

## Etudes randomisées contrôlées MBCT

- 1- Prévention de la rechute dépressive
- 2- MBCT et symptômes dépressifs résiduels
- 3- MBCT durant l'épisode de dépression
- 4- MBCT et risque suicidaire
- 5- MBCT et trouble bipolaire

### 1- Prévention de la rechute dépressive

#### 1 ère Méta analyse

Fjorback et al ont publié une méta-analyse dans Acta Psychiatrica Scandinavica 2011

Avec comme critères d'inclusion : essais **randomisés contrôlés**, chez l'adulte, publiés en anglais et concernant MBSR ou MBCT.

Les critères d'exclusion sont : études exploratoires et études avec moins de 33 sujets.

Ils ont recensé 72 études sur la période 1980-octobre 2010 contenant les mots clés MBSR, MBCT, mindfulness, méditation.

Répondent aux critères d'inclusion/exclusion 17 études MBSR et 4 études MBCT que nous présentons ici brièvement :

\* Teasdale ; J Consult Clin Psychol ; Année 2000 ;

- Sujets déprimés récurrents en rémission non traités

- Résultat positif : réduction du taux de rechute dépressive si  $\geq 3$  épisodes (MBCT 37% ; TAU 66%), (Mais pas dans les sous-groupes  $< 3$  épisodes)

\* Ma ; J Consult Clin Psychol ; Année 2004 ;

- Sujets déprimés récurrents en rémission non traités

- Résultat positif : réduction du taux de rechute chez  $\geq 3$  épisodes (MBCT 36% ; TAU 78%)

(Mais pas chez DR  $< 3$  épisodes, et MBCT possède un meilleur effet préventif en l'absence d'évènements précipitants)

\* Bondolfi ; J Affectiv Disord ; Année 2010 ;

- Sujets déprimés récurrents en rémission ( $\geq 3$  épisodes) non traités

- Résultat non significatif : pas de réduction du taux de rechute (MBCT 29 % ; TAU 34 %)

Mais deux remarques :

. Cette étude présente un taux inhabituellement faible de rechutes dans le groupe TAU

. Elle est fortement positive concernant le délai de rechute : MBCT 204 jours ; TAU : 69 jours

\* Kuyken ; J Consult Clin Psychol ; Année 2008 ;

- Sujets déprimés récurrents en rémission partielle ou complète ( $\geq 3$  épisodes) traités par AD

- Résultat peu significatif concernant le taux de rechute (MBCT 47% ; AD 60 %)

- Mais positif par rapport au groupe contrôle (AD) concernant les symptômes résiduels de la dépression et la qualité de vie (aspects psychologiques et physiques).

-----

## 2<sup>e</sup> Méta analyse

Piet et Hougaard ont publié une méta-analyse plus récente dans *Clinical Psychological Review* 2011 Avec comme critères d'inclusion des essais **randomisés contrôlés**, et concernant MBCT.

Ils ont retenu six études MBCT, incluant les quatre études précédentes de Fjorback et al, ainsi que deux études supplémentaires :

\* Godfrin ; *Behav Res Therapy* ; Année 2010 ;

- Déprimés récurrents (≥ 3 épisodes) en rémission complète ou partielle, traités ou non
- Résultat positif : réduction du taux de rechute (MBCT 30 % ; TAU 68 %)

\* Segal ; *Arch Gen Psychiatry* ; Année 2010 ;

- Déprimés récurrents (≥ 3 épisodes) en rémission complète initiale et stable ou non pendant la période pré-randomisation sous AD (5 mois)
- Résultat non significatif concernant le taux de rechute (MBCT sans AD : 38 % ; AD seuls : 46 % ; placebo 60 %)
- Mais résultat positif pour le sous-groupe avec rémission instable (MBCT sans AD : 28 % ; AD seuls: 27 % ; placebo 71 %)

\* Une nouvelle étude publiée dans le journal « *The Lancet* » a comparé le programme MBCT au traitement antidépresseur classique poursuivi sur deux ans.

Cette étude a suivi en double aveugle 424 patients (212 dans chaque programme) ayant souffert par le passé d'au moins trois épisodes dépressifs majeurs, traités soit par MBCT soit par antidépresseurs. Après deux ans de suivi, les deux traitements se sont révélés positifs et d'efficacité comparable, tant au plan de la prévention des rechutes, des symptômes résiduels ou de la qualité globale de vie.

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2962222-4/abstract>

En conclusion :

- Le programme MBCT réduit le risque de rechute chez les déprimés récurrents (≥ 3 épisodes) de façon significative dans 3 études sur 6, et de façon non significative mais toujours présente dans 3 études sur 6, avec dans ces cas des sous-groupes qui présentent des résultats positifs.
- Le programme MBCT est aussi efficace que la poursuite du traitement AD de maintien chez des patients ayant présenté ≥ 3 épisodes dépressifs préalables et dans une des deux études, MBCT réduit les symptômes résiduels de dépression et améliore la qualité de vie par rapport au traitement.

-----

## 2- MBCT et symptômes dépressifs résiduels

\* *Kingston et al, Psychol Psychother* 2007

- Patients en rémission avec symptômes résiduels
- MBCT vs TAU et MBCT+TAU vs TAU
- On note une réduction significative des symptômes résiduels (mesurés par le Beck Depression Inventory) à la fin de MBCT avec une tendance à la réduction des ruminations (Rumination Scale)

\* *Eschwind et al, Br J Psychiatry* 2012

- Patients en rémission avec symptômes résiduels (2 ou 3 épisodes antérieurs)
- MBCT vs liste d'attente
- Le programme MBCT réduit les symptômes dépressifs résiduels quel que soit le nombre d'épisodes de dépression précédents (mesurés par la Hamilton Rating Scale for Depression)

### 3- MBCT durant l'épisode de dépression

\* *Van Aalderen et al, Psychol Med 2012*

- Patients  $\geq 3$  épisodes avec ou sans épisode actuel
- Le groupe MBCT + TAU présente de meilleurs résultats que le groupe TAU concernant la sévérité des symptômes dépressifs résiduels après le traitement
- Il n'y a curieusement pas de différence entre les patients **avec ou sans** épisode actuel de dépression.

\* *Manicavasgar et al, J Affect Disord 2011*

- Patients présentant une dépression non mélancolique sans introduction d'AD
- Le groupe MBCT est comparé à un groupe TCC (en groupe). Les résultats sont comparables concernant la sévérité des symptômes dépressifs post-traitement, à 6 mois et à 12 mois.
- Remarque : étude avec petits effectifs

\* *Barnhofer et al, Com Res Ther 2009*

- Patients présentant une dépression chronique (dépression actuelle et ATCD suicidaires)
- Comparaison MBCT +TAU vs TAU
- Le programme MBCT réduit les symptômes de la dépression chez les patients souffrant d'une évolution prolongée de la maladie.

\* *Kenny & Williams, Behav Res Ther. 2007*

- Patients en dépression résistante aux traitements standards
- Le programme MBCT réduit les symptômes de dépression, avec une proportion importante de patients qui reviennent à un niveau normal de l'humeur

-----

### 4- MBCT et risque suicidaire

\* *Hepburn et al, Br J Clin Psychol 2009*

- Patients déprimés avec ATCD suicidaires
- MBCT vs TAU
- Le programme MBCT réduit de manière significative les tentatives de répression des pensées suicidaires, évitant ainsi leur rumination.

\* *Hargus et al., Emotion. 2010*

- Patients dépressifs avec épisodes suicidaires
- MBCT+TAU vs TAU
- Le programme MBCT modifie l'aspect métacognitif et les biais mémoriels, ce qui suggère une utilité dans la prévention du risque

\* *Crane et Williams, 2010*

- Patients avec ATCD suicidaires
- MBCT vs liste d'attente
- Cette étude note un certain degré d'efficacité, notamment chez les patients qui ont un niveau élevé de rumination et qui s'engagent dans MBCT, sachant que cet engagement leur a été difficile.

Conclusion : il n'a pas été mis en évidence d'efficacité en termes de prévention du risque suicidaire, mais une faisabilité nécessitant des études complémentaires.

## 5- MBCT et trouble bipolaire

\* *Williams et al, J Affect Disord 2008*

- Patients atteints de trouble bipolaire en rémission avec ATCD suicidaires (et patients unipolaires en rémission)
- Programme MBCT vs liste d'attente
- MBCT réduit l'anxiété présente en comorbidité chez les bipolaires, et réduit les symptômes résiduels dans les deux groupes.
- NB : il s'agit d'une étude préliminaire, en petit groupe

\* *Perich et al, Acta Psychiatrica Scand 2013*

- Essai contrôlé randomisé, MBCT + TAU vs TAU
- On ne note pas de réduction significative du temps de rechute, du nombre total d'épisodes ni de la gravité des symptômes à 12 mois, mais on note une réduction significative du degré d'anxiété.

\* *Perich et al, Com Res Ther 2013*

On note une corrélation entre la durée de la pratique de la méditation, et les scores de dépression et d'anxiété : l'amélioration de la dépression et de l'anxiété est notable s'il y a un minimum de 3 jours de pratique par semaine.

\* *Weber et al, 2010, European Psychiatry, 25(6)*

Enfin, une étude dans la dépression résistante :

Kenny et Williams, 2007 : Behavior Research and therapy 45