernard, P., Sala, L., Gorwood, P., & Romo, L., 2023. Intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la

- mindfulness dans la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 181(9), 787-790. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.03.008>
- Lavender, J.M., Wonderlich, S.A., Engel, S.G., Gordon, K.H., Kaye, W.H., Mitchell, J.E., 2015. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin. Psychol. Rev.* 40, 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
- Lépine, J.P., Godchau, M., Brun, P., Lempérière, T., 1985. [Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service]. *Ann. Med. Psychol. (Paris)* 143, 175–189.
- Lesage, F.-X., Berjot, S., Deschamps, F., 2012. Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 25, 178–184. <https://doi.org/10.2478/S13382-012-0024-8>
- Levin, M.E., Luoma, J.B., Haeger, J.A., 2015. Decoupling as a Mechanism of Change in Mindfulness and Acceptance: A Literature Review. *Behav. Modif.* 39, 870–911. <https://doi.org/10.1177/0145445515603707>
- Lindsay, E.K., Creswell, J.D., 2019. Mindfulness, acceptance, and emotion regulation: Perspectives from Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Curr. Opin. Psychol.* 28, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.12.004>
- Linehan, M.M., 2015. *DBT® skills training manual*, 2nd ed. Guilford Press, New York, NY, US.
- Linehan, M.M., 1993. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, New York, NY, US.
- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., Bond, F.W., 2009. Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Eur. Rev. Appl. Psychol.* 59, 301–308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Payne, L.A., Ellard, K.K., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Barlow, D.H., 2014. Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol, in: *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*, 5th Ed. The Guilford Press, New York, NY, US, pp. 237–274.

- Prefit, A.-B., Căndea, D.M., Szentagotai-Tătar, A., 2019. Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite* 143, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D., Van Gucht, D., 2011. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin. Psychol. Psychother.* 18, 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Roemer, L., Williston, S.K., Rollins, L.G., 2015. Mindfulness and emotion regulation. *Curr. Opin. Psychol., Emotion regulation* 3, 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.02.006>
- Sala, L., Gorwood, P., Vindreau, C., Duriez, P., 2021. Mindfulness-based cognitive therapy added to usual care improves eating behaviors in patients with bulimia nervosa and binge eating disorder by decreasing the cognitive load of words related to body shape, weight, and food. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* 64, e67. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2242>
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D., Williams, J.M.G., 2020. *Mon cahier de méditation anti-déprime*. De Boeck Supérieure.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., 2013. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, 2nd ed. The Guilford Press, New York, NY, US.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., 2002. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press, New York, NY, US.
- The Jamovi Project, 2022. *Jamovi (Version 2.3) [Computer Software]*. [WWW Document]. URL <https://www.jamovi.org/about.html> (accessed 8.16.23).
- van Hoeken, D., Hoek, H.W., 2020. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr. Opin. Psychiatry* 33, 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P., 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 67, 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Table 1

Description of the emotion regulation skills training

Title	Content	Homework assignment
1 Emotions	Defining, identifying and labelling emotions Mechanisms and functions of emotions	Identify and label emotions Distinguish emotions /thoughts /body sensations /impulses
2 Physical Sensations	Psychophysiology of emotions Window of tolerance Breath control Exposure therapy	Mindfulness meditation practice Cardiac coherence breathing practice Distress tolerance Writing techniques
3 Thoughts	Cognitive biases and reactivity Reappraisal Problem solving Defusion / decentering and acceptance	Recognizing biased thoughts and reactivity Reappraisal practice Problem solving exercise
4 Behaviour	Behavioural activation Valued action and self-care	Mindful choices Increasing positive activities and trying new ones Changing habits Gratitude journal
5 Social Skills	Identify needs and express emotions appropriately Identify and understand other people's emotions Verbal and non-verbal communication Mindful listening Assertiveness	Mindful listening practice Assertiveness practices

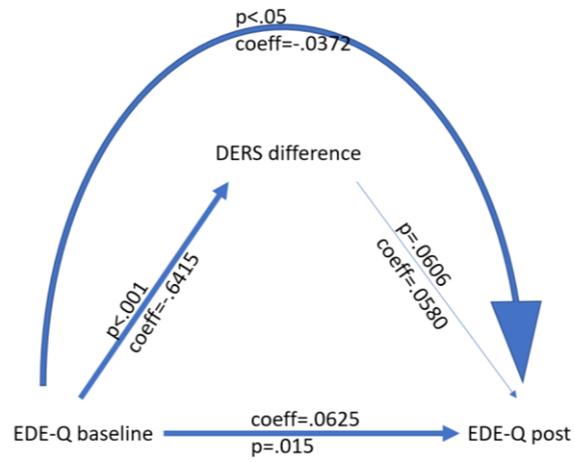
Table 2

Participants' self-reported difficulties with emotion regulation (DERS), symptoms of ED (EDE-Q), anxiety and depression (HAD), mindfulness (FFMQ), self-compassion (SCS), acceptance and action (AAQ), rumination (PTQ), and perceived stress (PSS) scores before and after treatment, means, standard deviations and effect sizes

Measures	N	Before	After	M diff	Stat		
		treatment	treatment		test	<i>p</i>	ES
		M (SD)	M (SD)				
Primary outcomes							
DERS	34	56.96 (12.34)	48.99 (15.07)	-7.97	t = 4.79	<0.001	0.82
EDE-Q total	32	3.36 (1.16)	2.97 (1.38)	-0.39	t = 2.21	0.035	0.39
EDE-Q restraint	32	2.14 (1.60)	2.04 (1.39)	-0.10	t = 0.41	ns	
EDE-Q eating	32	3.24 (1.47)	2.42 (1.55)	-0.81	t = 2.21	0.004	0.56
EDE-Q shape	32	4.19 (1.53)	3.70 (1.77)	-0.87	t = 2.21	0.02	0.44
EDE-Q weight	32	3.86 (1.50)	3.50 (1.53)	-0.35	t = 2.21	ns	
Secondary outcomes							
FFMQ	34	38.75 (5.89)	44.68 (7.30)	5.93	t = -5.73	<0.001	-0.98
SCS	34	11.29 (2.82)	14.12 (4.58)	2.82	W = 45.00	<0.001	-0.83
AAQ	34	36.66 (6.44)	31.47 (8.93)	-5.19	W = 439.50	<0.001	0.89
PTQ	34	31.04 (5.90)	25.56 (7.34)	-5.49	W = 480.00	<0.001	0.82
PSS	34	33.82 (6.71)	29.88 (6.63)	-3.94	t = 3.55	0.001	0.61
HAD Anxiety	34	12.65 (4.25)	11.12 (4.27)	-1.53	t = 2.04	0.05	0.35
HAD Depression	34	8.53 (4.29)	7.21 (4.19)	-1.32	t = 2.16	0.038	0.37

Figure 1

Path analysis of the impact of the ER intervention, on EDE-Q score, directly, and through its impact on DERS score



CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

PG received during the last 5 years fees for presentations at congresses or participation in scientific boards from Biogen, Janssen, Lundbeck, Merk, Otsuka, Richter and Viartis. The other authors have no conflict of interest to disclose.

FUNDING

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available on request from the corresponding author.

ETHICS APPROVAL STATEMENT

All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

ORCID

Maria Alejandra Laszcz <https://orcid.org/0009-0002-1659-5427>

4. Deuxième étude

Évaluation d'un programme bref de mindfulness pour le personnel soignant

4.1 Introduction

Depuis 2015, suivant le programme de Segal, Williams et Teasdale (Segal et al., 2013, 2002), j'ai mis en place et animée plus d'une trentaine de groupes de MBCT pour la prévention de rechute destiné aux patients souffrant de troubles dépressifs. Chaque session comportait 8 séances de 2 heures. Plus récemment, nous avons étendu l'indication à des patients souffrant d'autres psychopathologies, comme les troubles anxieux, addictifs et alimentaires. Un travail préalable d'inclusion est nécessaire pour évaluer chaque participant en relation à l'indication et vérifier les critères de non inclusion, comme des états incompatibles avec le travail en groupe (états de crise suicidaire, manie, psychose), des états de deuil récent, ou l'impossibilité de participer aux séances ou de consacrer du temps aux pratiques à domicile. Dans ce contexte, j'ai organisé et mis en place des séances d'information et d'orientation en groupe pour les personnes intéressées, aux mêmes horaires où les groupes allaient avoir lieu. À la fin de cette séance d'information et orientation, les participants étaient invités à remplir un questionnaire avec des informations les concernant et, s'ils le souhaitaient, à s'inscrire dans les groupes sous réserve de place.

Début 2020, suite à la crise sanitaire, tous les groupes de thérapie destinés aux patients se sont arrêtés pendant quelques mois. Le personnel soignant de l'hôpital était plus que jamais demandeur de méthodes pour l'aider à mieux gérer les stress pendant la pandémie de COVID-19.

Selon Lazarus et Folkman (1984), le niveau de stress provoqué par un événement est déterminé par la signification et l'importance qu'une personne lui attribue, ainsi que par la perception subjective de ses ressources pour y faire face. Ingram, Miranda et Segal (1998), définissent le stress comme « l'altération des mécanismes qui maintiennent la stabilité cognitive, émotionnelle et physiologique de l'individu, en mettant à l'épreuve ses ressources d'adaptation suite à des événements de vie (majeurs ou mineurs) ».

Ces dernières années, la popularité de la méditation pour améliorer la santé et le bien-être a connu une croissance exponentielle à l'échelle mondiale, grâce à des approches qui ont vocation à être à la fois laïques et fondées sur des preuves scientifiques, la méditation de mindfulness étant la plus paradigmatique de ces approches (Galante et al., 2023; Kabat-Zinn, 2019). L'entraînement à la mindfulness est très répandu dans les contextes de soins, ciblant à la fois les cliniciens et les patients, et est actuellement proposé dans au moins 79% des écoles de médecine américaines (Barnes et al., 2017; Da Silva et al., 2023). La recherche sur la méditation de mindfulness s'est développée à un rythme rapide au cours des dernières décennies, avec des méta-analyses concernant des centaines d'essais contrôlés randomisés qui montrent des résultats prometteurs dans le contexte de la dépression, les états douloureux, le tabagisme et les troubles addictifs (Goldberg et al., 2022, 2018; Willem Kuyken et al., 2016) mais aussi en faveur de la santé mentale des populations non cliniques, notamment des effets bénéfiques de réduction du stress et augmentation du bien-être (Dawson et al., 2020; Galante et al., 2021a).

Une méta-analyse récente de 56 essais contrôlés randomisés a révélé que, par rapport aux témoins, les programmes de mindfulness sur le lieu de travail réduisaient effectivement le stress, la détresse mentale et l'épuisement professionnel, tout en améliorant le bien-être, la pleine conscience, la compassion et la satisfaction au travail (Vonderlin et al., 2020). De même, une autre méta-analyse récente de 35 essais contrôlés randomisés a révélé des effets moyens sur le stress, l'anxiété, la dépression et l'épuisement professionnel, ainsi que des effets faibles à moyens sur la santé, les performances professionnelles, la compassion/empathie et le bien-être (Lomas et al., 2019).

Dans ce contexte, nous avons alors pris cette opportunité pour proposer un entraînement à la mindfulness aux médecins internes qui en étaient demandeurs. J'avais suivi au préalable une formation pour instructeurs d'un programme bref de mindfulness basé sur le protocole MBCT standard, adapté par Mark Williams et ses collègues au Centre de Mindfulness de l'Université d'Oxford pour la population générale, appelé « Mindfulness Finding Peace in a Frantic World » (Montero-Marín et al., 2021; Williams and Penman, 2011). Ce programme peut être délivré en deux formats, un format complet en 8 séances

de 90 minutes, et un format abrégé en 6 séances également de 90 minutes. J'ai traduit le programme abrégé et animé un premier groupe pilote entre septembre et octobre 2020 avec huit participants (deux médecins psychiatres seniors, cinq médecins internes en psychiatrie et un stagiaire psychologue). Les participants ont apprécié les temps de pratique et ont bien investi l'activité. D'autres sessions ont été organisées ensuite. Tous les six mois, une séance d'information continue à être organisée pour les médecins internes récemment arrivés dans le service, ainsi qu'une invitation à participer au groupe MBCT-FP qui a lieu pendant leur stage. Ils sont nombreux à souhaiter découvrir cette approche pour l'appliquer autant dans leur travail que dans leur vie personnelle. Des places supplémentaires sont disponibles pour le personnel non médical qui est toujours le bienvenu.

Entre décembre 2020 et juin 2023, j'ai animé 5 groupes avec des participants de différents corps de métier (des médecins psychiatres, des infirmiers, des aides-soignants, des psychologues, des employés administratifs, entre autres).

Ces groupes ont été très appréciés par les participants. A chaque fois nous faisons le constat que le partage de cette expérience commune entre collègues semblait avoir un impact sur la cohésion des équipes.

4.2 Objectifs et hypothèses

4.2.1 Hypothèses générales

- (1) Le niveau de mindfulness augmentera suite à l'entraînement chez les soignants.
- (2) Une augmentation de la capacité de mindfulness réduira le niveau de stress perçu des soignants.

4.2.2 Hypothèses opérationnalisées

- (1) Le niveau de mindfulness augmentera suite à l'intervention.

- (2) Le niveau de stress perçu sera réduit suite à l'intervention.
- (3) L'intervention réduira les niveaux d'anxiété, dépression et rumination.
- (4) L'intervention augmentera les capacités de régulation des émotions, autocompassion, et flexibilité psychologique et acceptation.

4.3 Méthodologie

4.3.1 Mesures

Nous avons utilisé les mêmes instruments pour évaluer les deux interventions, à l'exception du questionnaire des troubles du comportement alimentaire (EDE-Q) qui concerne uniquement la population clinique.

Ces instruments ont été présentés dans la partie méthodologique de la première étude (questionnaires en annexe 1).

4.3.2 Intervention

Les participants ont été invités à s'inscrire par mail suite à une réunion d'information et orientation préalable qui a lieu chaque semestre. L'intervention s'est déroulée sur le lieu et le temps de travail, le vendredi entre 12h et 13h30. Les participants étaient initiés à diverses pratiques de méditation. La méditation assise consiste à prendre conscience de la respiration, d'autres événements sensoriels tels que les sons, et d'événements mentaux tels que les pensées. Le scan corporel implique un mouvement progressif de l'attention des orteils à la tête, en observant les sensations physiques associées. Le mouvement conscient est également enseigné par des étirements et des postures douces, ainsi que par la marche consciente. En plus de ces pratiques, les participants sont initiés à l'espace respiratoire en trois étapes, une forme de méditation brève qui intègre de nombreux éléments. Outre ces pratiques formelles guidées, les participants sont invités à pratiquer

la pleine conscience de manière informelle, par exemple dans le cadre d'activités quotidiennes telles que faire la vaisselle ou le brossage des dents.

La composante TCC du programme comporte une psychoéducation sur la nature des pensées en tant qu'événements mentaux plutôt qu'en tant que faits, et sur le rôle de l'activation comportementale. Les participants ont été invités à enregistrer les situations dans lesquelles des émotions intenses sont apparues et à noter les pensées, les sensations corporelles et les comportements associés à ces émotions. Les liens entre la pensée, le comportement et l'humeur ont été explicités à partir de ces enregistrements.

Le programme comportait également une part importante de pratiques à la maison. Les participants ont été invités à méditer 6 jours sur 7, pendant 20 minutes par jour, en utilisant des audios de méditation guidée, en plus des pratiques informelles.

4.4 Résultats

Les résultats de cette étude sont présentés dans l'article à continuation. Les implications de ces résultats sont présentées dans la discussion générale.

5. ARTICLE N°3

Reducing Stress in Mental Health
Professionals – Evaluation of a Brief
Mindfulness-Based Cognitive
Therapy Programme

ARTICLE N°3

Article en préparation

**REDUCING STRESS IN MENTAL HEALTH PROFESSIONALS
EVALUATION OF A BRIEF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY
PROGRAMME**

MANUSCRIPT IN PREPARATION
MINDFULNESS - SPRINGER

Maria Alejandra Laszcz ^{1,2}

Eduardo Keegan ³

Laurent Cruchet ¹

Paul Bernard ⁴

Philibert Duriez ¹

Philip Gorwood ^{1,5}

Lucia Romo ^{2,6}

¹GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME), 75014 Paris, France

²Université Paris Nanterre, Laboratoire EVACLIPSY, UR 4430 CLIPSYD, UFR SPSE, 92000 Nanterre, France

³Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

⁴Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust, Darlington, United Kingdom

⁵Université de Paris, Institut Psychiatrie et Neurosciences de Paris, INSERM U1266, 75014 Paris, France

⁶Hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, 92380 Garches, France, INSERM CESP 1018 UPS, France

Corresponding author:

Maria Alejandra Laszcz

GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Hôpital Sainte-Anne

Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME)

100 rue de la Santé, 75014, Paris, FRANCE

Email. ma.laszcz@ghu-paris.fr

ORCID: Maria Alejandra Laszcz <https://orcid.org/0009-0002-1659-5427>

REDUCING STRESS IN MENTAL HEALTH PROFESSIONALS
EVALUATION OF A BRIEF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY
PROGRAMME

Abstract

Objectives: Healthcare workers are particularly prone to stress. Mindfulness Based Cognitive Therapy has shown to be an effective intervention in both clinical and non-clinical populations, but the methods used in standard courses (8 sessions of 2 hours, 45 minutes of practice per day) make it difficult for front-line healthcare professionals to adhere to the programme. We translated and implemented the Finding Peace in a Frantic World Programme, developed by Mark Williams and colleagues at the Oxford Mindfulness Centre, consisting of 6 sessions of 90 minutes, with 20 minutes of daily practice. Our aim was to examine the acceptability and effectiveness of this programme in managing stress among hospital healthcare staff.

Method: A sequential cohort of 39 professionals working in a public psychiatric hospital in Paris-France, was assessed before and after the intervention with measures of perceived stress. Secondary variables were emotional regulation, rumination, and levels of mindfulness and self-compassion.

Results: Seventy-five percent of participants attended 5 or more sessions. Significant reductions in perceived stress and emotional regulation difficulties were observed, but not in rumination; there were significant increases in mindfulness and self-compassion. The improvement in mindfulness was found to mediate the effect of the programme on perceived stress.

Conclusion: As expected, the training in mindfulness appeared to be acceptable and was associated with apparent benefits in relation to measures of stress and other domains. The results of this study support the relevance of the intervention in the healthcare population.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Finding Peace in a Frantic World Programme, MBCT-FP, Perceived Stress, Mental health professionals

INTRODUCTION

Health professionals encounter high-stress and emotionally demanding situations at work, which increases their vulnerability to issues like job-related stress and emotional exhaustion (Pisljar et al., 2011; Vilà Falgueras et al., 2015). Mental health professionals are no exception (Moore and Cooper, 1996). Moreover, various studies have highlighted the need to provide interventions to support the mental health of these professionals during the global COVID-19 pandemic (Behan, 2020).

There is growing evidence that mindfulness has positive consequences for both psychological (Keng et al., 2011) and physical health (Grossman et al., 2004) in both clinical (Hofmann et al., 2010) and non-clinical (Khoury et al., 2015) populations. Recent systematic reviews and meta-analyses report overall benefits of mindfulness for healthcare professionals (Lomas et al., 2018).

Mindfulness is defined as paying attention on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally to the unfolding of moment-by-moment experiences (Kabat-Zinn, 1990). A standard mindfulness training program involves eight weekly 2-hour in-class sessions, a full-day silent retreat, and a recommendation for 45 minutes of daily practice. The demand on time and schedules, along with the associated costs of long programs, can lead to reduced participation at both individual and organizational levels. Briefer interventions using key components of mindfulness have been introduced to address this issue by reducing program duration. Ongoing research is essential to ensure these programs yield the most benefits for both employees and organizations.

In the present study, we aimed to assess the efficacy and acceptability of a brief mindfulness programme during work hours to reduce stress among mental health professionals in a naturalistic clinical setting. We also aimed to report the effects on emotional regulation, anxiety, depression, rumination, mindfulness, self-compassion, and psychological flexibility and acceptance.

METHOD

Design

The study used an uncontrolled open trial design to assess the acceptability and benefits of a brief mindfulness programme for healthcare professionals.

Participants

Thirty-nine participants (31 females / 8 males), aged 22 to 62 ($M = 34.8$, $SD = 12.1$), were recruited among employees in a public psychiatric hospital in Paris-France (psychiatrists = 16; nurses = 6; administrative employees = 5; psychologists = 3; pharmacists = 2; nutritionists = 2, masters' students = 2; psychomotor therapist = 1; physician = 1; social worker = 1) and completed the programme in 5 groups. There was no exclusion criterion. Participants were informed and agreed that the data would be used for research.

Procedure

We translated and implemented the Mindfulness Finding Peace in a Frantic World Programme (MBCT-FP), developed by Mark Williams and colleagues (Montero-Marín et al., 2021; Williams and Penman, 2011) at the Oxford Mindfulness Centre for non-clinical settings. MBCT-FP is an adaptation of the Mindfulness-Based Cognitive Therapy Programme (MBCT) developed by Segal, Williams and Teasdale (Segal et al., 2002) for people with a history of recurrent depression at risk of depressive relapse.

We used the 6-week 90-minutes group format during working hours, with 20 minutes of home daily practice. An MBCT and MBCT-FP trained teacher (M.L.) with over 7 years of mindfulness teaching experience delivered the formalized program curriculum. All participants received a course handbook with mindfulness practice descriptions and weekly at-home practice plans. The programme combined a variety of types and lengths of mindfulness meditation guided practices with components from cognitive therapy. Mindfulness exercises included mindful breathing, body scan, mindful walking and mindful movement. Participants learned strategies and practices to stabilize attention, regulate their emotions and behaviours, enhance self-care and transfer this learning into their professional and personal lives. The teacher facilitated inquiry and group

discussions. Daily at-home practice was strongly encouraged. Participants had access to guided meditations to facilitate at-home practice. Recent developments in trauma-sensitive practices (Treleaven, 2018) were taken in account.

Measures

- (1) **Perceived Stress Scale (PSS-10)** is a brief self-report scale developed by Cohen, et al. (1983), French validation by Lesage et al. (2012), used worldwide, in a variety of samples and contexts (workplace, scientific and clinical studies) to assess stressful appraised situations including the degree to which respondents found their life unpredictable, uncontrollable, and overloading, inquiring into the current levels of experienced stress ($\alpha=0.88$).
- (2) **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16)**, (Gratz and Roemer, 2004), French validation by Côté et al. (2013), is a short form of a widely used self-report measure of emotion regulation difficulties including the ability to modulate emotional arousal, awareness, understanding and acceptance of emotions, and the ability to engage in a goal-directed behaviour regardless of emotional state ($\alpha=0.88$).
- (3) **Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ-15)** is a short form of the 39-item FFMQ (Baer et al., 2006), French validation by Heeren et al. (2011), that measures the facets underlying mindfulness skills: observing thoughts and feelings, describing/labelling with words, acting with awareness, non-judging of inner experience, and non-reactivity to inner experience ($\alpha=0.82$).
- (4) **Self-Compassion Scale – Short Form (SCS–SF)**, (Raes et al., 2011), French validation by Kotsou & Leys (Kotsou and Leys, 2016), includes 12 items in six subscales: self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification ($\alpha=0.85$).
- (5) **Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ)**, (Ehring et al., 2011), French validation by Devynck et al. (2017), is a content-independent 10-item scale that assesses repetitive negative thinking from a transdiagnostic perspective in both clinical and general populations ($\alpha=0.92$).

- (6) **Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)**, (Bond et al., 2011), French validation by Monestès et al. (2009), is a 7-item measure of psychological flexibility and acceptance, involving both the ability to accept difficult thoughts and feelings and to engage in valued activity in their presence ($\alpha=0.90$).
- (7) **Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)**, (Zigmond and Snaith, 1983), French version by Lépine et al. (1985), is a self-evaluation scale composed of 2 subscales of 7 items each to identify the existence of depressive and/or anxious symptoms and to evaluate their severity ($\alpha=0.76$ and 0.83 , respectively).

Data Analyses

Descriptive statistics were derived, including mean values and standard deviations. Paired samples tests were used to compare before-and-after differences on all self-report measures (perceived stress, difficulties in emotion regulation, mindfulness, self-compassion, rumination, acceptance and action, and depression and anxiety; PSS, DERS-16, FFMQ-15, SCS, PTQ, AAQ-II, and HAD, respectively) for the whole group. Bivariate correlations were computed between pre-post changes in perceived stress, and pre-post changes in the process variables reporting significant changes. These analyses were performed using the JAMOVI software package (The Jamovi Project, 2022). Path analyses were conducted using MEMORE macro (Montoya and Hayes, 2017) for SPSS.

RESULTS

Courses ran between December 2020 and June 2023 in person, at the workplace. The first 2 of 5 groups ran during the pandemic, and the following ones while restrictions were gradually being reduced. Attendance was high, seventy-five percent of participants attended 5 or more of the sessions. Except for one, all participants attended at least 4 sessions, which is considered the commonly used definition of whether participants have received an “adequate” experience of mindfulness to provide valid outcome data (Williams et al., 2022). The pre-course questionnaires were completed an average of 1

day before the course started, and the post-questionnaires were completed after the last session. Thirty out of 39 participants completed pre and post assessments.

As reported in table 1, we found a significant small-sized decrease in perceived stress ($p=0.049$), as well as significant medium-sized decreases in difficulties in emotion regulation ($p=0.001$) and depression level ($p=0.027$). Significant improvements were observed for levels of mindfulness ($p<0.001$) and self-compassion ($p=0.022$), with large and medium sizes effect respectively. After correcting for multiple comparisons ($0.05/8=0.00625$), only changes in difficulties in emotion regulation and level of mindfulness remained significant. No other variables changed significantly.

We computed correlations between pre-post differences in perceived stress – as the main target outcome of the intervention – and all process variables that reported significant changes (before correction). As reported in table 2, we found a significant negative correlation between perceived stress pre-post difference, and level of mindfulness pre-post difference ($p=0.029$, $r=-0.4$). We then computed a path analysis to study the indirect (mediating) effect of the intervention on perceived stress through its effect on mindfulness. Direct and indirect effects are reported in table 3. The significant indirect bootstrapping effect on perceived stress suggests a mediating effect of mindfulness on perceived stress.

DISCUSSION

Conducted during the COVID-19 pandemic, the aim of the current study was to investigate whether a brief mindfulness-based cognitive therapy programme could be acceptable and effective in reducing stress and improving emotion regulation and mindfulness in healthcare professionals in an ecological naturalistic workplace setting.

Participants' high attendance and low dropout rates confirmed the acceptability of this 9-hour MBCT-FP programme for busy mental health care professionals, while no adverse effects or harmful experiences were reported (Baer et al., 2019).

Participants reported significant improvements pre- to post-course on perceived stress, emotion regulation, mindfulness, self-compassion and depression level, suggesting that this brief mindfulness programme was effective in a mixed group of mental health professionals' population. Improvements in rumination and anxiety levels, and in psychological flexibility and acceptance were also observed, but were not significant. This is not surprising as the baseline levels of these variables were sub-threshold, leaving not much room for improvement.

Mindfulness score was found to be a mediator of the effect of the intervention on perceived stress, supporting the hypothesis that mindfulness practice is a relevant target to reduce stress.

These results are compatible with other studies that have shown that a brief mindfulness programme can be effective in reducing stress in a non-clinical population (Ameli et al., 2020; Cavanagh et al., 2018, 2013; Demarzo et al., 2017).

Limitations and Further Directions

There are several limitations in this study. First, although this was an ecological naturalistic preliminary open trial during the COVID-19 pandemic with no control group, our small sample in a single centre yielded statistically significant findings and may constitute a useful precedent for evaluating larger samples across multiple locations in future controlled studies.

Second, we did not assess the amount of practice that participants carried out during the week, so it is not clear whether the amount of practice affected outcome.

Although no adverse effects or harmful experiences were reported, we did not assess these directly.

Finally, follow-up data would be useful to test whether the effects last over time.

CONCLUSION

The study provides preliminary indications that this brief mindfulness-based cognitive therapy programme is effective in reducing stress and fostering emotion regulation in mental health professionals working in clinical settings. This intervention has the potential to be an effective and acceptable component within a broader mental health strategy aimed at promoting the well-being of mental healthcare workers.

REFERENCES

- Ameli, R., Sinaii, N., West, C. P., Luna, M. J., Panahi, S., Zoosman, M., Rusch, H. L., & Berger, A. (2020). Effect of a Brief Mindfulness-Based Program on Stress in Health Care Professionals at a US Biomedical Research Hospital : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 3(8), e2013424. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13424>
- Baer, R., Crane, C., Miller, E., & Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs : Conceptual issues and empirical findings. *Clinical Psychology Review*, 71, 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.001>
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Behan, C. (2020). The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 256-258. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II : A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Cavanagh, K., Churchard, A., O’Hanlon, P., Mundy, T., Votolato, P., Jones, F., Gu, J., & Strauss, C. (2018). A Randomised Controlled Trial of a Brief Online Mindfulness-Based Intervention in a Non-clinical Population : Replication and Extension. *Mindfulness*, 9(4), 1191-1205. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0856-1>
- Cavanagh, K., Strauss, C., Cicconi, F., Griffiths, N., Wyper, A., & Jones, F. (2013). A randomised controlled trial of a brief online mindfulness-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 51(9), 573-578. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.003>

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : Propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23, 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005>
- Demarzo, M., Montero-Marin, J., Puebla-Guedea, M., Navarro-Gil, M., Herrera-Mercadal, P., Moreno-González, S., Calvo-Carrión, S., Bafaluy-Franch, L., & Garcia-Campayo, J. (2017). Efficacy of 8- and 4-Session Mindfulness-Based Interventions in a Non-clinical Population : A Controlled Study. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01343>
- Devynck, F., Kornacka, M., Baeyens, C., Serra, É., Neves, J. F. das, Gaudrat, B., Delille, C., Taquet, P., Depraete, O., Tison, P., Sgard, F., Rousseau, A., & Romo, L. (2017). Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) : French Validation of a Transdiagnostic Measure of Repetitive Negative Thinking. *Frontiers in Psychology*, 8, 2159. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02159>
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ) : Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation : Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)

- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural consistency of the Five Facets Mindfulness Questionnaire : Adaptation and validation in a French sample. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, *61*, 147-151. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.02.001>
- 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*(2), 169.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living* (New York Delacorte).
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health : A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 1041-1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals : A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(6), 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kotsou, I., & Leys, C. (2016). Self-Compassion Scale (SCS) : Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE*, *11*(4), e0152880. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152880>
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). [Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service]. *Annales Medico-Psychologiques*, *143*(2), 175-189.
- Lesage, F.-X., Berjot, S., & Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *25*(2), 178-184. <https://doi.org/10.2478/S13382-012-0024-8>
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2018). A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(3), 319-355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22515>

- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, *59*(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Montero-Marin, J., Taylor, L., Crane, C., Greenberg, M. T., Ford, T. J., Williams, J. M. G., García-Campayo, J., Sonley, A., Lord, L., Dalgleish, T., Blakemore, S.-J., & Kuyken, W. (2021). Teachers "Finding Peace in a Frantic World": An Experimental Study of Self-Taught and Instructor-Led Mindfulness Program Formats on Acceptability, Effectiveness, and Mechanisms. *Journal of Educational Psychology*, *113*(8), 1689-1708. <https://doi.org/10.1037/edu0000542>
- Montoya, A. K., & Hayes, A. F. (2017). Two-condition within-participant statistical mediation analysis: A path-analytic framework. *Psychological Methods*, *22*(1), 6-27. <https://doi.org/10.1037/met0000086>
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in Mental Health Professionals: A Theoretical Overview. *International Journal of Social Psychiatry*, *42*(2), 82-89. <https://doi.org/10.1177/002076409604200202>
- Pislarj, T., van der Lippe, T., & den Dulk, L. (2011). Health among hospital employees in Europe: A cross-national study of the impact of work stress and work control. *Social Science & Medicine*, *72*(6), 899-906. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.017>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse* (p. xiv, 351). Guilford Press.
- The Jamovi Project. (2022). *Jamovi (Version 2.3) [Computer Software]*. <https://www.jamovi.org/about.html>
- Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing* (p. xxvi, 238). W. W. Norton & Company.

- Vilà Falgueras, M., Cruzate Muñoz, C., Orfila Pernas, F., Creixell Sureda, J., González López, M. P., & Davins Miralles, J. (2015). [Burnout and teamwork in primary care teams]. *Atencion Primaria*, 47(1), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>
- Williams, J. M. G., Baer, R., Batchelor, M., Crane, R. S., Cullen, C., De Wilde, K., Fennell, M. J. V., Kantor, L., Kirby, J., Ma, S. H., Medlicott, E., Gerber, B., Johnson, M., Ong, E.-L., Peacock, J. W., Penman, D., Phee, A., Radley, L., Watkin, M., & Taylor, L. (2022). What Next After MBSR/MBCT? An Open Trial of an 8-Week Follow-on Program Exploring Mindfulness of Feeling Tone (vedanā). *Mindfulness*, 13(8), 1931-1944. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01929-0>
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness : A practical guide to finding peace in a frantic world*. Hachette UK.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Table 1

Participants' self-reported difficulties with perceived stress (PSS), difficulties in emotion regulation (DERS), mindfulness (FFMQ), self-compassion (SCS), rumination (PTQ), and acceptance and action (AAQ) scores before and after intervention, means, standard deviations and effect sizes

Variables	N	Pre-M	Post-M	M diff	Stat		
		M (SD)	M (SD)		test	<i>p</i>	ES
PSS	30	25.67 (6.84)	23.08 (6.17)	-2.59	<i>t</i> = 2.06	0.049	0.38
DERS-16	30	32.75 (8.51)	30.20 (6.95)	-2.55	<i>t</i> = 3.62	0.001	0.66
FFMQ-15	30	51.23 (7.97)	54.43 (6.26)	3.20	<i>t</i> = -3.97	<.001	-0.73
SCS-SF	30	19.25 (3.69)	20.34 (3.43)	1.09	<i>t</i> = -2.43	0.022	-0.44
PTQ	30	18.57 (8.38)	17.43 (6.09)	-1.13	<i>t</i> = 0.99	NS	0.18
AAQ-II	29	17.90 (7.47)	17.45 (7.34)	-0.45	<i>t</i> = 0.37	NS	0.07
HAD Anxiety	27	7.30 (3.74)	6.63 (4.04)	-0.67	<i>t</i> = 1.46	NS	0.28
HAD Depression	27	3.22 (2.75)	2.26 (1.89)	-0.96	<i>t</i> = 2.34	0.027	0.45

Table 2

Correlations in the MBCT-FP Group between the pre-post changes in the process variables (mindfulness/FFMQ, difficulties with emotion regulation/DERS, self-compassion/SCS) and perceived stress (PSS)

Outcome / Process Variables		Diff FFMQ	Diff DERS	Diff SCS
Diff PSS	r	-0.40	0.29	-0.09
	p	0.029	0.122	0.640

Note. N = 30

Table 3

Direct and indirect effects in the simple mediational model (perceived stress/PSS and mindfulness/FFMQ)

Outcome/mediator	R ²	Direct effects			Indirect effects	
		path	coef.	t	path	bootstrapped (95% CI)
PSS	0.20					
FFMQ		<i>a</i>	3.20	3.97***		
		<i>b</i>	-0.76	-2.58*	<i>axb</i>	-5.98, -0.46
		<i>c'</i>	-0.16	-0.10		

Note. **p* < 0.05, ****p* < 0.001

IV. DISCUSSION GÉNÉRALE

Discussion générale

Des développements récents en psychothérapie considèrent les difficultés à réguler les émotions comme des facteurs favorisant le déclenchement et le maintien de nombreux troubles psychopathologiques (Aldao et al., 2016; Barlow et al., 2017; Gratz and Tull, 2022; Hayes, 2019; Hayes and Hofmann, 2018). Certains auteurs considèrent que les troubles du comportement alimentaire constituent eux-mêmes des tentatives inadaptées de régulation émotionnelle (Fairburn, 2008; Lavender et al., 2015; Monell et al., 2022; Prefit et al., 2019). D'autre part, de nombreuses recherches suggèrent que des interventions basées sur la mindfulness et l'acceptation favoriseraient une régulation émotionnelle adaptative (Baer, 2018; Gu et al., 2015; Guendelman et al., 2017; Roemer et al., 2015). Ainsi, si le TCA est une tentative de RE inadaptée, le fait de constituer ou amplifier un répertoire de stratégies alternatives adaptatives de RE pourrait diminuer la nécessité des sujets de mettre en place des comportements alimentaires dysfonctionnels ou pathologiques dans le but de moduler ou d'éviter des émotions indésirables. Par conséquent, on peut s'attendre à ce qu'il y ait une réduction des symptômes du TCA comme résultat de l'amélioration de la RE. De la même manière, une amélioration des compétences de régulation des émotions et de mindfulness pourrait favoriser une diminution des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress.

Deux études interventionnelles ouvertes réalisées dans un service hospitalier universitaire nous ont permis de tester ces hypothèses. Nous avons mis en place et examiné l'acceptabilité et les effets de la régulation des émotions suite à deux programmes psychothérapeutiques groupales brefs ayant des ingrédients communs, notamment les pratiques de mindfulness et les attitudes inhérentes à celle-ci (acceptation, compassion, bienveillance), chez des sujets malades et des sujets sains.

La première intervention ciblait la régulation des émotions (étude 1) et a été élaborée par nous-mêmes et mise en place chez des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. La deuxième intervention (étude 2) a été traduite d'un programme clinique

de mindfulness adapté pour la population générale, et mise en place chez le personnel soignant travaillant dans le service. Nous avons examiné les effets de ces interventions sur des variables dimensionnelles symptomatiques – les symptômes cliniques (TCA, stress, anxiété et dépression) – et processuelles (régulation des émotions, mindfulness, autocompassion, rumination, flexibilité psychologique et acceptation).

Ce travail a donné lieu à trois articles. Un article théorique (publié) présente une revue de la littérature sur les déficits de régulation des émotions des personnes souffrant de TCA et l'intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness dans le cadre de cette pathologie. Le deuxième article (soumis pour publication) étudie l'acceptabilité et les effets d'une intervention de RE avec mindfulness pour des patients souffrant de TCA (étude 1). Le troisième article (en préparation) examine l'acceptabilité et les effets d'un programme bref de mindfulness pour le personnel soignant (étude 2).

Synthèse des résultats

Les taux de participation dans les deux études étaient élevés, indiquant que la majorité des participants ont trouvé les interventions acceptables. Comparé à des programmes plus longs, l'engagement sur 5-6 séances aurait vocation à favoriser l'assiduité.

Dans la première étude (patients), des réductions statistiquement significatives ont été observées dans toutes les symptomatologies spécifiques et associées. Cela suggère que notre entraînement bref aux compétences de RE a été efficace dans la population des TCA. Des réductions comparables des scores DERS et EDE-Q ont été observés dans une étude précédente suite à une intervention similaire avec un échantillon plus petit (Holmqvist Larsson et al., 2020). Le score DERS s'est avéré être un médiateur de l'effet de l'intervention sur l'EDE-Q, ce qui est en faveur de l'hypothèse selon laquelle la RE joue un rôle central dans les TCA, d'où son rôle en tant que cible clinique pertinente. Les effets significatifs sont observés sur toutes les variables processuelles, y compris la RE,

l'autocompassion, la mindfulness, la flexibilité psychologique et l'acceptation, la rumination et le stress perçu, et sont conformes aux résultats antérieurs concernant les mécanismes d'action (Baer, 2018). Bien que notre intervention n'ait pas spécifiquement ciblé les symptômes d'anxiété et de dépression, les diminutions de petite taille mais significatives observées sont compatibles avec des études antérieures qui ont montré qu'une capacité accrue à réguler les émotions a un impact sur les symptômes d'anxiété et de dépression (Barlow et al., 2017; Payne et al., 2014). Ces résultats sont compatibles avec les hypothèses théoriques et soutiennent le rôle central de la RE dans les TCA (Prefit et al., 2019). La poursuite des recherches visant à élucider les difficultés liées à la RE permettra d'affiner et d'améliorer le traitement des TCA.

Dans la deuxième étude (soignants), des améliorations significatives ont été observées au niveau du stress perçu, de la régulation des émotions, du niveau de mindfulness et d'autocompassion. Les scores de rumination, anxiété, flexibilité psychologique et acceptation ont aussi été améliorés mais pas de manière significative, ce qui n'est pas surprenant car les niveaux en ligne de base de ces variables étaient sous-syndromiques. Ces résultats suggèrent que ce programme bref de mindfulness a été efficace dans une population mixte de professionnels de santé mentale et sont compatibles avec des études préalables qui ont montré l'efficacité des programmes de mindfulness dans la réduction du stress dans des populations non cliniques (Ameli et al., 2020; Cavanagh et al., 2018, 2013; Demarzo et al., 2017; Micklitz et al., 2021; Vonderlin et al., 2020).

En comparant les sujets de deux groupes (patients et soignants), les seuils initiaux de toutes les variables communes étudiées étaient différents. En ligne de base, les scores de mindfulness, autocompassion, flexibilité et acceptation, étaient plus bas chez les patients que chez les soignants. Inversement, ceux de difficultés de RE, stress perçu, anxiété et dépression étaient plus élevés. Concernant le niveau de stress perçu – ce qui constitue la cible centrale de notre intervention – il faut noter que si les scores en ligne de base chez les soignants étaient inférieurs à ceux des patients, ils étaient néanmoins supérieurs à ceux de la population générale (Lesage et al., 2012). La diminution du niveau du stress perçu observée après l'intervention, bien que significative, présentait une faible taille d'effet.

Dans cet échantillon, nous n'avons pas trouvé d'effet de médiation entre la RE et le stress, mais cela n'exclut pas le fait qu'une capacité de RE adaptative peut favoriser un bon fonctionnement, y compris dans des conditions de stress élevé ou perçus comme telles, par exemple en augmentant la tolérance au stress perçu. Cela serait compatible avec le modèle de Gratz et Tull (2022) qui considère que la façon dont une personne réagit à une émotion intense joue un rôle clé dans la trajectoire, la durée et les conséquences de cette émotion, qui peuvent être favorables en termes de santé mentale et physique à condition qu'elle accepte et réagisse à ses émotions de manière adaptative.

Dans ce contexte, il nous semble indispensable que le personnel soignant puisse avoir à disposition des outils efficaces pour les aider à réduire le stress et mieux gérer les émotions, notamment lorsque la charge de travail est importante ou en augmentation, ou bien lorsque des situations extraordinaires surgissent, comme la pandémie qui a eu lieu pendant que nous réalisons ces études. Lorsque la pandémie s'est développée, les consultations liées au développement de nombreux troubles mentaux avaient augmenté notablement à l'échelle mondiale, soit par une aggravation d'une psychopathologie préexistante, soit par l'apparition de nouveaux problèmes (Taylor, 2022). La prévalence des troubles psychologiques chez les travailleurs de la santé n'étant pas inférieure à celle en population générale (Arora et al., 2022), il est raisonnable de supposer que les soignants ne sont pas l'exception à cette tendance. De surcroît, il est important de souligner que les professionnels de santé constituent une population qui présente des taux de suicide plus importants que ceux observés en population générale, et cela indépendamment de l'existence d'une pandémie (Dutheil et al., 2019; Taylor, 2022). Ils sont aussi souvent réticents à solliciter les services de santé mentale en raison de contraintes professionnelles, de la culture du travail ou d'une prédisposition à l'autosuffisance (Duarte et al., 2020).

Dans le cas de patients souffrant de TCA, l'apprentissage de compétences de RE apparaît comme fondamental pour parvenir à un rétablissement à long terme. Entre autres, en raison du constat trivial que le moment du repas devient chez eux problématique et émotionnellement chargé, combiné au fait— également trivial, mais important - que les

gens mangent tous les jours. Il s'agit donc de compétences qui leur sont nécessaires de manière constante au quotidien.

D'autres avantages importants à remarquer de nos deux interventions concernent leur efficacité : elles sont simples à implémenter, courtes et peu coûteuses (Duarte et al., 2019). Le format entre 5 et 6 séances en groupe peut favoriser l'adhésion des participants tout en apportant des effets bénéfiques pour la santé en peu de temps, avec des avantages inhérents relatifs à leur promotion et dissémination.

Cela renvoie à une question centrale de la RE. Est-ce que toutes les personnes seraient concernées par les bénéfices que les interventions d'entraînement à la RE peuvent apporter ? Serait-ce le cas des interventions basées sur la *mindfulness*, qui se développent en population générale ? (Galante et al., 2023). Outre les facteurs de vulnérabilité, avoir des outils pour mieux gérer les situations stressantes du quotidien peut constituer une aide précieuse pour améliorer la qualité de vie et prévenir le développement de futurs troubles psychopathologiques. Dans ce sens, selon le paradigme cognitivo-comportemental, il existe un continuum entre les phénomènes normaux et pathologiques, ce qui signifie que les stratégies thérapeutiques peuvent également être utiles pour le bien-être des personnes qui ne sont pas affectées par des troubles mentaux.

Dans une méta-analyse récente examinant 136 essais contrôlés randomisés portant sur des MBI en présentiel avec 11 605 sujets adultes en population non clinique, Galante et collaborateurs (2021a) ont confirmé un profil d'efficacité supérieur en terme de santé mentale comparé aux contrôles passifs. Les auteurs concluent sur la nécessité de développer la recherche pour confirmer les résultats obtenus et déterminer quels seraient les environnements les plus susceptibles de bénéficier de ces interventions car l'hétérogénéité entre les études ne permet pas de généraliser les résultats à tous les contextes.

Concernant également le format des interventions, un développement rapide de l'utilisation de la technologie au service de la santé a eu lieu à partir de la pandémie. Les consultations à distance en psychothérapie en individuel et en groupe, via le téléphone et

internet, sont devenues fréquentes, et des applications de e-santé sont de plus en plus nombreuses. Pendant la pandémie nous avons mis en place à l'hôpital des groupes pilotes à distance – un groupe d'entraînement à la régulation des émotions, et deux groupes de MBCT – destinés à une population clinique mixte (troubles anxieux, dépressifs, TCA). Malheureusement les effectifs étaient peu nombreux, et nous n'avons pas récolté de données suffisantes pour analyser les effets. Toutefois il serait intéressant de mener des études d'évaluation des interventions à distance dans le contexte de notre hôpital. Des études récentes montrent une similarité au niveau des effets des MBI dispensés en format online comparés au format présentiel (Moulton-Perkins et al., 2022). À propos des interventions visant la diminution du stress au travail, Wolever et collaborateurs (2022) ont réalisé une étude comparant un format online synchrone (en temps réel) versus enregistré (asynchrone) : le format online en temps réel était plus efficace et le taux d'adhésion plus important. Des études portant sur les effets des interventions auto-guidées (self-help) à l'aide des applications, livres et enregistrements, comparées aux interventions avec des instructeurs en présentiel, montrent des bénéfices supérieurs en faveur de ces dernières (Osborne et al., 2023). À la différence des groupes guidés par des instructeurs, les obstacles principaux des interventions asynchrones, y compris celles proposées par des applications, concernent des difficultés liées aux pensées négatives des participants en relation à la pratique (incertitude en rapport aux attentes, préoccupation ou peur de ne pas bien faire), des difficultés liées à établir une régularité dans la pratique, ainsi que le manque de connexion, soutien et contact humain (Osborne et al., 2023). Au total, les interventions guidées par des instructeurs en présentiel ou online sont plus efficaces que les enregistrements ou les méthodes auto-guidées.

Une autre question importante concerne le dosage. Il faut noter que dans la littérature actuelle il n'y a pas de définition consensuelle concernant la durée de l'entraînement de mindfulness pour être considéré comme bref (Schumer et al., 2018). Le format classique d'interventions standardisées validées comporte 8 séances hebdomadaires de 2 heures. Des séances d'initiation ou d'introduction et ce qu'on appelle d'induction à la mindfulness existent et comportent généralement 1 à 3 séances. Des effets bénéfiques

(diminution du niveau de stress, rumination, dépression et anxiété) à l'issue de ces interventions courtes ont été observés en population générale mais ne sont pas aussi stables dans le temps que les interventions de 8 semaines de longueur (Schumer et al., 2018). Il convient de préciser que nous avons considéré notre intervention comme brève (6 séances hebdomadaires de 90 minutes, soit 9 heures au total), comparativement au format classique standardisé (8 séances hebdomadaires de 120 minutes, soit 16 heures au total).

Quant au temps dédié à la pratique à domicile, une étude récente (Parsons et al., 2017) montre qu'il existe une association faible mais significative entre l'étendue de la pratique formelle et les résultats positifs de l'intervention pour un large éventail de participants des programmes MBSR et MBCT, malgré le fait que les participants de cette étude avaient déclaré avoir effectué une pratique formelle de mindfulness à la maison au cours des huit semaines de l'intervention bien inférieure à la quantité prévue.

Peu d'études ont mesuré les effets de la pratique régulière après la finalisation de l'intervention (Lloyd et al., 2018). Galante et collaborateurs (2020b) ont observé une association entre la durée de pratique l'année qui suivait à l'intervention et le niveau de détresse mentale chez des étudiants universitaires. Des études récentes commencent à explorer le sujet du dosage de la pratique de méditation sur plusieurs mois (Adams et al., 2018).

Au total, il n'y a pas actuellement de consensus concernant la durée minimale efficace de l'intervention d'entraînement à la mindfulness aussi bien que des pratiques à domicile. Les recommandations actuelles préconisent l'importance d'un entraînement structuré selon les critères de Crane et collaborateurs (Crane et al., 2016) ainsi que l'importance de la régularité de la pratique indépendamment de sa durée.

Limites

Ce travail présente un certain nombre de limites. Les études présentées dans ce travail de thèse se sont déroulées dans un contexte clinique écologique afin d'observer l'acceptabilité et les effets d'interventions d'entraînement à la régulation des émotions et mindfulness dans des conditions réalistes. L'absence de comparaison à une condition contrôle ainsi que des échantillons de taille modeste limitent la portée et la généralisation de nos résultats.

Il est également nécessaire de s'interroger sur les limites concernant le choix des instruments utilisés. Suivant des études préalables, nous avons opté pour l'utilisation de questionnaires d'auto-évaluation. Certains de ces questionnaires n'ont pas été validés en français, comme l'EDE-Q et le FFMQ. L'EDE-Q a été validé uniquement chez une population de patients souffrant de troubles d'accès hyperphagiques (Carrard et al., 2015). Nous avons l'intention de réaliser des études de validation de ces deux instruments qui sont actuellement très fréquemment utilisés à l'internationale et cela en collaboration avec les auteurs.

D'autres limites des mesures d'auto-évaluation concernent des biais de désirabilité sociale qui ont potentiellement été induits par le rôle d'instructeur-soignant. Quant à l'évaluation de variables symptomatiques, par exemple de TCA, de dépression et d'anxiété, des échelles d'hétéro-évaluation auraient été plus fiables, ainsi que l'utilisation de mesures objectives de l'évolution des symptômes.

De plus, nous n'avons pas recueilli des données qualitatives de manière structurée, ce qui aurait apporté des informations pertinentes pour améliorer les interventions.

Perspectives

Sur la base des résultats de ce travail, nous pouvons proposer quelques lignes de recherche à développer dans le futur. Premièrement, mener des études contrôlées pour confirmer les

effets observés dans les deux interventions. Une condition contrôle par des listes d'attente peut être mise en place dans un premier temps.

Une augmentation de la taille des échantillons nous permettrait d'étudier avec plus de précision les mécanismes de changement des interventions et d'examiner les variables prédictives de l'adhésion. Cela nous aiderait à améliorer les traitements disponibles et déterminer quelles personnes bénéficieraient de ces interventions, en évitant les taux d'abandon.

À propos de la première intervention (étude 1), il serait utile d'examiner les facteurs prédictifs de l'efficacité de la RE dans les différents types de TCA, ainsi que les effets de l'intervention sur d'autres populations, notamment les personnes souffrant des troubles dépressifs, anxieux, addictions, qui y sont également concernées. S'agissant d'une intervention élaborée dans un but transdiagnostique, il nous semble important de valider cette approche dans le cadre d'autres pathologies pour en faire bénéficier d'autres populations.

Il serait intéressant aussi d'étudier la question du dosage et de savoir si des interventions plus longues seraient susceptibles de conduire à des bénéfices supérieurs. La même question se pose concernant le temps et la qualité de la réalisation des pratiques à domicile dans le cadre de nos participants.

Quant à l'intervention de mindfulness pour les soignants, il serait important d'étudier son efficacité en la comparant à une version d'un format classique de 8 semaines et également versus un groupe contrôle.

Concernant les effets sur le long terme, il serait intéressant de mettre en place un suivi pour savoir si les changements observés dans les deux interventions se maintiennent dans le temps.

L'expérience montre qu'après ces interventions il est souvent difficile de continuer à pratiquer de manière assidue les méthodes apprises. Des groupes de consolidation pourraient aider à garder le lien et la motivation pour aller plus loin, mais ils ne sont pas très développés en général, malgré le fait qu'ils pourraient rendre un service considérable

(Hopkins and Kuyken, 2012). Dans le but de favoriser la continuité de la pratique, nous avons mis en place à l'hôpital des séances guidées de mindfulness de 30 minutes, à une fréquence hebdomadaire, destinées au personnel du service. L'animation était partagée à tour de rôle par plusieurs instructeurs. Des pratiques de méditation suivies d'une courte discussion ont été proposées à toutes les séances. Cet espace a été bien investi par les participants, ils ont été nombreux et assidus tout au long de l'année. Des questionnaires de satisfaction ont été récoltés à deux reprises avec des retours très positifs.

Dans le but de favoriser la continuité de la pratique chez les patients que nous suivons, nous voudrions créer, de la même manière, un espace de pratique ouvert à ceux qui ont préalablement participé aux groupes. Nous aimerions ainsi étendre l'expérience que nous avons effectuée dans le cadre des soignants et proposer des séances hebdomadaires d'une heure, guidées par des psychologues et des médecins pour les patients.

Pour finir, ce travail m'a donné l'opportunité d'évaluer des méthodes et des techniques que nous utilisons dans notre pratique professionnelle courante et m'a donné l'envie de continuer à le faire. C'est un travail constant et nécessaire d'être à jour des études récentes et c'est un privilège de pouvoir y participer en publiant des articles faisant état des données empiriques de la pratique clinique. Concrètement, en plus de poursuivre l'animation et l'évaluation des groupes d'entraînement aux compétences de RE à destination de personnes souffrant de différents troubles psychopathologiques, je serais intéressée par développer et mettre en place 2 nouveaux projets. L'année dernière, j'ai eu l'opportunité de suivre une formation approfondie à la Thérapie Comportementale et Dialectique développée par Marsha Linehan (2015, 1993). Cette thérapie, très répandue aux Etats Unis, était destinée notamment à des personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline, avec des comportements impulsifs, suicidaires et/ou addictifs. L'indication a été récemment étendue à d'autres troubles émotionnels, y compris les TCA, avec des résultats d'efficacité intéressants (Bohus et al., 2021; Leichsenring et al., 2023; Storebø et al., 2020; Wisniewski and Ben-Porath, 2015). Le dispositif n'est pas simple à implémenter car il intègre quatre composantes : 1) une thérapie individuelle à fréquence hebdomadaire ; 2) une thérapie en groupe composée de quatre modules

d'entraînement aux compétences (*skills training*) (a) de régulation des émotions, (b) de mindfulness, (c) de tolérance à la détresse, et (d) de relations interpersonnelles ; 3) un coaching téléphonique ; et 4) un travail d'intervision en équipe de thérapeutes. Soler et collaborateurs (Soler et al., 2022, 2009) ont étudié l'efficacité des modules d'entraînement aux compétences (DBT-ST) en tant que composant unique (indépendamment des autres composantes de la DBT). En 13 séances, un effet de supériorité des modules DBT-ST a été observé comparé à d'autres traitements en groupe au niveau de l'humeur, des émotions, et d'autres symptômes psychiatriques généraux, avec un taux d'abandon deux fois inférieur. Les auteurs recommandent l'utilisation de cette composante (DBT-ST) même en dehors du dispositif complet de la DBT car en plus de son efficacité, elle permet une mise en œuvre directe dans un large éventail de structures de santé mentale avec l'avantage additionnel de présenter un faible coût. À partir de cette étude, d'autres travaux ont été publiés montrant l'efficacité de la composante DBT-ST dans le traitement de différentes populations en plus des troubles de personnalité borderline (Valentine et al., 2015).

Dans ce contexte, j'ai l'intention de mettre en place prochainement à l'hôpital et d'évaluer un groupe d'entraînement aux compétences DBT destiné aux patients souffrants de TCA et d'autres troubles émotionnels, y compris de troubles de personnalité borderline. Je voudrais tester l'acceptabilité et les effets du format manualisé en 13 séances de DBT-ST pour des patients souffrant de TCA avec ou sans comorbidité de trouble de la personnalité borderline, en sachant qu'il s'agit d'une comorbidité fréquente (Cassin and von Ranson, 2005).

Le deuxième projet constitue le développement d'interventions basées en mindfulness à l'hôpital à l'intention de patients souffrant de différents troubles et de leurs familles, ainsi que des équipes soignantes, mais aussi à l'extérieur de l'hôpital, par exemple en organisant de séances d'information suivies de groupes d'entraînement à destination des étudiants universitaires. Les études supérieures sont considérées comme une période critique, marquée par d'importants changements : augmentation du stress perçu, abandon ou diminution de l'activité physique, difficulté à maintenir une alimentation saine due

souvent aux contraintes financières, etc. (Romo et al., 2019). S'agissant d'une population à risque, tout comme les professionnels de santé, un entraînement en mindfulness pourrait être bénéfique dans ce contexte, soit en prévention, soit comme outil pour améliorer la gestion du stress au quotidien et augmenter leur bien-être.

Parallèlement, j'aimerais contribuer à la dissémination de la MBCT en France, en organisant une formation de qualité, évaluée et surtout à l'intention de futurs instructeurs, pour garantir que l'intégrité des programmes et des pratiques soit respectée.

V. CONCLUSION

Conclusion

Les études présentées dans ce travail de thèse se sont déroulées dans un contexte clinique écologique afin d'observer l'acceptabilité et les effets d'interventions d'entraînement à la régulation des émotions et à la mindfulness en population clinique et en population soignants dans un service hospitalier psychiatrique universitaire.

Les résultats obtenus dans ces études fournissent un appui empirique à l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de techniques de mindfulness favorise la régulation adaptative des émotions, aussi bien chez des malades (étude 1) que chez les sujets sains (étude 2).

D'une part, l'amélioration des symptômes spécifiques des troubles de l'alimentation chez des patients souffrant de TCA (indirecte, car non ciblée par l'intervention) donne un appui empirique encourageant à l'intérêt de cibler la régulation émotionnelle en tant que traitement adjuvant dans le cadre de cette pathologie.

Ce lien fort entre régulation d'émotions et troubles du comportement alimentaire, observé dans notre étude, récapitule ou revendique la conception théorique récente selon laquelle les TCA sont, eux-mêmes, des tentatives inadaptées de régulation des émotions.

Concernant les soignants, l'intervention de mindfulness a été efficace dans la réduction du stress et la régulation des émotions. Les participants ont apprécié les temps de pratique et ont bien investi l'activité. De plus, à chaque fois nous faisons le constat que le partage de cette expérience commune entre collègues semblait avoir un impact sur la cohésion des équipes.

Au total, les résultats que nous avons obtenus confirment nos hypothèses de départ et sont en faveur de l'intérêt du développement et la mise en place d'interventions d'entraînement à la régulation des émotions avec mindfulness tant chez de sujets malades que chez de sujets sains.

D'autres études avec des groupes contrôle et des échantillons plus importants sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Nous tenons à continuer la recherche sur l'entraînement à la régulation des émotions et à la mindfulness auprès des patients et des soignants.

Nous tenons également à développer la dissémination d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness en organisant de nouveaux groupes thérapeutiques et de consolidation destinés à des populations cliniques et non cliniques (personnel soignant, familles de patients, étudiants universitaires).

Finalement, nous aimerions contribuer à l'organisation et mise en place d'une formation de qualité à destination de futurs instructeurs de mindfulness qui est encore peu développée en France.

VI. BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- Adams, Z.W., Sieverdes, J.C., Brunner-Jackson, B., Mueller, M., Chandler, J., Diaz, V., Patel, S., Sox, L.R., Wilder, S., Treiber, F.A., 2018. Meditation smartphone application effects on prehypertensive adults' blood pressure: Dose-response feasibility trial. *Health Psychol. Off. J. Div. Health Psychol. Am. Psychol. Assoc.* 37, 850–860. <https://doi.org/10.1037/hea0000584>
- AED Report, 2021. *Eating disorders: A guide to medical care*, 4th edition.
- Aldao, A., Gee, D.G., De Los Reyes, A., Seager, I., 2016. Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Dev. Psychopathol.* 28, 927–946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., 2010. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.* 30, 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Ameli, R., Sinaii, N., West, C.P., Luna, M.J., Panahi, S., Zoosman, M., Rusch, H.L., Berger, A., 2020. Effect of a Brief Mindfulness-Based Program on Stress in Health Care Professionals at a US Biomedical Research Hospital: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw. Open* 3, e2013424. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13424>
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (5th ed.), American Psychiatric Pub. ed.
- Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J., Nielsen, S., 2011. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch. Gen. Psychiatry* 68, 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K.B.H., Omar, O.M., Arnone, D., 2022. The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J. Health Psychol.* 27, 805–824. <https://doi.org/10.1177/1359105320966639>

- Baer, R., 2018. Mindfulness practice, in: *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. New Harbinger Publications, Inc., Oakland, CA, US, pp. 389–402.
- Baer, R., Crane, C., Miller, E., Kuyken, W., 2019. Doing no harm in mindfulness-based programs: Conceptual issues and empirical findings. *Clin. Psychol. Rev.* 71, 101–114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.001>
- Baer, R., Crane, C., Montero-Marin, J., Phillips, A., Taylor, L., Tickell, A., Kuyken, W., MYRIAD team, 2021. Frequency of Self-reported Unpleasant Events and Harm in a Mindfulness-Based Program in Two General Population Samples. *Mindfulness* 12, 763–774. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01547-8>
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L., 2006. Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment* 13, 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., Williams, J.M.G., 2008. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment* 15, 329–342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L.R., Boswell, J.F., Ametaj, A., Carl, J.R., Boettcher, H.T., Cassiello-Robbins, C., 2017. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders. *JAMA Psychiatry* 74, 875–884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., Ehrenreich-May, J., 2011. *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press, New York, NY, US.
- Barnes, N., Hattan, P., Black, D.S., Schuman-Olivier, Z., 2017. An Examination of Mindfulness-Based Programs in US Medical Schools. *Mindfulness* 8, 489–494. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0623-8>

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (Eds.), 1979. Cognitive therapy of depression, 13. print. ed, The Guilford Clinical psychology and psychotherapy series. Guilford Press, New York.
- Behan, C., 2020. The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Ir. J. Psychol. Med.* 37, 256–258. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H.-N., Vernon, L.L., Gomez, J.J., 2003. A taxonomy of emotional disturbances. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 10, 206–226. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg011>
- Berg, K.C., Peterson, C.B., Frazier, P., Crow, S.J., 2012. Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: a systematic review of the literature. *Int. J. Eat. Disord.* 45, 428–438. <https://doi.org/10.1002/eat.20931>
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., Hofmann, S.G., 2013. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother. Psychosom.* 82, 234–245. <https://doi.org/10.1159/000348448>
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins, G., 2004. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 11, 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M.T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C.H., Gratz, K.L., 2016. Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 38, 284–296. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., Lieb, K., 2021. Borderline personality disorder. *Lancet Lond. Engl.* 398, 1528–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)

- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., Zettle, R.D., 2011. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behav. Ther.* 42, 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Borton, J.L.S., Markowitz, L.J., Dieterich, J., 2005. Effects of suppressing negative self-referent thoughts on mood and self-esteem. *J. Soc. Clin. Psychol.* 24, 172–190. <https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.172.62269>
- Britton, W.B., Lindahl, J.R., Cooper, D.J., Canby, N.K., Palitsky, R., 2021. Defining and measuring meditation-related adverse effects in mindfulness-based programs. *Clin. Psychol. Sci. J. Assoc. Psychol. Sci.* 9, 1185–1204. <https://doi.org/10.1177/2167702621996340>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., Friederich, H.-C., 2014. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr. Psychiatry* 55, 565–571. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., 2007. Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders, in: *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press, New York, NY, US, pp. 542–559.
- Carrard, I., Rebetez, M.M.L., Mobbs, O., Van der Linden, M., 2015. Factor structure of a French version of the Eating Disorder Examination-Questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eat. Weight Disord. EWD* 20, 137–144. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0148-x>
- Cassin, S.E., von Ranson, K.M., 2005. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin. Psychol. Rev.* 25, 895–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Cavanagh, K., Churchard, A., O’Hanlon, P., Mundy, T., Votolato, P., Jones, F., Gu, J., Strauss, C., 2018. A Randomised Controlled Trial of a Brief Online Mindfulness-

- Based Intervention in a Non-clinical Population: Replication and Extension. *Mindfulness* 9, 1191–1205. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0856-1>
- Cavanagh, K., Strauss, C., Cicconi, F., Griffiths, N., Wyper, A., Jones, F., 2013. A randomised controlled trial of a brief online mindfulness-based intervention. *Behav. Res. Ther.* 51, 573–578. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.003>
- Clark, D.M., 1988. A cognitive model of panic attacks, in: *Panic: Psychological Perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Hillsdale, NJ, US, pp. 71–89.
- Cohen, S., 1988. Perceived stress in a probability sample of the United States, in: *The Social Psychology of Health, The Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Sage Publications, Inc, Thousand Oaks, CA, US, pp. 31–67.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R., 1983. A global measure of perceived stress. *J. Health Soc. Behav.* 24, 385–396.
- Cole, P.M., Michel, M.K., Teti, L.O., 1994. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 59, 73–100.
- Cooper, M.L., Russell, M., Skinner, J.B., Frone, M.R., Mudar, P., 1992. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *J. Abnorm. Psychol.* 101, 139–152. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.101.1.139>
- Côté, G., Gosselin, P., Dagenais, I., 2013. Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : propriétés psychométriques d’une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J. Thérapie Comport. Cogn.* 23, 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005>
- Cowdrey, F.A., Park, R.J., 2012. The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eat. Behav.* 13, 100–105. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.01.001>
- Crane, R., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J., Kuyken, W., 2016. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychol. Med.* 47, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Crane, R.S., Eames, C., Kuyken, W., Hastings, R.P., Williams, J.M.G., Bartley, T., Evans, A., Silverton, S., Soulsby, J.G., Surawy, C., 2013. Development and validation of the mindfulness-based interventions - teaching assessment criteria

- (MBI:TAC). *Assessment* 20, 681–688.
<https://doi.org/10.1177/1073191113490790>
- Crane, R.S., Kuyken, W., 2019. The Mindfulness-Based Interventions: Teaching Assessment Criteria (MBI:TAC): reflections on implementation and development. *Curr. Opin. Psychol.* 28, 6–10.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.004>
- Criquillion, S., Laszcz, M.A., Doublet, D., Shaeffer, P., Gorwood, P., 2017. Blue Buddy: une app pour combattre les troubles alimentaires.
<https://apps.apple.com/fr/app/blue-buddy/id1221007158>.
- Da Silva, C.C.G., Bolognani, C.V., Amorim, F.F., Imoto, A.M., 2023. Effectiveness of training programs based on mindfulness in reducing psychological distress and promoting well-being in medical students: a systematic review and meta-analysis. *Syst. Rev.* 12, 79. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02244-y>
- Danner, U.N., Sternheim, L., Evers, C., 2014. The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Res.* 215, 727–732.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.005>
- Davis, D.M., Hayes, J.A., 2011. What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy* 48, 198–208.
<https://doi.org/10.1037/a0022062>
- Dawson, A.F., Brown, W.W., Anderson, J., Datta, B., Donald, J.N., Hong, K., Allan, S., Mole, T.B., Jones, P.B., Galante, J., 2020. Mindfulness-Based Interventions for University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Appl. Psychol. Health Well-Being* 12, 384–410.
<https://doi.org/10.1111/aphw.12188>
- Demarzo, M., Montero-Marin, J., Puebla-Guedea, M., Navarro-Gil, M., Herrera-Mercadal, P., Moreno-González, S., Calvo-Carrión, S., Bafaluy-Franch, L., Garcia-Campayo, J., 2017. Efficacy of 8- and 4-Session Mindfulness-Based Interventions in a Non-clinical Population: A Controlled Study. *Front. Psychol.* 8.

- Demarzo, M.M.P., Montero-Marin, J., Cuijpers, P., Zabaleta-del-Olmo, E., Mahtani, K.R., Vellinga, A., Vicens, C., López-del-Hoyo, Y., García-Campayo, J., 2015. The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Primary Care: A Meta-Analytic Review. *Ann. Fam. Med.* 13, 573–582. <https://doi.org/10.1370/afm.1863>
- Desseilles, M., Mikolajczak, M., 2013. *Vivre mieux avec ses émotions*. Éditions Odile Jacob.
- Devynck, F., Kornacka, M., Baeyens, C., Serra, É., Neves, J.F. das, Gaudrat, B., Delille, C., Taquet, P., Depraete, O., Tison, P., Sgard, F., Rousseau, A., Romo, L., 2017. Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): French Validation of a Transdiagnostic Measure of Repetitive Negative Thinking. *Front. Psychol.* 8, 2159. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02159>
- Diamond, L.M., Aspinwall, L.G., 2003. Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motiv. Emot.* 27, 125–156. <https://doi.org/10.1023/A:1024521920068>
- Duarte, D., El-Hagrassy, M.M., Couto, T.C.E., Gurgel, W., Fregni, F., Correa, H., 2020. Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 77, 587–597. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0011>
- Duarte, R., Lloyd, A., Kotas, E., Andronis, L., White, R., 2019. Are acceptance and mindfulness-based interventions ‘value for money’? Evidence from a systematic literature review. *Br. J. Clin. Psychol.* 58, 187–210. <https://doi.org/10.1111/bjc.12208>
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J.S., Trousselard, M., Lesage, F.-X., Navel, V., 2019. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS One* 14, e0226361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
- D’Zurilla, T.J., Chang, E.C., Nottingham IV, E.J., Faccini, L., 1998. Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *J. Clin. Psychol.* 54, 1091–1107.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199812\)54:8<1091::AID-JCLP9>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199812)54:8<1091::AID-JCLP9>3.0.CO;2-J)

- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., Ehlers, A., 2011. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 42, 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Evans, A., Crane, R., Cooper, L., Mardula, J., Wilks, J., Surawy, C., Kenny, M., Kuyken, W., 2015. A Framework for Supervision for Mindfulness-Based Teachers: a Space for Embodied Mutual Inquiry. *Mindfulness* 6, 572–581. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0292-4>
- Fairburn, C.G., 2008. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press, New York, NY, US.
- Fairburn, C.G., Beglin, S.J., 1994. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int. J. Eat. Disord.* 16, 363–370.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A., Peveler, R.C., 1995. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch. Gen. Psychiatry* 52, 304–312. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950160054010>
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., 2013. Resistance to treatment in eating disorders: a critical challenge. *BMC Psychiatry* 13, 282. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-282>
- Fincham, G.W., Mavor, K., Dritschel, B., 2023. Effects of Mindfulness Meditation Duration and Type on Well-being: an Online Dose-Ranging Randomized Controlled Trial. *Mindfulness* 14, 1171–1182. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02119-2>
- Floyd, E., Adler, S.R., Crane, R.S., Brewer, J., Moran, P., Richler, R., Hartogensis, W., Kuyken, W., Hecht, F.M., 2023. The Reliability of Rating via Audio-Recording Using the Mindfulness-Based Interventions: Teaching Assessment Criteria. *Glob. Adv. Integr. Med. Health* 12, 27536130221149966. <https://doi.org/10.1177/27536130221149966>

- Galante, J., Friedrich, C., Dawson, A.F., Modrego-Alarcón, M., Gebbing, P., Delgado-Suárez, I., Gupta, R., Dean, L., Dalglish, T., White, I.R., Jones, P.B., 2021a. Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in nonclinical settings: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS Med.* 18, e1003481. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003481>
- Galante, J., Grabovac, A., Wright, M., Ingram, D.M., Van Dam, N.T., Sanguinetti, J.L., Sparby, T., Van Lutterveld, R., Sacchet, M.D., 2023. A Framework for the Empirical Investigation of Mindfulness Meditative Development. *Mindfulness* 14, 1054–1067. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02113-8>
- Galante, J., Stochl, J., Dufour, G., Vainre, M., Wagner, A.P., Jones, P.B., 2020b. Effectiveness of providing university students with a mindfulness-based intervention to increase resilience to stress: 1-year follow-up of a pragmatic randomised controlled trial. *J. Epidemiol. Community Health* 75, 151–160. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214390>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., Tavolacci, M.P., 2019. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am. J. Clin. Nutr.* 109, 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Germer, C.K., Siegel, R.D., Fulton, P.R., 2005. *Mindfulness and psychotherapy*. Mindfulness and psychotherapy. The Guilford Press, New York, NY, US.
- Gilbert, P., 2014. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br. J. Clin. Psychol.* 53, 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Goldberg, S.B., Riordan, K.M., Sun, S., Davidson, R.J., 2022. The Empirical Status of Mindfulness-Based Interventions: A Systematic Review of 44 Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *Perspect. Psychol. Sci. J. Assoc. Psychol. Sci.* 17, 108–130. <https://doi.org/10.1177/1745691620968771>
- Goldberg, S.B., Tucker, R.P., Greene, P.A., Davidson, R.J., Wampold, B.E., Kearney, D.J., Simpson, T.L., 2018. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 59, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>

- Gratz, K.L., Roemer, L., 2004. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 26, 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, K.L., Tull, M.T., 2022. A clinically useful conceptualization of emotion regulation grounded in functional contextualism and evolutionary theory. *World Psychiatry Off. J. World Psychiatr. Assoc. WPA* 21, 460–461. <https://doi.org/10.1002/wps.21021>
- Gratz, K.L., Tull, M.T., 2010. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cogn. Ther. Res.* 34, 544–553. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9268-4>
- Griffith, G.M., Crane, R.S., Baer, R., Fernandez, E., Giommi, F., Herbert, G., Koerbel, L., 2021. Implementing the Mindfulness-Based Interventions; Teaching Assessment Criteria (MBI:TAC) in Mindfulness-Based Teacher Training. *Glob. Adv. Health Med.* 10, 2164956121998340. <https://doi.org/10.1177/2164956121998340>
- Gross, J.J., 1998. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev. Gen. Psychol.* 2, 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J.J., Thompson, R.A., 2007. Emotion Regulation: Conceptual Foundations, in: *Handbook of Emotion Regulation*. The Guilford Press, New York, NY, US, pp. 3–24.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H., 2004. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. *J. Psychosom. Res.* 57, 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., Cavanagh, K., 2015. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin. Psychol. Rev.* 37, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., Kuyken, W., 2016. Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five

- Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. *Psychol. Assess.* 28, 791–802. <https://doi.org/10.1037/pas0000263>
- Guendelman, S., Medeiros, S., Rampes, H., 2017. Mindfulness and Emotion Regulation: Insights from Neurobiological, Psychological, and Clinical Studies. *Front. Psychol.* 8.
- Harris, R., 2010. *Le piège du bonheur*. Éditions de l'Homme.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., Treasure, J., 2009. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin. Psychol. Psychother.* 16, 348–356. <https://doi.org/10.1002/cpp.628>
- Hayes, A.M., Feldman, G., 2004. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 11, 255–262. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph080>
- Hayes, S.C., 2019. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry Off. J. World Psychiatr. Assoc. WPA* 18, 226–227. <https://doi.org/10.1002/wps.20626>
- Hayes, S.C., Hofmann, S.G., 2018. *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications, Inc., Oakland, CA, US.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., 2012. *Acceptance and commitment therapy : the process and practice of mindful change*. Guilford Press, New York.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., McCurry, S.M., 2004. Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *Psychol. Rec.* 54, 553–578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., 1999. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press, New York, NY, US.

- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., Strosahl, K., 1996. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64, 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Health Education England. Improving Access to Psychological Therapies: Mindfulness-Based Cognitive Therapy National MBCT Training Curriculum., n.d.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., Philippot, P., 2011. Cross-cultural consistency of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French sample. *Rev. Eur. Psychol. Appliquée* 61, 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.02.001>
- Hofmann, S.G., Barlow, D.H., 2014. Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: the beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy* 51, 510–513. <https://doi.org/10.1037/a0037045>
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Fang, A., Asnaani, A., 2012. Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depress. Anxiety* 29, 409–416.
- 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. *J. Consult. Clin. Psychol.* 78, 169.
- Holmqvist Larsson, K., Lowén, A., Hellerstedt, L., Bergcrona, L., Salerud, M., Zetterqvist, M., 2020. Emotion regulation group skills training: a pilot study of an add-on treatment for eating disorders in a clinical setting. *J. Eat. Disord.* 8, 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00289-1>
- Hölzel, B.K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S.M., Gard, T., Lazar, S.W., 2011. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res.* 191, 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>
- Hopkins, V., Kuyken, W., 2012. Benefits and Barriers to Attending MBCT Reunion Meetings: An Insider Perspective. *Mindfulness* 3, 139–150. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0088-3>

- Ingram, R.E., Miranda, J., Segal, Z.V., 1998. Cognitive vulnerability to depression, Cognitive vulnerability to depression. Guilford Press, New York, NY, US.
- Inside Out (Film), 2015.
- James, W., 1890. The Principles of Psychology, The Works of William James. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Jayawardene, W.P., Lohrmann, D.K., Erbe, R.G., Torabi, M.R., 2016. Effects of preventive online mindfulness interventions on stress and mindfulness: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Prev. Med. Rep.* 5, 150–159. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.013>
- John, O.P., Gross, J.J., 2004. Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *J. Pers.* 72, 1301–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Johnson, S.L., 2005. Mania and dysregulation in goal pursuit: a review. *Clin. Psychol. Rev.* 25, 241–262. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.11.002>
- Kabat-Zinn, J., 2019. Foreword: Seeds of a necessary global renaissance in the making: the refining of psychology’s understanding of the nature of mind, self, and embodiment through the lens of mindfulness and its origins at a key inflection point for the species. *Curr. Opin. Psychol.* 28, xi–xvii. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.02.005>
- Kabat-Zinn, J., 1990. Full catastrophe living, New York Delacorte. ed.
- Kant, G.L., D’Zurilla, T.J., Maydeu-Olivares, A., 1997. Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cogn. Ther. Res.* 21, 73–96. <https://doi.org/10.1023/A:1021820326754>
- Kass, A.E., Kolko, R.P., Wilfley, D.E., 2013. Psychological treatments for eating disorders. *Curr. Opin. Psychiatry* 26, 549–555. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a30e>
- Kaye, W.H., Wierenga, C.E., Bailer, U.F., Simmons, A.N., Bischoff-Grethe, A., 2013. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends Neurosci.* 36, 110–120. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.01.003>

- Keng, S.-L., Smoski, M.J., Robins, C.J., 2011. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin. Psychol. Rev.* 31, 1041–1056. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Keski-Rahkonen, A., Mustelin, L., 2016. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr. Opin. Psychiatry* 29, 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., Hofmann, S.G., 2013. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 33, 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E., Fournier, C., 2015. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J. Psychosom. Res.* 78, 519–528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kotsou, I., Leys, C., 2016. Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS ONE* 11, e0152880. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152880>
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., Lewis, G., Watkins, E., Brejcha, C., Cardy, J., Causley, A., Cowderoy, S., Evans, A., Gradinger, F., Kaur, S., Lanham, P., Morant, N., Richards, J., Shah, P., Sutton, H., Vicary, R., Weaver, A., Wilks, J., Williams, M., Taylor, R.S., Byford, S., 2015. 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. *The Lancet* 386, 63–73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4)
- Kuyken, W., Warren, F., Taylor, R., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., Dalgleish, T., 2016. Efficacy and moderators of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in prevention of

- depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry* 73.
- Kuyken, Willem, Warren, F.C., Taylor, R.S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J.D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., Dalglish, T., 2016. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry* 73, 565–574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Laszcz, M.A., Keegan, E., Cruchet, L., Bernard, P., Sala, L., Gorwood, P., Romo, L., 2023. Intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness dans la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.03.008>
- Lavender, J.M., Wonderlich, S.A., Engel, S.G., Gordon, K.H., Kaye, W.H., Mitchell, J.E., 2015. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin. Psychol. Rev.* 40, 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
- Lazarus, R.S., Folkman, S., 1984. *Stress, appraisal, and coping*, 11. [print.]. ed. Springer, New York.
- Leehr, E.J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., Giel, K.E., 2015. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 49, 125–134. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>
- Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., Kernberg, O.F., 2023. Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA* 329, 670–679. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.0589>
- Lépine, J.P., Godchau, M., Brun, P., Lempérière, T., 1985. [Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service]. *Ann. Med. Psychol. (Paris)* 143, 175–189.

- Lesage, F.-X., Berjot, S., Deschamps, F., 2012. Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 25, 178–184. <https://doi.org/10.2478/S13382-012-0024-8>
- Levin, M.E., Luoma, J.B., Haeger, J.A., 2015. Decoupling as a Mechanism of Change in Mindfulness and Acceptance: A Literature Review. *Behav. Modif.* 39, 870–911. <https://doi.org/10.1177/0145445515603707>
- Lindsay, E.K., Creswell, J.D., 2019. Mindfulness, acceptance, and emotion regulation: Perspectives from Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Curr. Opin. Psychol.* 28, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.004>
- Linehan, M.M., 2015. *DBT® skills training manual*, 2nd ed. Guilford Press, New York, NY, US.
- Linehan, M.M., 1993. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, New York, NY, US.
- Lloyd, A., White, R., Eames, C., Crane, R., 2018. The Utility of Home-Practice in Mindfulness-Based Group Interventions: A Systematic Review. *Mindfulness* 9, 673–692. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0813-z>
- Lomas, T., Medina, J.C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., Eiroa-Orosa, F.J., 2019. Mindfulness-based interventions in the workplace: An inclusive systematic review and meta-analysis of their impact upon wellbeing. *J. Posit. Psychol.* 14, 625–640. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1519588>
- Lomas, T., Medina, J.C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., Eiroa-Orosa, F.J., 2018. A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *J. Clin. Psychol.* 74, 319–355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22515>
- Luce, K.H., Crowther, J.H., 1999. The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int. J. Eat. Disord.* 25, 349–351. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199904\)25:3<349::aid-eat15>3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199904)25:3<349::aid-eat15>3.0.co;2-m)
- Mallorquí-Bagué, N., Vitró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Múrcia, S., Menchón, J.M., Treasure, J., Fernández-Aranda, F., 2018. Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders:

- Cross-sectional and Longitudinal Approach. *Eur. Eat. Disord. Rev. J. Eat. Disord. Assoc.* 26, 53–61. <https://doi.org/10.1002/erv.2570>
- Marlatt, G.A., Baer, J.S., Donovan, D.M., Kivlahan, D.R., 1988. Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annu. Rev. Psychol.* 39, 223–252. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.39.020188.001255>
- Mennin, D., Farach, F., 2007. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 14, 329–352. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x>
- Micklitz, K., Wong, G., Howick, J., 2021. Mindfulness-based programmes to reduce stress and enhance well-being at work: a realist review. *BMJ Open* 11, e043525. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043525>
- Mitchell, J.T., Robertson, C.D., Anastopolous, A.D., Nelson-Gray, R.O., Kollins, S.H., 2012. Emotion dysregulation and emotional impulsivity among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: Results of a preliminary study. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 34, 510–519. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9297-2>
- Monell, E., Clinton, D., Birgegård, A., 2022. Emotion dysregulation and eating disorder outcome: Prediction, change and contribution of self-image. *Psychol. Psychother.* 95, 639–655. <https://doi.org/10.1111/papt.12391>
- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., Bond, F.W., 2009. Traduction et validation française du questionnaire d’acceptation et d’action (AAQ-II). *Eur. Rev. Appl. Psychol.* 59, 301–308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Montero-Marin, J., Taylor, L., Crane, C., Greenberg, M.T., Ford, T.J., Williams, J.M.G., García-Campayo, J., Sonley, A., Lord, L., Dalgleish, T., Blakemore, S.-J., Kuyken, W., 2021. Teachers “Finding Peace in a Frantic World”: An Experimental Study of Self-Taught and Instructor-Led Mindfulness Program Formats on Acceptability, Effectiveness, and Mechanisms. *J. Educ. Psychol.* 113, 1689–1708. <https://doi.org/10.1037/edu0000542>

- Montoya, A.K., Hayes, A.F., 2017. Two-condition within-participant statistical mediation analysis: A path-analytic framework. *Psychol. Methods* 22, 6–27. <https://doi.org/10.1037/met0000086>
- Moore, K.A., Cooper, C.L., 1996. Stress in Mental Health Professionals: a Theoretical Overview. *Int. J. Soc. Psychiatry* 42, 82–89. <https://doi.org/10.1177/002076409604200202>
- Moulton-Perkins, A., Moulton, D., Cavanagh, K., Jozavi, A., Strauss, C., 2022. Systematic review of mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction via group videoconferencing: Feasibility, acceptability, safety, and efficacy. *J. Psychother. Integr.* 32, 110–130. <https://doi.org/10.1037/int0000216>
- National Institute for Health and Care Excellence (Ed.), 2010. Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management: National clinical practice guideline 91. British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, London.
- Neff, K.D., 2003. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., Bohon, C., 2007. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *J. Abnorm. Psychol.* 116, 198–207. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.198>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., Lyubomirsky, S., 2008. Rethinking Rumination. *Perspect. Psychol. Sci. J. Assoc. Psychol. Sci.* 3, 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- OMS, 1946. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats.
- Osborne, E.L., Ainsworth, B., Hooper, N., Atkinson, M.J., 2023. Experiences of Using Digital Mindfulness-Based Interventions: Rapid Scoping Review and Thematic Synthesis. *J. Med. Internet Res.* 25, e44220. <https://doi.org/10.2196/44220>

- Overton, A., Selway, S., Strongman, K., Houston, M., 2005. Eating Disorders--The Regulation of Positive as well as Negative Emotion Experience. *J. Clin. Psychol. Med. Settings* 12, 39–56. <https://doi.org/10.1007/s10880-005-0911-2>
- Parikh, S.V., Quilty, L.C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S.H., Lam, R.W., MacQueen, G.M., Milev, R.V., Ravindran, A.V., Uher, R., CANMAT Depression Work Group, 2016. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 61, 524–539. <https://doi.org/10.1177/0706743716659418>
- Parsons, C.E., Crane, C., Parsons, L.J., Fjorback, L.O., Kuyken, W., 2017. Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav. Res. Ther.* 95, 29–41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
- Payne, L.A., Ellard, K.K., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Barlow, D.H., 2014. Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol, in: *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*, 5th Ed. The Guilford Press, New York, NY, US, pp. 237–274.
- Philippot, P., 2011. *Émotion et psychothérapie*. Mardaga.
- Pisljar, T., van der Lippe, T., den Dulk, L., 2011. Health among hospital employees in Europe: A cross-national study of the impact of work stress and work control. *Soc. Sci. Med.* 72, 899–906. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.017>
- Prefit, A.-B., Căndea, D.M., Szentagotai-Tătar, A., 2019. Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite* 143, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D., Van Gucht, D., 2011. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin. Psychol. Psychother.* 18, 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>

- Roemer, L., Williston, S.K., Rollins, L.G., 2015. Mindfulness and emotion regulation. *Curr. Opin. Psychol., Emotion regulation* 3, 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.02.006>
- Romo, L., Nann, S., Scanferla, E., Esteban, J., Riazuelo, H., Kern, L., 2019. LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS À L'UNIVERSITÉ COMME DÉTERMINANT DE LA RÉUSSITE ACADÉMIQUE. *Rev. Québécoise Psychol.* 40, 187–202. <https://doi.org/10.7202/1065909ar>
- S Crane, R., Hecht, F.M., Brewer, J., Griffith, G.M., Hartogensis, W., Koerbel, L., Moran, P., Sansom, S., Yiangou, A., Kuyken, W., 2020. Can We Agree What Skilled Mindfulness-Based Teaching Looks Like? Lessons From Studying the MBI:TAC. *Glob. Adv. Health Med.* 9, 2164956120964733. <https://doi.org/10.1177/2164956120964733>
- Sala, L., Gorwood, P., Vindreau, C., Duriez, P., 2021. Mindfulness-based cognitive therapy added to usual care improves eating behaviors in patients with bulimia nervosa and binge eating disorder by decreasing the cognitive load of words related to body shape, weight, and food. *Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr.* 64, e67. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2242>
- Schumer, M.C., Lindsay, E.K., Creswell, J.D., 2018. Brief mindfulness training for negative affectivity: A systematic review and meta-analysis. *J. Consult. Clin. Psychol.* 86, 569–583. <https://doi.org/10.1037/ccp0000324>
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D., Williams, J.M.G., 2020. *Mon cahier de méditation anti-déprime*. De Boeck Supérieure.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., 2013. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*, 2nd ed. The Guilford Press, New York, NY, US.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., 2002. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press, New York, NY, US.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., Freedman, B., 2006. Mechanisms of mindfulness. *J. Clin. Psychol.* 62, 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

- Sher, K.J., Grekin, E.R., 2007. Alcohol and Affect Regulation, in: Handbook of Emotion Regulation. The Guilford Press, New York, NY, US, pp. 560–580.
- Soler, J., Casellas-Pujol, E., Fernández-Felipe, I., Martín-Blanco, A., Almenta, D., Pascual, J.C., 2022. “Skills for pills”: The dialectical-behavioural therapy skills training reduces polypharmacy in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 145, 332–342. <https://doi.org/10.1111/acps.13403>
- Soler, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M.J., Gich, I., Alvarez, E., Pérez, V., 2009. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav. Res. Ther.* 47, 353–358. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013>
- Stefanini, M.C., Troiani, M.R., Caselli, M., Dirindelli, P., Lucarelli, S., Caini, S., Martinetti, M.G., 2019. Living with someone with an eating disorder: factors affecting the caregivers’ burden. *Eat. Weight Disord. EWD* 24, 1209–1214. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0480-7>
- Storebø, O.J., Stoffers-Winterling, J.M., Völlm, B.A., Kongerslev, M.T., Mattivi, J.T., Jørgensen, M.S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C.P., Callesen, H.E., Lieb, K., Simonsen, E., 2020. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst. Rev.* 5, CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., Ehring, T., 2012. Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res.* 197, 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
- Sylvia, L.G., Lunn, M.R., Obedin-Maliver, J., McBurney, R.N., Nowell, W.B., Nosheny, R.L., Mularski, R.A., Long, M.D., Merkel, P.A., Pletcher, M.J., Tovey, R.E., Scalchunes, C., Sutphen, R., Martin, A.S., Horn, E.J., O’Boyle, M., Pitch, L., Seid, M., Redline, S., Greenebaum, S., George, N., French, N.J., Faria, C.M., Puvanich, N., Rabideau, D.J., Selvaggi, C.A., Yu, C., Faraone, S.V., Venkatachalam, S., McCall, D., Terry, S.F., Deckersbach, T., Nierenberg, A.A.,

2022. Web-Based Mindfulness-Based Interventions for Well-being: Randomized Comparative Effectiveness Trial. *J. Med. Internet Res.* 24, e35620. <https://doi.org/10.2196/35620>
- Taylor, S., 2022. The Psychology of Pandemics. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 18, 581–609. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131>
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., Segal, Z.V., 2002. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J. Consult. Clin. Psychol.* 70, 275–287. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.2.275>
- The Jamovi Project, 2022. Jamovi (Version 2.3) [Computer Software]. [WWW Document]. URL <https://www.jamovi.org/about.html> (accessed 8.16.23).
- Thompson, R.A., 1994. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 59, 25–52, 250–283. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Tolin, D.F., 2016. *Doing CBT: A comprehensive guide to working with behaviors, thoughts, and emotions.* The Guilford Press, New York, NY, US.
- Treasure, J., Duarte, T.A., Schmidt, U., 2020. Eating disorders. *Lancet Lond. Engl.* 395, 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Treleaven, D.A., 2018. *Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing.* W. W. Norton & Company, New York, NY, US.
- Tudor, K., Maloney, S., Raja, A., Baer, R., Blakemore, S.-J., Byford, S., Crane, C., Dalglish, T., De Wilde, K., Ford, T., Greenberg, M., Hinze, V., Lord, L., Radley, L., Opaleye, E.S., Taylor, L., Ukoumunne, O.C., Viner, R., MYRIAD Team, Kuyken, W., Montero-Marin, J., 2022. Universal Mindfulness Training in Schools for Adolescents: a Scoping Review and Conceptual Model of Moderators, Mediators, and Implementation Factors. *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* 23, 934–953. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01361-9>
- Udo, T., Grilo, C.M., 2019. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *Int. J. Eat. Disord.* 52, 42–50. <https://doi.org/10.1002/eat.23004>

- Valentine, S.E., Bankoff, S.M., Poulin, R.M., Reidler, E.B., Pantalone, D.W., 2015. The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *J. Clin. Psychol.* 71, 1–20. <https://doi.org/10.1002/jclp.22114>
- van der Velden, A.M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K.J., Dahlgaard, J., Fjorback, L.O., Piet, J., 2015. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin. Psychol. Rev.* 37, 26–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001>
- van Hoeken, D., Hoek, H.W., 2020. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr. Opin. Psychiatry* 33, 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- VanBoven, A.M., Espelage, D.L., 2006. Depressive Symptoms, Coping Strategies, and Disordered Eating Among College Women. *J. Couns. Dev.* 84, 341–348. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00413.x>
- Vilà Falgueras, M., Cruzate Muñoz, C., Orfila Pernas, F., Creixell Sureda, J., González López, M.P., Davins Miralles, J., 2015. [Burnout and teamwork in primary care teams]. *Aten. Primaria* 47, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>
- Vonderlin, R., Biermann, M., Bohus, M., Lyssenko, L., 2020. Mindfulness-Based Programs in the Workplace: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Mindfulness* 11, 1579–1598. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01328-3>
- Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., Nolen-Hoeksema, S., 2003. Can't Quite Commit: Rumination and Uncertainty. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 29, 96–107. <https://doi.org/10.1177/0146167202238375>
- Wegner, D.M., Broome, A., Blumberg, S.J., 1997. Ironic effects of trying to relax under stress. *Behav. Res. Ther.* 35, 11–21. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00078-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00078-2)
- Weiss, N.H., Tull, M.T., Anestis, M.D., Gratz, K.L., 2013. The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress

- disorder among substance dependent inpatients. *Drug Alcohol Depend.* 128, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.07.017>
- Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M., 2000. Thought suppression. *Annu. Rev. Psychol.* 51, 59–91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Williams, J.M.G., Baer, R., Batchelor, M., Crane, R.S., Cullen, C., De Wilde, K., Fennell, M.J.V., Kantor, L., Kirby, J., Ma, S.H., Medlicott, E., Gerber, B., Johnson, M., Ong, E.-L., Peacock, J.W., Penman, D., Phee, A., Radley, L., Watkin, M., Taylor, L., 2022. What Next After MBSR/MBCT? An Open Trial of an 8-Week Follow-on Program Exploring Mindfulness of Feeling Tone (vedanā). *Mindfulness* 13, 1931–1944. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01929-0>
- Williams, M., Penman, D., 2011. *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world.* Hachette UK.
- Wisniewski, L., Ben-Porath, D.D., 2015. Dialectical Behavior Therapy and Eating Disorders: The Use of Contingency Management Procedures to Manage Dialectical Dilemmas. *Am. J. Psychother.* 69, 129–140. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.129>
- Wolever, R.Q., Finn, M.T.M., Shields, D., 2022. The Relative Contributions of Live and Recorded Online Mindfulness Training Programs to Lower Stress in the Workplace: Longitudinal Observational Study. *J. Med. Internet Res.* 24, e31935. <https://doi.org/10.2196/31935>
- World Health Organisation, 2019. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11).*
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P., 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 67, 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zink, C.F., Weinberger, D.R., 2010. Cracking the moody brain: the rewards of self starvation. *Nat. Med.* 16, 1382–1383. <https://doi.org/10.1038/nm1210-1382>

VII. ANNEXES

1. Questionnaires

DERS-16

Cette échelle permet d'évaluer à quel point vous êtes attentifs à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale. Répondez à toutes les questions en notant le chiffre qui vous correspond à gauche de chaque énoncé.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
presque jamais quelques fois la moitié du temps la plupart du temps presque toujours

- ___ 1. J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments.
- ___ 2. Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens.
- ___ 3. Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail.
- ___ 4. Quand je suis contrarié(e), je deviens incontrôlable.
- ___ 5. Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps.
- ___ 6. Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e).
- ___ 7. Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses.
- ___ 8. Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable.
- ___ 9. Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion.
- ___ 10. Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e).
- ___ 11. Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement.
- ___ 12. Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux.
- ___ 13. Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion.
- ___ 14. Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal.
- ___ 15. Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose.
- ___ 16. Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus.

PSS

Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos pensées **au cours du dernier mois**. Dans chaque cas, veuillez indiquer en notant le chiffre correspondant à la fréquence à laquelle vous avez ressenti ou pensé d'une certaine manière.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
jamais rarement parfois assez souvent très souvent

- ___ 1. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?
- ___ 2. Au cours du dernier mois, combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?
- ___ 3. Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?
- ___ 4. Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?
- ___ 5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?
- ___ 6. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?
- ___ 7. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?
- ___ 8. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?
- ___ 9. Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?
- ___ 10. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?

PTQ

Dans ce questionnaire, nous allons vous demander de décrire la manière selon laquelle vous pensez habituellement à des problèmes ou des expériences négatives. Lisez chacune des propositions présentées ci-dessous, et évaluez dans quelle mesure cela s'applique à vous lorsque vous pensez à des expériences négatives ou à des problèmes. Ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
jamais rarement parfois souvent presque toujours

- ___ 1. Les mêmes pensées continuent à traverser mon esprit encore et encore.
- ___ 2. Des pensées s'immiscent dans mon esprit.
- ___ 3. Je ne peux pas m'arrêter d'y penser.
- ___ 4. Je ne peux rien faire d'autre lorsque je suis en train de penser à mes problèmes.
- ___ 5. Mes pensées se répètent.
- ___ 6. Des pensées me viennent à l'esprit sans que je le veuille.
- ___ 7. Mes pensées m'empêchent de me concentrer sur d'autres choses.
- ___ 8. Je continue à penser aux mêmes problèmes tout le temps.
- ___ 9. Des pensées surgissent dans mon esprit.
- ___ 10. Mes pensées mobilisent toute mon attention.

SCS

Lisez attentivement chaque énoncé avant de répondre. A gauche de chaque item, veuillez indiquer à quelle fréquence vous vous comportez de cette façon, en utilisant l'échelle de 1 à 5.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
presque jamais rarement parfois souvent presque toujours

- ___ 1. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, je suis envahi(e) par un sentiment de ne pas être à la hauteur.
- ___ 2. J'essaie d'être compréhensif(ve) et patient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.
- ___ 3. Quand quelque chose de douloureux se produit, j'essaie d'avoir une vision équilibrée de la situation.
- ___ 4. Quand je me sens mal, j'ai tendance à avoir l'impression que les autres sont plus heureux que moi.
- ___ 5. J'essaie de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine.
- ___ 6. Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j'ai besoin.
- ___ 7. Quand quelque chose me contrarie, j'essaie de garder mes émotions en équilibre.
- ___ 8. Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, j'ai tendance à me sentir seul(e) dans mon échec.
- ___ 9. Lorsque je me sens mal, j'ai tendance à être obsédé(e) et à focaliser sur tout ce qui ne va pas.
- ___ 10. Quand je ne me sens pas à la hauteur d'une quelconque façon, j'essaie de me rappeler que ce sentiment est partagé par la plupart des gens.
- ___ 11. Je désapprouve et juge mes propres défauts et insuffisances.
- ___ 12. Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.

AAQ-II

Voici une liste d'affirmations. Merci d'évaluer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous en notant à gauche le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
 jamais vrai très rarement vrai rarement vrai parfois vrai souvent vrai presque toujours vrai toujours vrai

- ___ 1. Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire.
- ___ 2. J'ai peur de mes émotions.
- ___ 3. J'ai peur de ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions.
- ___ 4. Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie.
- ___ 5. Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie.
- ___ 6. J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi.
- ___ 7. Mes soucis m'empêchent de réussir.

HAD

Lisez chaque question et choisissez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire ; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) | | 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti | |
| - La plupart du temps | 3 | - Presque toujours | 3 |
| - Souvent | 2 | - Très souvent | 2 |
| - De temps en temps | 1 | - Parfois | 1 |
| - Jamais | 0 | - Jamais | 0 |
| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois | | 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué | |
| - Oui, tout autant | 0 | - Jamais | 0 |
| - Pas autant | 1 | - Parfois | 1 |
| - Un peu seulement | 2 | - Assez souvent | 2 |
| - Presque plus | 3 | - Très souvent | 3 |
| 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver | | 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence | |
| - Oui, très nettement | 3 | - Plus du tout | 3 |
| - Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 | - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais | 2 |
| - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | 1 | - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention | 1 |
| - Pas du tout | 0 | - J'y prête autant d'attention que par le passé | 0 |
| 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses | | 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place | |
| - Autant que par le passé | 0 | - Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| - Plus autant qu'avant | 1 | - Un peu | 2 |
| - Vraiment moins qu'avant | 2 | - Pas tellement | 1 |
| - Plus du tout | 3 | - Pas du tout | 0 |
| 5. Je me fais du souci | | 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses | |
| - Très souvent | 3 | - Autant qu'avant | 0 |
| - Assez souvent | 2 | - Un peu moins qu'avant | 1 |
| - Occasionnellement | 1 | - Bien moins qu'avant | 2 |
| - Très occasionnellement | 0 | - Presque jamais | 3 |
| 6. Je suis de bonne humeur | | 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique | |
| - Jamais | 3 | - Vraiment très souvent | 3 |
| - Rarement | 2 | - Assez souvent | 2 |
| - Assez souvent | 1 | - Pas très souvent | 1 |
| - La plupart du temps | 0 | - Jamais | 0 |
| 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) | | 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision | |
| - Oui, quoi qu'il arrive | 0 | - Souvent | 0 |
| - Oui, en général | 1 | - Parfois | 1 |
| - Rarement | 2 | - Rarement | 2 |
| - Jamais | 3 | - Très rarement | 3 |

EDE-Q

Questions 1 à 12 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié dans les colonnes de droite. Les questions réfèrent aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

Dans les 28 derniers jours, combien de jours...	Aucune journée	1 à 5 jours	6 à 12 jours	13 à 15 jours	16 à 22 jours	23 à 27 jours	Tous les jours
1. Avez-vous volontairement essayé de limiter la quantité de nourriture que vous mangez pour influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ?	0	1	2	3	4	5	6
2. Avez-vous passé de longues périodes de temps (8 heures éveillées ou plus) sans manger quoi que ce soit afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ?	0	1	2	3	4	5	6
3. Avez-vous essayé d'exclure de votre alimentation n'importe quel aliment que vous aimez afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ?	0	1	2	3	4	5	6
4. Avez-vous essayé de suivre des règles précises à propos de votre alimentation (p. ex. un nombre de calories limitées) afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ?	0	1	2	3	4	5	6
5. Avez-vous eu le désir catégorique d'avoir l'estomac vide dans le but d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ?	0	1	2	3	4	5	6
6. Avez-vous eu le désir catégorique d'avoir un ventre totalemment plat ?	0	1	2	3	4	5	6
7. Est-ce que de penser à la nourriture, les calories ou à manger ont fait qu'il était très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (p. ex. travailler, suivre une conversation, ou lire) ?	0	1	2	3	4	5	6
8. Est-ce que de penser à la forme de votre corps ou votre poids ont fait qu'il était très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (p. ex. travailler, suivre une conversation, ou lire) ?	0	1	2	3	4	5	6
9. Avez-vous eu une peur catégorique de perdre le contrôle de votre prise alimentaire ?	0	1	2	3	4	5	6
10. Avez-vous eu une peur catégorique que vous pourriez prendre du poids ?	0	1	2	3	4	5	6
11. Vous êtes-vous sentie grosse ?	0	1	2	3	4	5	6
12. Avez-vous eu un désir fort de perdre du poids ?	0	1	2	3	4	5	6

Questions 13 à 18 : S'il vous plaît, inscrivez le chiffre approprié dans la ligne de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne réfèrent qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

Dans les quatre dernières semaines (28 jours)...

13. Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé ce que d'autres personnes considéreraient une **quantité de nourriture inhabituellement grande** (compte tenu des circonstances) ? _____
14. À combien de ces occasions avez-vous eu l'impression d'avoir perdu le contrôle de votre prise alimentaire (au moment où vous mangiez) ? _____
15. Dans les 28 derniers jours, pendant combien de jours de tels épisodes d'hyperphagie⁷ sont-ils survenus (c.à.d., où vous avez mangé une quantité de nourriture inhabituellement grande et vous avez eu une impression de perte de contrôle à ce moment) ? _____
16. Dans les 28 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous rendue malade (vomir) afin de contrôler la forme de votre corps ou votre poids ? _____
17. Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous pris des laxatifs afin de contrôler la forme de votre corps ou votre poids ? _____
18. Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'exercice d'une façon « déterminée » ou « compulsive » afin de contrôler votre poids, la forme ou la quantité de gras de votre corps, ou afin de brûler des calories ? _____

Questions 19 à 28 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié. Prenez bien note que pour ces questions, **le terme « hyperphagie incontrôlée »** signifie manger ce que d'autres personnes considéreraient une quantité de nourriture inhabituellement grande compte tenu des circonstances accompagné par une impression d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez. **Dans les 28 derniers jours...**

19. Dans les 28 derniers jours, combien de jours avez-vous mangé en secret (c'est-à-dire, furtivement, en cachette) ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ».	Aucune journée	1 à 5 jours	6 à 12 jours	13 à 15 jours	16 à 22 jours	23 à 27 jours	Tous les jours
	0	1	2	3	4	5	6
20. Dans les 28 derniers jours, dans quelle proportion des fois où vous avez mangé vous êtes-vous sentie coupable (sentiment que vous avez mal agi) en raison de l'effet que cela pourrait avoir sur la forme de votre corps ou votre poids ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ».	Aucune fois	Quelques fois	Moins de la moitié	La moitié des fois	Plus de la moitié	La plupart des fois	Toutes les fois
	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans les 28 derniers jours, jusqu'à quel point avez-vous été préoccupée que d'autres personnes vous voient manger ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ».	Pas du tout	Un peu		Modérément		Nettement	
	0	1	2	3	4	5	6
22. Votre poids a-t-il influencé la façon dont vous pensez à vous (vous jugez) en tant que personne ?	0	1	2	3	4	5	6
23. La forme de votre corps a-t-elle influencé la façon dont vous pensez à vous (vous jugez) en tant que personne ?	0	1	2	3	4	5	6
24. Jusqu'à quel point auriez-vous été bouleversée si on vous avait demandé de vous peser une fois par semaine (ni plus, ni moins souvent) pour les quatre prochaines semaines ?	0	1	2	3	4	5	6
25. Jusqu'à quel point avez-vous été insatisfaite de votre poids ?	0	1	2	3	4	5	6
26. Jusqu'à quel point avez-vous été insatisfaite de la forme de votre corps ?	0	1	2	3	4	5	6
27. Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentie inconfortable de voir votre corps (p. ex. voir la forme de votre corps dans le miroir, votre réflexion dans la vitrine d'un magasin, pendant que vous vous déshabillez ou prenez un bain ou une douche) ?	0	1	2	3	4	5	6
28. Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentie inconfortable que d'autres voient la forme de votre corps ou votre silhouette (p. ex. dans un vestiaire commun, lorsque vous allez nager ou portez des vêtements ajustés) ?	0	1	2	3	4	5	6

2. Livret pour les Participants - Groupe Régulation des Émotions

CMME

Régulation des Émotions

Alejandra LASZCZ, Psychologue

Régulation des Emotions

Séance 1 – Prendre Conscience des Émotions

Alejandra LASZCZ, Psychologue

Règles de fonctionnement du groupe

- Confidentialité, assiduité et ponctualité, respect et bienveillance

Impact des émotions

- Le bien-être et la santé mentale
- La santé physique
- La performance (études / travail)
- Les relations sociales
- La gestion de ressources matérielles

Séances thématiques

- 1) Prendre conscience
- 2) Accueillir ses émotions
- 3) Penser autrement
- 4) Agir selon ses valeurs
- 5) Exprimer et écouter

- Travail sur documents
- Exercices en séance et à la maison

Objectifs

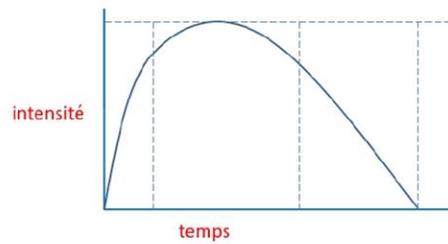
- Identifier et comprendre ses émotions : observer, accueillir et accepter ses émotions, y compris les émotions difficiles
- Exprimer ses émotions de manière adaptée et développer la relation aux autres
- Gérer les émotions extrêmes
- Traiter ses pensées et agir
- Développer des ressources, augmenter la flexibilité psychologique et prendre soin de soi
- Des outils au quotidien : mindfulness, respiration, exposition thérapeutique, prise de décisions, résolution de problèmes, communication...

Les émotions

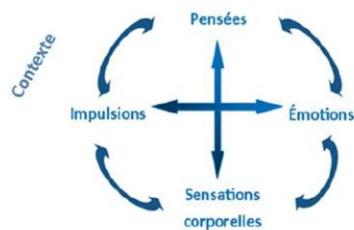
- Qu'est-ce qu'une émotion ?
- A quoi ça sert ?
- Comment ça fonctionne ?
- Faut-il l'exprimer ?
- Faut-il éviter les émotions négatives ?
- Comment reconnaître les émotions des autres ?

Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

Courbe des émotions durée et intensité



Modèle à 5 composantes



Les émotions nous sont utiles

- Source d'information
- Facilitateur de l'action
- Support à la décision
- Outil à l'adaptation

Observer et identifier ses émotions - Exercices à domicile

- Exercice d'identification des émotions
- Questionnaire sur les sensations corporelles émotionnelles
- Exercice d'entraînement à la reconnaissance des émotions (fiche d'observation)

Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

Régulation des Emotions

Séance 2 – Accueillir ses émotions

Alejandra LASZCZ, Psychologue

Mindfulness

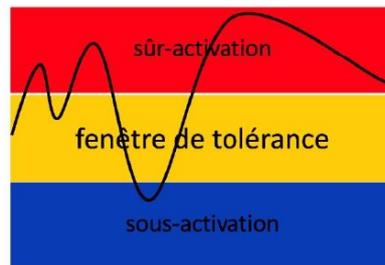
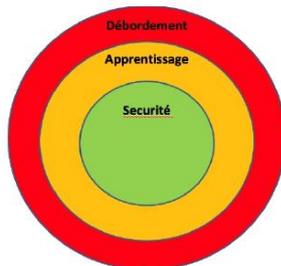
- Installez-vous confortablement.
- Si vous le souhaitez, vous pouvez fermer les yeux.
- Lorsque vous êtes prêt(e), concentrez-vous sur le moment présent.
- Dirigez maintenant votre attention vers votre respiration, en observant son déroulement naturel, sans rien changer, en explorant les sensations physiques à chaque inspiration et à chaque expiration.
- Si vous notez que vos pensées vous amènent ailleurs, ramenez doucement l'attention sur la respiration.
- Appuyez-vous sur la respiration comme point d'ancrage dans le moment présent.

Accepter ses émotions

- L'évitement d'émotions douloureuses réduit la capacité à choisir des comportements et à s'engager dans des actions qui permettent à l'individu de vivre pleinement et selon ses propres valeurs et aspirations profondes
- Accepter n'est pas se résigner, c'est un choix possible
- Principes de bienveillance et non-jugement

Fenêtre de tolérance (David Treleaven)

Les 3 cercles



Si vous avez l'impression de ne plus être dans votre fenêtre de tolérance

- Levez-vous, centrez-vous sur la sensation de vos pieds sur le sol
- Marchez, concentrez-vous sur la sensation de vos pieds sur le sol
- Inspirez et expirez lentement, l'expiration est plus longue que l'inspiration
- Buvez un verre d'eau ou une tisane
- Nommez 5 choses que vous voyez, entendez ou ressentez physiquement, décrivez-les en détail
- Mettez de l'eau froide sur votre visage, vos mains, tenez de la glace dans chaque main

Accepter ses émotions et réguler les émotions intenses

- Sommeil, alimentation, exercice physique
- Acceptation de soi : combattre l'autocritique
- Relaxation, respiration, cohérence cardiaque
- Méditation / Mindfulness
- Exposition aux émotions difficiles
- Partage social
- ...

Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

Applications gratuites sur Smartphone



Les effets bénéfiques de la respiration de cohérence cardiaque (6 cycles/min)

- Immédiats
 - Apaisement
 - Calme
- Rémanent
 - Baisse des hormones de stress
 - Amélioration de l'efficacité du système immunitaire
 - Favorise la sécrétion des neurotransmetteurs comme la sérotonine
 - Réduction de la perception du stress
 - Impression générale de calme
- A long terme
 - Diminution de l'anxiété et de la dépression
 - Meilleure récupération à l'effort
 - Amélioration de la mémoire et de la concentration
 - Diminution des processus inflammatoires

Exercice d'exposition aux émotions difficiles

- Prenez quelques instants pour vous installer confortablement.
- Si vous le souhaitez, vous pouvez fermer les yeux.
- Maintenant imaginez ou souvenez-vous d'une situation difficile.
- Mettez-vous à l'écoute de votre corps, de vos sensations corporelles. Que ressentez-vous ? Notez les sensations et localisez-les. Observez-les, sans essayer de les modifier. Prenez le temps de les ressentir et restez avec cela.
- Ensuite, laissez venir ce qui vient : d'autres sensations, des pensées, des images, des souvenirs...
- Aussi douloureux que cela puisse être, ne cherchez pas à écarter ce qui vient, accueillez-le, concentrez-vous là-dessus. Laissez venir les images et les pensées, accueillez l'émotion.
- Dans les moments les plus difficiles, rappelez-vous que les émotions sont transitoires et éphémères, elles passent.

L'écriture : exercice de Pennabaker

- Trouvez un endroit et un moment où vous ne serez pas dérangé
- Écrivez au sujet de ce qui vous préoccupe, de ce que vous avez tendance à éviter et qui influence votre vie d'une manière négative
- Écrivez au minimum 15 minutes par jour pendant au moins 3 jours consécutifs
- Écrivez continuellement sans vous inquiéter de la grammaire, sans vous censurer
- Si c'est plus facile, utilisez un dictaphone pour parler au lieu d'écrire
- Relisez ce que vous avez écrit de temps en temps pour voir comment votre pensée a pu changer par rapport à vos émotions

Pratique à domicile

- RespiRelax+ : 3 à 5 min à réaliser 1 à 3 fois par jour, 6j/7
- Mindfulness : espace de respiration : 1 fois/jour
- Écriture : 15 min/jour pendant 3 jours
- Exposition aux émotions difficiles (si besoin)

« Accordez-moi le courage de changer les choses que je peux changer, la sérénité d'accepter celles que je ne peux changer et la sagesse d'en connaître la différence » Prière du Moyen Âge

Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

Régulation des Emotions

Séance 3 - Penser autrement

Alejandra LASZCZ, Psychologue

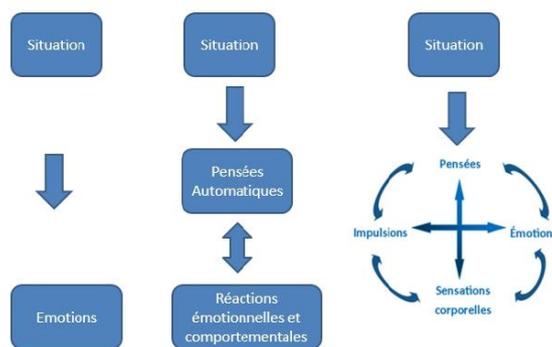
Espace de respiration mindfulness

Scenette : Julie et Martin se disputent

Les distorsions cognitives

La pensée dichotomique ou « en tout ou rien » : tendance à catégoriser dans les extrêmes, sans nuance.	« Mon ami ne m'appelle pas, alors il ne m'aime plus ». « J'ai mangé plus que prévu, donc j'ai gâché mon régime, autant arrêter ».
L'inférence arbitraire : tirer des conclusions sans preuve.	« Mon amie est en retard, je crois que quelque chose de grave a dû lui arriver ».
Le raisonnement émotionnel : prendre ses émotions comme s'il s'agissait des preuves.	« Je me sens triste, alors je pense que ma journée va mal se passer ».
La surgénéralisation : généraliser en faisant une règle d'un évènement isolé, en utilisant des termes comme « jamais », « toujours », « tout », « rien », « personne », « tout le monde », « chaque fois que ».	« Elle ne veut pas sortir avec moi, je resterai seul toute ma vie ». « J'ai été licencié, je rate toujours tout ce que je fais ».
L'abstraction sélective : se focaliser sur un détail négatif en oubliant l'essentiel.	« Je fais une présentation au travail et remarque qu'une collègue ne m'écoute pas. Cela me rend triste et perturbe mon intervention ».
La catastrophisation et la minimisation du positif : exagérer la portée d'une difficulté et sous-estimer ses qualités ou sa capacité à résoudre des problèmes.	« J'ai fait une erreur, tout le monde va le savoir et se moquer de moi ». « J'ai trouvé la solution au problème parce que j'ai eu de la chance ».
La personnalisation : surévaluer le lien entre un évènement externe et soi-même.	« Je vois quelqu'un de mauvaise humeur et je pense que c'est à cause de moi ». « Si mon fils a des mauvaises notes c'est parce que je suis une mauvaise mère ».

Réactivité émotionnelle



Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

Penser autrement

- Identifier ses pensées automatiques
- Modifier le contenu des pensées
- Modifier la relation avec ses pensées

Réévaluation

Situation	Emotions	Pensées Automatiques	Pensées Alternatives

Balance décisionnelle

	Avantages	Inconvénients
Ne pas changer		
Changer		

RESOLUTION DE PROBLEMES

Nom : _____ Date : _____

Définition du problème

Objectifs

SOLUTIONS	POUR	CONTRE

Solution pertinente

Etapas à accomplir pour arriver à appliquer la solution

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Vérification : après avoir essayé la solution, quel est votre niveau de satisfaction ?

Pratique à domicile

- Trouver les distorsions dans le discours du couple qui se dispute
- Sélectionner une situation contrariante récente et remplir le registre de réévaluation
- Remplir la fiche de résolution de problèmes ou de prise de décision (balance décisionnelle) avec un exemple personnel

Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

Régulation des Emotions

Séance 4 – Agir selon ses valeurs

Alejandra LASZCZ, Psychologue

Les comportements

- Nos comportements sont tellement automatiques qu'ils nous échappent fréquemment
- Nous agissons souvent par habitude.
- Pour changer nos schémas de comportement, nous devons d'abord les reconnaître et déterminer quoi et quand changer.

Les pièges

- L'évitement dysfonctionnel
- L'hyper-contrôle (perfectionnisme)
- La procrastination
- La rumination

Accepter et entreprendre

- L'acceptation n'est pas le fait d'être d'accord avec sa douleur ou ses émotions négatives mais plutôt de les accueillir, d'accepter le fait qu'elles soient présentes, et d'apprendre à vivre en leur présence.
- Il s'agit d'accepter les émotions qui sont hors de votre contrôle personnel et entreprendre des actions qui amélioreront votre vie.

Agir

- Les émotions, bien que souvent utiles, elles ne sont pas nécessairement de bons indicateurs du comportement le plus bénéfique à adopter dans une situation donnée, exemple : éviter une sortie parce que l'on se sent moche.
- La solution : agir de façon proactive et non réactive.



Objectifs et valeurs

- Agir de façon proactive veut dire que vous établissez un objectif et que vous allez le poursuivre, peu importe votre humeur. Les humeurs sont comme la température, elles altèrent la façon dont vous percevez les choses, mais elles ne sont pas nécessairement le meilleur indicateur de ce qui est vrai ou important dans une situation donnée. Il faut donc se définir des objectifs à court/moyen terme en fonction de ses valeurs.

Les objectifs : plan d'action



Quel est l'**objectif** que je vise? _____

Quelles sont les **étapes** que je dois franchir pour atteindre l'objectif ?

- 1^{re} étape : _____
- 2^e étape : _____
- 3^e étape : _____
- 4^e étape : _____
- 5^e étape : _____

Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

Les valeurs : identifier ce qui a du sens pour soi et déterminer des actions précises à réaliser

Ce qu'on veut **faire** de sa vie, ce qu'on veut représenter et comment on veut se comporter pour y arriver

But : utiliser ses valeurs comme un guide constant à ses actions

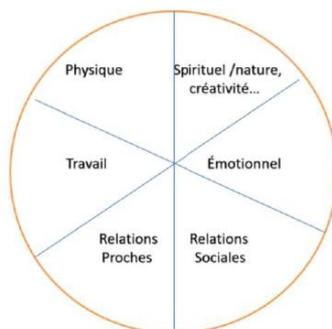
Méthode : distinguer les valeurs des objectifs

Exemples :

affection, aide,	détermination,	ouverture d'esprit,
amitié, amour,	dignité, discipline,	partage, présence,
authenticité,	écoute, équilibre,	réciprocité, respect,
autonomie,	fiabilité, générosité,	responsabilité,
bienveillance,	gratitude,	sérénité, sincérité,
collaboration,	honnêteté, humilité,	sociabilité, stabilité,
compétence,	humour,	stimulation,
courage, créativité,	indépendance,	tradition,
curiosité,	justice, liberté,	transmission,...

Domaines	Importance 1-10	Valeurs	Actions valorisées
Bien-être physique			
Bien-être émotionnel			
Relations proches			
Relations sociales			
Activité professionnelle			
Accomplissement personnel			
Loisir et culture			
Place dans la société			
...			

La roue du bien-être



Développer des ressources et prendre soin de soi

- Santé et bien-être physique et psychologique : équilibre alimentaire, sommeil, activité physique, temps de repos, méditation, relaxation, créativité...
- Se connecter aux autres, communiquer efficacement, participer et contribuer.
- Augmenter la flexibilité psychologique : changer ses habitudes et essayer une nouvelle activité une fois par semaine.
- Développer ses points forts et accumuler des émotions positives, expériences de «*flow*».
- Journal de gratitude : noter 3 événements positifs de la journée.
- ...

Exercices à domicile

- Dressez une liste d'activités agréables. Vous pouvez vous inspirer du document joint.
- Ensuite, complétez la fiche «*planning d'activités*» en planifiant des activités que vous aimez pendant une semaine. Choisissez au moins une activité agréable à réaliser quotidiennement. Réalisez ces activités y compris les jours où vous n'auriez rien envie de faire et que vous ne sauriez même plus ce qui vous fait du bien.
- Journal de gratitude : chaque soir noter 3 événements positifs de la journée.

Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

Régulation des Emotions

Séance 5 – Exprimer et écouter

Alejandra LASZCZ, Psychologue

La communication des émotions

- L'expression des émotions est cruciale pour le développement et la régulation des relations interpersonnelles : elle fournit des informations essentielles à nos interlocuteurs, permet la construction des liens affectifs et contribue à l'intégration sociale.
- Lorsque nous n'exprimons pas clairement ce que nous ressentons, nous privons nos interlocuteurs d'une information essentielle pour nous comprendre et réagir en conséquence dans la relation.

La compétence d'affirmation de soi est constitué de quatre grandes capacités

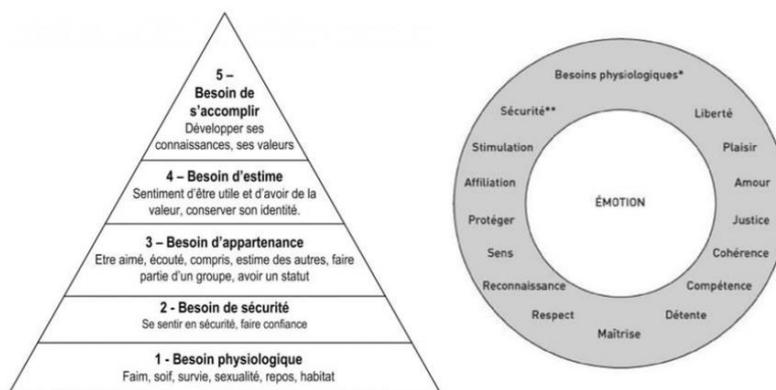
1. Décrire sans jugement ce qui déclenche l'émotion
2. Exprimer les émotions de manière adaptée
3. Exprimer ce qui motive l'expression des émotions : les besoins
4. Proposer des solutions

Quatre étapes

- (1) Partir de l'événement factuel à l'origine sans interprétation ; (2) Exprimer son émotion ; (3) Exprimer son besoin ; (4) Formuler une demande à l'autre ; **tout en première personne : « je »**

Les besoins fondamentaux (3 modèles)

Modèle la pyramide de Maslow (1908-1970) vs Modèle non hiérarchisé



Modèle de Max-Neef (1986) :

subsistance, affection, protection, compréhension, participation, temps pour soi, créativité, identité, liberté

Exemple : faire une demande (Musa, 2016)

- Déterminez votre objectif.
- Choisissez un moment adéquat : « *As-tu 5 minutes ? J'aimerais te parler* ».
- Exprimez directement et précisément votre demande en utilisant le « je », pas d'explications excessives : « *je souhaiterais prendre une demi-journée demain après-midi, s'il vous plaît* ».
- En cas de refus, répéter votre demande (technique du disque rayé) en tenant compte de la position de l'autre : « *je comprends bien... mais j'aimerais...* ».
- En cas de nouveau refus, exprimer vos émotions : « *je suis gêné de devoir insister* », en tenant compte de celles des autres (empathie) : « *je comprends que cela ne vous arrange pas mais...* » ; cherchez un compromis.
- Terminer de façon adéquate en fonction de la réponse :
 - Réponse positive : remercier
 - Réponse négative : verbaliser sa déception avec empathie : « *je suis déçu(e) que vous ne m'accordiez pas ma demi-journée mais je comprends vos arguments* ».

Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

L'identification des émotions d'autrui

- Indique l'état d'une relation, ou de tension relationnelle
- Permet d'optimiser la qualité de nos interactions avec nos interlocuteurs
- Fonction d'adaptation

L'écoute active (Petitcollin, 2012)

Cela consiste à écouter attentivement son interlocuteur sans l'interrompre ni interpréter/juger ce qu'il dit :

- Lui donner toute notre **attention**.
- Reformuler de manière synthétique ce que la personne vient d'exprimer de façon à ce qu'elle se sente comprise et entende les paroles qu'elle prononce. La reformulation donne l'espace de confirmer, d'ajuster ou de rectifier les paroles.
- Il est possible et parfois utile de reformuler de manière interrogative.
- Ecouter également le **non verbal**, la synchronisation de la posture et des gestes.
- Ecouter la cohérence des propos, des attitudes, l'authenticité ou l'absence d'authenticité des propos tenus.

Quelques exemples de blocage d'écoute

L'égo envahissant

- Finir les phrases de son interlocuteur.
- Rectifier systématiquement les erreurs de son interlocuteur.
- S'emparer de la parole de l'autre pour se raconter.
- Laisser libre cours à sa curiosité sans respecter l'autre.
- Donner des conseils sans y avoir été convié et dicter ses solutions (« le donneur de leçons »).

Dévaloriser son interlocuteur

- Le déni ou la minimisation des propos tenus.
- Porter des jugements de valeur.
- Les interprétations intempestives.

Fuir les émotions (la peur des émotions)

- Noyer le problème dans des bons sentiments.
- Donner son point de vue à tout prix.

L'écoute des émotions d'autrui (Mikolajczak, 2014)

Mode d'intervention orienté :

- **Solutions** : dire à l'autre ce qu'il doit faire
 - **Jugement / évaluation** : dire à l'autre ce qui est vrai/faux, bon/mauvais
 - **Interprétation** : dire à l'autre quelles sont ses raisons d'agir (ex. « à mon avis, tu agis comme cela car tu as un problème avec l'autorité »)
 - **Consolation** : dire à l'autre que cela va aller
 - **Investigation** : creuser en fonction de nos intérêts personnels
 - **Compréhension** : montrer que l'on entend et comprend ce que l'autre vit
- Questions ouvertes sur le vécu émotionnel : « Qu'as-tu ressenti à ce moment-là ? », « Comment as-tu vécu la situation ? »
Offrir à l'autre une reformulation de son vécu : Exemple : « Il n'y a jamais personne qui écoute ici... »
Reformulation positive : « Tu aimerais te sentir plus écouté ? »

Pour aller plus loin

Lectures

- Le piège du bonheur, Russ Harris, Pocket, 2017
- Vivre mieux avec ses émotions, Moira Mikolajczak et Martin Desseilles, Odile Jacob, 2013
- L'affirmation de soi, Chaloult, Goulet et Ngô : <https://tccmontreal.com/laffirmation-de-soi-3/>

Apps

- Respi-relax (relaxation, respiration, cohérence cardiaque)
- Breath Zen (initiation et pratique de relaxation et méditation)
- Blue Buddy (ressources pour combattre les troubles alimentaires) : <http://bluebuddyapp.fr/>

Films

- Vice-versa (2015) Inside Out, Pete Docter
- In between (2012) Court-métrage, Ecole des Gobelins

Document à usage personnel, veuillez ne pas copier ni distribuer

Exercice d'identification des émotions

Inspiré de la thérapie comportementale et dialectique de Marsha Linehan

Pour chaque émotion, notez les mots qui décrivent le mieux ce que vous ressentez, les situations qui les déclenchent, vos sensations, vos comportements et les conséquences associées :

JOIE

- Mes mots de joie
-
-
-
- Les situations qui déclenchent ma joie
-
-
-
- Ce que je ressens quand je suis joyeux (se)
-
-
-
- Ce que je fais quand je suis joyeux (se)
-
-
-
- Les conséquences de ma joie
-
-
-

TRISTESSE

- Mes mots de tristesse
-
-
-
- Les situations qui déclenchent ma tristesse
-
-
-
- Ce que je ressens quand je suis triste
-
-
-
- Ce que je fais quand je suis triste
-
-
-
- Les conséquences de ma tristesse
-
-
-

PEUR

- Mes mots de peur
-
-
-
- Les situations qui déclenchent ma peur
-
-
-
- Ce que je ressens quand j'ai peur
-
-
-
- Ce que je fais quand j'ai peur
-
-
-
- Les conséquences de ma peur
-
-
-

COLERE

- Mes mots de colère
-
-
-
- Les situations qui déclenchent ma colère
-
-
-
- Ce que je ressens quand je suis en colère
-
-
-
- Ce que je fais quand je suis en colère
-
-
-
- Les conséquences de ma colère
-
-
-

Questionnaire sur les sensations corporelles émotionnelles

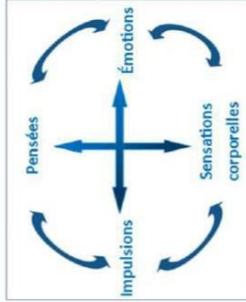
Extrait de « Emotion et Psychothérapie » de P. Philippot, 2011, Mardaga

- Voix qui tremble
Pas du tout _____ Très fort
- Boule dans la gorge
Pas du tout _____ Très fort
- Modification dans la respiration
Pas du tout _____ Très fort
- Sensations dans l'estomac
Pas du tout _____ Très fort
- Sensation de froid, frissons
Pas du tout _____ Très fort
- Sensation de chaleur diffuse
Pas du tout _____ Très fort
- Sensation de chaud, joues brûlantes
Pas du tout _____ Très fort
- Cœur qui bat plus vite
Pas du tout _____ Très fort
- Muscles tendus, tremblements
Pas du tout _____ Très fort
- Muscles détendus, au repos
Pas du tout _____ Très fort
- Transpiration, mains moites
Pas du tout _____ Très fort

OBSERVATION

Date :

Situation :



Pensées	Émotions	Sensations corporelles	Impulsions

Julie et Martin se disputent

Adapté de Alain Taillefer

Scène 1

Julie attend Martin impatiemment, car aujourd'hui c'est leur premier anniversaire de rencontre. Malheureusement, Martin est en retard d'une heure et demie. Julie se dit :

Ju : C'est bien lui ça, toujours en retard. Il est en retard le jour de notre rencontre, il ne m'aime sûrement pas car s'il m'aimait, il serait déjà là. Qu'est-ce qu'il va me trouver comme excuse ? Un problème avec sa voiture... trop de travail ? Il a réussi à gâcher toute ma soirée. Pour me faire cela, il ne doit vraiment pas m'aimer. Il a peut-être rencontré une autre femme. Il me trompe probablement avec une secrétaire de son bureau. Cela expliquerait son retard, attend de voir quand il va arriver...

Scène 2

Pendant ce temps, Martin est pris dans le trafic sur l'autoroute.

Ma : Maudit trafic, je vais être en retard. En plus, j'ai oublié mon portable, Julie va sûrement être inquiète et penser qu'il m'est arrivé un accident. Si je n'arrête pas de faire des bêtises, elle va me laisser. Je pourrais lui acheter des fleurs, je suis certain que ça ne suffira pas pour me faire pardonner, mais ce sera une attention pour souligner notre anniversaire de rencontre.

Scène 3

Martin arrive enfin à la maison avec une heure et demie de retard.

Ma : Salut, je m'excuse d'être en retard, j'ai été retardé par le trafic.

Ju : C'est ça... Dis-moi donc plutôt avec qui tu étais.

Ma : Comment ça avec qui j'étais, j'étais tout seul !

Ju : Ah oui, pourquoi les fleurs d'abord. Tu n'aurais pas quelque chose à te reprocher ?

Ma : Ben non. C'est notre premier anniversaire de rencontre...

Ju : En retard puis menteur ! Tu te fous de moi. C'est de ta faute si je suis dans cet état.

Ma : Mes retards, mes retards... je ne suis pas si souvent en retard.

Ju : Ben non, juste trois fois par semaine.

Ma : C'est quoi ton problème avec mes retards ?

Ju : Mon problème c'est que la journée de notre anniversaire, il me semble que je mérite que mon chéri arrive à l'heure, non, est-ce trop te demander ?

Ma : Hey, tu n'es jamais contente toi, tu cherches toujours à me reprocher quelque chose.

Ju : Tu es méchant ! Si ton but était de me faire pleurer et de gâcher notre journée d'anniversaire, ben tu as réussi. **(Julie quitte la pièce pour se diriger dans la salle de bain).**

Ma : C'est ça, jamais moyen de parler avec toi sans que cela vire au drame.

Martin va mettre ses écouteurs à musique pour ne plus poursuivre la conversation...

Comment pensez-vous que Julie et Martin se sentent ? Quels sont leurs émotions ? Trouvez les distorsions dans leur discours.

OBSERVATION

Date :

Situation	Emotions	Pensées automatiques	Pensées alternatives

RESOLUTION DE PROBLEMES

Nom :

Date :

Définition du problème

Objectifs

SOLUTIONS

POUR

CONTRE

Solution pertinente

--

Etapes à accomplir pour arriver à appliquer la solution

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

Vérification : après avoir essayé la solution, quel est votre niveau de satisfaction ?

--

Balance Décisionnelle

	Avantages/Bénéfices	Inconvénients/Coûts
Ne pas changer		
Changer		

Liste d'activités

Le mois dernier, combien de fois avez-vous réalisé les activités suivantes ? (Fréquence : 0 = jamais ; 1 = 1 à 4 fois ; 2 = 5 fois et plus). Évaluez le plaisir que vous en avez retiré si vous avez pratiqué cette activité, ou celui que vous imagineriez en retirer si vous n'avez pas pratiqué l'activité (Plaisir : 0 = désagréable ; 1 = neutre ou parfois agréable et parfois désagréable ; 2 = agréable).

	Fréquence			Plaisir		
	0	1	2	0	1	2
Activités en lien avec la nature						
Se promener, faire une balade, une randonnée						
Observer la nature, les animaux, les arbres						
Jardiner						
S'occuper de ses animaux						
Activités en lien avec les soins du corps						
Prendre une douche, un bain, se laver les dents						
S'habiller, se coiffer, aller chez le coiffeur						
Aller chez le médecin, dentiste, opticien						
Activités de détente, artistiques et intellectuelles						
Écouter de la musique, jouer de la musique, chanter						
Écrire, lire, regarder des films						
Aller au théâtre, au cinéma, au spectacle, au musée						
Faire du théâtre, du cinéma, de la danse						
Dessiner, peindre, sculpter, photographier, décorer						
Faire de la poterie, du tissage, de la couture, du tricot...						
Jouer aux cartes, faire un puzzle, colorier des mandalas						
Activités de bien-être et sportives						
Méditer, faire du yoga						
Marcher, courir						
Faire du vélo, de la natation, de la gym...						
Activités relationnelles						
Être avec quelqu'un qu'on aime						
Passer des moments en famille						
Voir ses amis						
Prendre des nouvelles						
Rencontrer une nouvelle personne						
Faire plaisir aux autres, penser aux gens que l'on aime						
S'occuper des autres, faire des cadeaux						
Autres activités						
Préparer à manger, cuisiner						
Faire les courses, le ménage						
Préparer des vacances ou un voyage						
Réorganiser ou décorer sa chambre ou sa maison						
Flâner en ville, s'allonger au soleil, s'asseoir devant un feu de cheminée						
Participer ou organiser une fête						
Apprendre à faire quelque chose de nouveau						
Se lever tôt le matin						
Bricoler, réparer, restaurer...						
Faire du bénévolat, de l'humanitaire						

Programme d'activités

Prendre soin de soi relève, en partie, de planifier et de prendre part à des activités que l'on apprécie. Essayez de planifier des activités que vous aimez le matin, l'après-midi et le soir durant la semaine qui vient. Prenez note de vos émotions lorsque vous prenez part à ces activités. Essayez d'inclure des activités à faire avec d'autres personnes aussi bien que des activités à faire seul(e).

Date : _____

Heure	Activité	Temps de réalisation	Emotion(s)	Intensité 1 à 10
7h				
8h				
9h				
10h				
11h				
12h				
13h				
14h				
15h				
16h				
17h				
18h				
19h				
20h				
21h				
22h				
23h				

Les gros cailloux

Un vieux professeur était chargé de former des étudiants sur la planification efficace de leur temps. Ce cours ne constituait qu'un des ateliers de leur journée de formation. Le vieux prof n'avait qu'une heure pour « faire passer sa matière ». Il regarda ses élèves un par un, puis leur proposa de réaliser une expérience.

De dessous la table qui le séparait de son auditoire, le vieux prof sortit un immense pot de verre de plus de 4 litres qu'il posa délicatement en face de lui. Ensuite, il sortit environ une douzaine de cailloux à peu près gros comme des balles de tennis et les plaça délicatement, un par un, dans le grand pot. Lorsque le pot fut rempli jusqu'au bord et qu'il fut impossible d'y ajouter un caillou de plus, il leva lentement les yeux vers ses élèves et leur demanda :

–Est-ce que ce pot est plein ? Tous répondirent : « Oui ».

Il attendit quelques secondes et ajouta : « Vraiment ? ». Alors, il se pencha de nouveau et sortit un récipient rempli de gravier. Avec minutie, il versa ce gravier sur les gros cailloux puis brassa légèrement le pot. Les morceaux de gravier s'infiltrèrent entre les cailloux... jusqu'au fond du pot. Le vieux prof leva à nouveau les yeux vers son auditoire et réitéra sa question :

–Est-ce que ce pot est plein ? Cette fois, ses brillants élèves commençaient à comprendre son manège. L'un d'eux répondit : « Probablement pas ! ».

« Bien ! » répondit le vieux prof. Il se pencha à nouveau et cette fois, sortit un sac de sable. Avec attention, il versa le sable dans le pot. Le sable alla remplir les espaces entre les gros cailloux et le gravier. Encore une fois, il redemanda :

–Est-ce que ce pot est plein ? Cette fois, sans hésiter et en chœur, les brillants élèves répondirent : « Non ! ».

« Bien ! » répondit le vieux prof. Et comme s'y attendaient ses prestigieux élèves, il prit le pichet d'eau qui était sur la table et remplit le pot jusqu'à ras bord.

Le vieux prof leva alors les yeux vers son groupe et demanda : « Quelle grande vérité nous démontre cette expérience ? »

Pas fou, le plus audacieux des élèves, songeant au sujet de ce cours, répondit : « Cela démontre que même lorsque l'on croit que notre agenda est complètement rempli, si on le veut vraiment, on peut y ajouter plus de rendez-vous, plus de choses à faire.

« Non » répondit le vieux prof. « Ce n'est pas cela. La grande vérité que nous démontre cette expérience est la suivante : Si on ne met pas les gros cailloux en premier dans le pot, on ne pourra jamais les faire entrer tous, ensuite ».

Il y eut un profond silence, chacun prenant conscience de l'évidence de ces propos.

3. Curriculum Vitae

Maria Alejandra LASZCZ
247 rue de Tolbiac, 75013 Paris, France
alexandralaszcz@gmail.com
ADELI : 75 93 1541 9

Ressortissante européenne (polonaise / argentine)
Née à Buenos Aires, Argentine

PSYCHOLOGUE

Français Anglais Espagnol

Diplômes

Diplôme de Psychologue* – Université de Buenos Aires – 1995

*Diplôme étranger reconnu en France en vue de faire usage professionnel du titre de psychologue par le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche en octobre 2006 (article 5 du décret n°90-255 du 22 mars 1990).

Diplôme d'Études Approfondies de Sciences Cognitives – École des Hautes Etudes en Sciences Sociales – 2000

Stage dirigé par Pr J Segui, Laboratoire de Psychologie Expérimentale – Université Paris Descartes

Diplôme d'Université Thérapies Comportementales et Cognitives – Université Paris Descartes – 2008

Doctorante en Psychologie – Université Paris Nanterre – dernière année en cours

Thèse dirigée par Pr L Romo, Université Paris Nanterre & Pr E Keegan, Université de Buenos de Aires

Clinique

GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences - Hôpital Sainte-Anne – Pôle CMME

Psychologue clinicienne depuis 2006

- Évaluation, orientation et prise en charge en psychothérapie de patients hospitalisés et ambulatoires souffrant de troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles des conduites alimentaires et addictions
- Organisation et animation de groupes de thérapie comportementale et cognitive, d'entraînement aux compétences de régulation des émotions, et de MBCT (pleine conscience)
- Organisation et animation de groupes de MBCT ainsi qu'un espace ouvert de pratique hebdomadaire pour le personnel soignant
- Formation et supervision de stagiaires en Master, direction et jury de soutenance de mémoires du Diplôme Universitaire de Thérapies Comportementales et Cognitives à l'Université Paris Cité
- Formation des médecins internes en psychiatrie
- Cocréation d'une application sur smartphone pour combattre l'anorexie et la boulimie : Blue Buddy

Recherche

Publications

Laszcz, M.A., Keegan, E., Cruchet, L., Bernard, P., Duriez, P., Gorwood, P. & Romo, L. (En préparation). Reducing Stress in Mental Health Professionals using a Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy Programme.

Laszcz, M.A., Keegan, E., Cruchet, L., Bernard, P., Duriez, P., Gorwood, P. & Romo, L. (Soumis). Emotion Regulation Intervention with Mindfulness for Patients with Eating Disorders. European Eating Disorders Review.

- Cruchet, L., Romo, L., Poupon, D., Duriez, P., **Laszcz, M.A.** & Gorwood, P. (Soumis). Benefits of a Brief, Remote Psychoeducation Intervention in Treating Eating Disorders. *Eur Eating Disorders Review*.
- Cruchet, L., **Laszcz, M.A.** & Rousseau, A. (2023). « Thérapie cognitive et comportementale des troubles des conduites alimentaires ». Dans Graziani P. et Romo L. (Eds.). *Soigner les Addictions par les TCC* (p. 103-124), Elsevier Masson.
- Laszcz, M.A.**, Keegan, E., Cruchet, L., Bernard, P., Sala, L., Gorwood, P. & Romo, L. (2023). Intérêt du développement d'interventions basées sur l'acceptation et la mindfulness dans la régulation des émotions des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 181(9), 787-790. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.03.008>
- Kaya Lefèvre, H., Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Leclerc, V., **Laszcz, M.A.**, Gorwood, P., Bungener, C. (2019). Time perspective differences between depressed patients and non-depressed participants, and their relationships with depressive and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 246, 320-326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.053>.
- Scanferla, E., Pachoud, B., Gorwood, P., The CMME Psychologists Group, Bruel-Jungerman, E., Docteur, A., Drosdalski, C., Gauthier, E., Hollande, F., Justo D., **Laszcz, M.A.**, Leclerc, V., Logak, Z., Pouydesseau, I., Raust, A., Romo, L., & Scanferla, E. (2022). Experiencing eight psychotherapy approaches devoted to eating disorders in a single-day workshop increases insight and motivation to engage in care: A pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(6), 2213-2222. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01365>
- Scanferla, E., Romo, L., Bruel-Jungerman, E., Docteur, A., Gauthier, E., Hollande, F., Justo, D., **Laszcz, M.A.**, Leclerc, V., Logak, Z., Pouydesseau, I., Raust, A., Gorwood, P. (2019). Faciliter la prise en charge psychothérapeutique : le dispositif innovant du centre d'évaluation TCA de la CMME. *French Journal of Psychiatry*, 1:S180-S181, <https://doi.org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.482>.
- Romo, L., **Laszcz, M.A.**, Scanferla, E., Pouydesseau, I., Gorwood, P. (2018). Reflections on art and digital therapy in the treatment of eating disorders. In *Music in Creative Detoxification and Rehabilitation. Handbook of Best Practices*. Edited by Vasileios Stamou & Lelouda Stamou, University of Macedonia.
- Laszcz, M.A.**, Criquillion, S., Gorwood, P. (2018). Blue Buddy : une application pour combattre l'anorexie et la boulimie. *French Journal of Psychiatry*. S125-S177.
- Criquillion, S., **Laszcz, M.A.**, Gorwood, P. (2018). Blue Buddy : une application mobile pour accompagner les soins dans l'anorexie et la boulimie. *French Journal of Psychiatry*, 1: S54, [https://doi.org/10.1016/S2590-2415\(19\)30131-X](https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30131-X).
- Criquillion, S., **Laszcz, M.A.**, Doublet, D., Shaeffer, P., Gorwood, P., (2017). Blue Buddy: une app pour combattre les troubles alimentaires. <https://apps.apple.com/fr/app/blue-buddy/id1221007158>.

Communications orales

- Laszcz, M.A.**, & Cruchet, L. (2023). La régulation des émotions chez des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Communication orale, Séminaire de l'AS2C, Paris.
- Laszcz, M.A.**, Romo, L., Keegan, E., Gorwood P., & Cruchet, L. (2022). Intérêt clinique d'une intervention groupale ciblant la régulation émotionnelle chez les personnes souffrant de troubles des conduites alimentaires. Symposium Recherche. Communication orale, 50e Congrès de l'AFTCC, Paris.

- Laszcz, M.A.** (2019). Expérience d'un groupe d'entraînement aux compétences de régulation des émotions en population transdiagnostique. Table ronde : Actualités de la prise en charge des personnes vivant avec la personnalité borderline. Communication orale. 47e Congrès de l'AFTCC, Paris.
- Scanferla, E., Romo, L., Bruel-Jungerman, E., Docteur, A., Gauthier, E., Hollande, F., Justo, D., **Laszcz, M.A.**, Leclerc, V., Logak, Z., Pouydesseau, I., Raust, A., & Gorwood, P. (2019, décembre 13). Est-ce que la complémentarité des psychothérapies est possible dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire ? Etude empirique auprès de 100 patients. Communication orale. 47 Congrès Annuel de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris.
- Laszcz, M.A.** (2018). Development of a Smartphone Application for the Treatment of Eating Disorders. Communication orale. European Association for Behavioural and Cognitive Therapy, Sofia, Bulgaria.
- Laszcz, M.A.** (2018). Blue Buddy : une appli pour combattre l'anorexie et la boulimie. Journées Internationales du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé : Citoyenneté et Empowerment en Santé Mentale : Innovations Participatives en France et à l'International, Lille.

Posters

- Laszcz, M.A.**, Romo, L., Keegan, E., Gorwood P., & Cruchet, L. (2023). Efficacité et acceptabilité d'un programme bref de Mindfulness pour le personnel soignant. Communication acceptée. 51e Congrès de l'AFTCC, Paris.
- Laszcz, M.A.**, Criquillion, S. (2018). Blue Buddy, une application pour combattre l'anorexie et la boulimie. Congrès Français de Psychiatrie, Nantes, France, 2ème Prix Poster.
- Laszcz, M.A.**, Vera, L. & Criquillion, S. (2007). Self-esteem in 480 patients suffering from eating disorders. World Congress of Behavioural and Cognitive Therapy, Barcelone, Espagne.

Comité d'organisation de congrès

ECED « European Congress of Eating Disorders », 2019, Paris

Enseignement

Université

- **Université Paris Cité, Diplôme Universitaire de Thérapies Comportementales et Cognitives**
Cours et encadrement des mémoires, Analyse fonctionnelle, Approches Processuelles Transdiagnostiques, Thérapies Cognitives de Mindfulness - MBCT, depuis 2008
- **Université Paris Nanterre, UFR Sciences Psychologiques et Sciences de l'Éducation**
Chargée de Cours, Initiation aux Méthodes Cliniques (Licence 3e année 3PPY5008), 2018-2019
- **Université Paris Descartes, DES de Psychiatrie**
Cours d'Introduction aux thérapies comportementales et cognitives, 2018
- **Université de Buenos Aires, Faculté de Psychologie, Département de Psychologie Générale**
Chargée de cours et travaux dirigés d'Introduction à la Psychologie Cognitive, 1990-2001

Autres Enseignements

- **Centre Hospitalier Sainte-Anne, Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale**
Cours aux internes en psychiatrie : La MBCT appliquée à la dépression, depuis 2015
- **Ecole Pratique des Hautes Etudes en Psychopathologies (EPHEP), Centre Sèvres, Paris**
Enseignante : Introduction aux thérapies comportementales et cognitives (7 heures), depuis 2018
- **Association pour l'Aide, la Recherche et le Perfectionnement en Psychologie (SARP), Algérie**
Formation et de Supervision en Thérapies Cognitives et Comportementales
Méditation de pleine conscience, DBT et Troubles de la personnalité (32h), Oran, septembre 2023
Addictions, Entretien motivationnel et Troubles alimentaires (32h), Alger, 2019 et 2021
Troubles des conduites alimentaires, Approches trans-diagnostiques en psychothérapie, Supervision de Cas Cliniques (32h), Alger, du 18 au 21 avril 2018
- **Université d'Eté de Psychiatrie, Sousse, Tunisie**
Atelier : L'Entretien Motivationnel (16h), les 22 et 23 juillet 2017

Valorisation

Participation à des congrès

- Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Congrès AFTCC, Paris, 2019, 2020 et 2022
- European Congress of Eating Disorders, Congrès ECED, Paris, septembre 2019
- European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Congrès EABCT, Berlin, 2019
- Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, AFTCC, 2ème Colloque Francophone de Pratiques en TCC, Genève, 14-16 juin 2018
- Fédération Française Anorexie Boulimie, FFAB, Colloque « Soins et accompagnement des personnes souffrant de TCA et de leur entourage », Paris, 2018
- American Association for Behavioural and Cognitive Therapies, ABCT, San Diego 2017
- European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, EABCT, Ljubljana Slovenia 2017
- Association for Contextual Behavioural Science, ACBS World Conference, Seville, Spain, 2017
- Association Française de TCC, 44e Congrès AFTCC, Paris, 2016
- American Association for Behavioural and Cognitive Therapies, 50st Annual ABCT, NY, 2016
- European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, EABCT Stockholm, 2016
- European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Congrès EABCT Jerusalem, 2015
- World Congress for Behavioural and Cognitive Therapies, WCBCT, Boston, 2-5 juin 2010
- European Association Behavioural and Cognitive Therapies, EABCT Dubrovnik Croatie, 2009
- World Congress for Behavioural and Cognitive Therapies, WCBCT, Barcelone, 11-14 juillet 2007

Formations

Mindfulness (MBCT)

- *The Feeling Tone Programme*, Mark Williams, 5j, Bangor University, Wales, UK, septembre 2023
- *MBCT 12 Months Foundational Teacher Training*, Paul Bernard, Thais Requito, Matilde Elices, Oxford Mindfulness Centre, 4 modules, 6 workshops, 180h, online, avril 2021-avril 2022
- *Mindfulness for Life*, Paul Bernard, Oxford Mindfulness Centre, online, janvier-mars 2022
- *Mindfulness based Interventions Teaching Assessment Criteria (MBI-TAC)*, Sophie Sansom & Vici Williams, The Mindfulness Network, 6 jours, online, janvier-février 2022
- *Mindfulness based Supervision Training*, A Evans & P Duckerin, The Mindfulness Network, 2021
- *Retraite de Mindfulness*, Bernat Font Clos, Ramiro Ortega, 5 jours online, Oxford OMC, 2021
- *Frame by Frame Taster Sessions*, Mark Williams, Oxford Mindfulness Centre, online, juillet 2021
- *Trauma Sensitive Mindfulness*, David Treleaven, Oxford Mindfulness Centre, online, mai 2021
- *Taking it Further*, Merran Barber, Oxford Mindfulness Centre, online, janvier-mars 2021
- *Research and Evaluation - Teacher Workshop*, Ruth Baer, Oxford OMC, online, février 2021
- *Mindfulness, Insight and Liberation*, Christina Feldman, Chris Cullen, 5j online, Gaia House, 2020
- *Practising Wisdom and Compassion in Turbulent Times*, C Cullen, J Rudgard, 5j, Gaia House, 2020
- *Inquiry in MBCT Teacher Workshop*, Paul Bernard, Oxford Mindfulness Centre, online, nov 2020
- *Mindfulness for Life Teacher Training*, Willem Kuyken, Alison Yiangou, OMC, online, août 2020
- *Mindfulness -Taking it Further Teacher Training*, Willem Kuyken, OMC, online, août 2020
- *Summer School*, Willem Kuyken, Alison Yiangou, Chris Cullen, 5 jours, OMC, online, août 2020
- *MBCT-FP, Finding Peace in a Frantic World*, Marion Furr, OMC, online, juin-juillet 2020
- *Teaching Mindfulness Online for Mindfulness Teachers*, Ted Meisser, OMC, online, 2020
- *Embodiment and Insight, retraite de Mindfulness*, Chris Cullen, 5 jours online, OMC, mai 2020
- *Wednesday Zoom Sessions*, Oxford Mindfulness Centre, online, depuis mars 2020
- *Mindfulness, Finding Peace in a Frantic World*, Chris Cullen, 2j, Oxford OMC, août 2019
- *Summer School*, Mark Williams, Willem Kuyken, Chris Cullen, 5 jours, Oxford OMC, août 2019
- *Summer School*, Mark Williams, Willem Kuyken, Chris Cullen, 5 jours, Oxford OMC, août 2018
- Formation Pratique à la Mindfulness, Programme MBCT, Christine Mirabel-Sarron, Loretta Sala & Claude Penet (56h), Mézières-en-Brenne, France, 21-26 mars 2015

Dialectical Behavioural Therapy (DBT)

- *Dialectical Behavioral Therapy, Formation Intensive à la Thérapie Dialectique Comportementale*, A Palacios, J Soler, C Palafox, M Elices, DBT-Spain (130h), avec supervision, online, janvier-décembre 2023
- *Radical Open - DBT*, C Carmona, DBT-Spain (4h) online, octobre 2023
- *Retraite de Mindfulness dans le cadre de la formation DBT*, Randy Wolbert, 5j, Barcelona, 2023
- *Introduction à la DBT*, M Navarro, C Palafox, DBT-Spain (12h) online, septembre 2022

- *Dialectical Behavioral Therapy, Lifetime Award Achievement*, Marsha Linehan, San Diego, 2017
- *Thérapie Dialectique Comportementale*, Dominique Pages (4h), Paris, 15 décembre 2016

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

- ACT pour les couples, Claire-Marie Best (14h) online, avril 2021
- *Maitriser les processus évolutionnistes de la psychothérapie processuelle*, J-L Monestès, (14h), online, 2021
- *Le désespoir créatif*, J-L Monestès (14h), online, mai 2020
- *Utiliser la force des valeurs*, J-L Monestès (14h), online, avril 2020
- *ACT Immersion*, Steven Hayes, Los Angeles, (24h), 26-28 avril 2019
- *L'empathie chez le thérapeute*, J-L Monestès (14h), Paris, novembre 2018
- *Débuter la pratique de l'ACT*, J-L Monestès (14h), Paris, octobre 2018
- *Process based CBT*, Stefan Hofmann, (4h), Sofia, Bulgarie, 7 septembre 2018
- *Développer l'acceptation chez le patient et le thérapeute*, J-L Monestès (7h), Genève, 14 juin 2018
- *Process based CBT*, Steven Hayes & Stefan Hofmann (20h), Frankfurt, les 22-23 mai 2018
- *The significance of Psychological Flexibility in Understanding and Using the Therapeutic Relationship*, Steven Hayes (4h), Ljubljana, Slovenia, 14 septembre 2017
- *Acceptance and Commitment Therapy*, Steven Hayes (8h), Ljubljana, Slovenia, septembre 2017
- *Doing Experiential Therapy*, Matthieu Villate & Robin Walser, (14h), Seville, Spain, juin 2017
- *Clinical Intervention Training « Process Focused ACT »* Steven Hayes (14h), New York, oct 2016

Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC)

- *Perfectionnisme, DBT et Thérapie de Schémas*, E Keegan, (4h), Univ Paris Nanterre, nov 2022
- *Approche Processuelle*, Atelier par Céline Baeyens, (4h), AFTCC, online, 12 décembre 2020
- *Compassion Focused Therapy*, Paul Gilbert, (8h), Berlin, juillet 2019
- *Integrating Meditation into CBT*, T Heidenreich & U Stangier (20h), Frankfurt, 25-26 mai 2018
- *Cognitive-Behavioral Therapy: A Comprehensive Introduction to Core Skills*, Martin M Antony (14h), American Psychological Association, New York 2018
- *Cognitive Therapy for Decision Making*, Robert L Leahy (2h), San Diego, 18 novembre 2017
- *Emotion Regulation Therapy*, Douglas Mennin & David Fresco (5h), San Diego, novembre 2017
- *Providing Highly Effective CBT Supervision*, C Newman (4h) Ljubljana Slovenia, septembre 2017
- *Master Clinician Seminar « Overcoming Roadblocks in CBT »*, R Leahy (2h), NY, oct. 2016
- *Metacognitive Therapy*, Rosanna Josman (3h), Jerusalem, 1 septembre 2015
- *Working with Shame and Self-Criticism, a Compassion Focused Approach*, Paul Gilbert (6h), Boston, 2010
- *Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders*, D Barlow (6h), Boston, 3 juin 2010
- *From Chaos to Clarity, a step-by-step Model for Complex Cases*, C Padesky (6h), Boston, 2010
- *Cognitive Therapy for Social Phobia*, David M Clark (8h), Dubrovnik, Croatie, 16 septembre 2009

Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)

- CBT-E, Formation approfondie à la Cognitive Based Therapy Enhanced dans les troubles alimentaires, modèle de Fairburn, Yves Simon (35h), avec supervision, online, septembre 2021-juin 2022
- *CBT for Eating Disorders*, Glenn Waller (3h), Stockholm, Sweden, 1 septembre 2016
- Formation à la Remédiation Cognitive dans l'Anorexie Mentale, Sylvie Berthoz (14h), Institut Mutualiste Montsouris, Service de Psychiatrie, Paris, 8-9 juin 2015

Autres Formations

- École du Louvre, Cours d'Histoire de l'Art et Histoire des Civilisations, 2012-2019

Supervision

- Superviseure en TCC et MBCT de jeunes psychologues et instructeurs en formation
- Supervisée par Paul Bernard, Psychiatre au NHS Trust, Royaume Uni, Oxford Mindfulness Centre
- Supervisée par Carla Palafox, Psychologue DBT-Spain
- Supervisée par Jean-Louis Monestès, Professeur de Psychologie Clinique à l'Université Grenoble Alpes

Activités Associatives et Bénévolat

- **Anorexie-Boulimie-Info-Ecoute** Ligne téléphonique pour des patients, familles, proches et professionnels (écoutante bénévole, spécialiste des troubles des conduites alimentaires)
- **ABCT** *Association for Behavioral and Cognitive Therapies*, New York (adherent)
- **ACBS** *Association for Contextual Behavioral Science*, USA (adherent)
- **AFERTP** Association Francophone d'Études et de Recherche sur les Troubles de la Personnalité, France (adhérent)
- **AFTCC** Association Française des Thérapies Comportementales et Cognitives (adhérent)
- **ARP** Association pour la Recherche en Psychiatrie (adhérent)
- **AS2C** Association des Sciences Comportementales et Cognitives, France (adhérent)
- **Blue Buddy** Association pour le Développement d'Applications Mobiles et Objets Connectés E-Santé (membre fondateur)
- **FFAB** Fédération Française Anorexie Boulimie (anciennement AFDAS-TCA), France (adhérent)

Prix

- Prix Poster au Congrès Français de Psychiatrie « Blue Buddy, une application pour combattre l'anorexie et la boulimie », Nantes, 2018
- Lauréate de trois bourses de l'Université de Buenos Aires : FOMECA (1998-2000), UBACYT Perfectionnement (1995-1997), UBACYT Initiation (1992-1995)

Novembre 2023