Réflexions sur la pleine conscience et l'autocompassion pour le traitement des addictions

Reflections on mindfulness and self-compassion for the treatment of addictions

Cora von Hammerstein
PhD, Département de psychiatrie et d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, Université Paris-Saclay, Université Paris-Sud, UVSQ, CESP, INSERM U 1178, APHP Villejuif, France. EA 4430 CLIPSYD, Université Paris Nanterre, France
Lucia Romo
PhD, EA 4430 CLIPSYD, Université Paris Nanterre, France. CMME, Hôpital Sainte-Anne, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences INSERM U1266 Team 1 (ex-U675), Institut de Psychiatrie et Neurosciences Paris (IPNP)

Les auteures déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt

Résumé : *La pleine conscience et l'autocompassion sont deux concepts très liés. Les thérapies basées sur l'une de ces deux pratiques intègrent souvent l'autre. Ces formes de thérapies issues des thérapies dites de la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales suscitent un intérêt croissant dans le traitement des addictions. Notre objectif est de proposer une définition de ces concepts ainsi que de rapporter de leur intérêt et de leur application dans le traitement des addictions. Nous décrirons le déroulement des séances et les techniques utilisées dans le programme Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), ainsi que les différentes dimensions que composent les thérapies basées sur l'autocompassion et leur importance à la fois pour le patient et le soignant.*

Abstract: *Mindfulness and self-compassion are two closely related concepts. Therapies based on one of these two strategies often integrate the second one. These forms of therapies, which are part of the third wave of cognitive and behavioural therapies, are increasingly being used in the treatment of addictions. Our objective is to provide a definition of these concepts and to report on their interest and application in the treatment of addictions. We will describe the sessions and the techniques used in the Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) programme, as well as the different dimensions of self-compassion-based therapies and their interest for both the patient and the carer.*

Mots clés : *addiction, mindfulness, MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention), autocompassion*

Keywords: *addiction, mindfulness, Mindfulness-Based Relapse Prevention, self-compassion*

Les Thérapies cognitives et comportementales (TCC) pour le traitement des addictions

À ce jour, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont le niveau de preuve le plus élevé pour le traitement des addictions et leur efficacité a été démontrée (Carroll, 1996 ; Magill, Ray, 2009). Selon les théories comportementales et cognitives, nos comportements seraient précédés par des cognitions. Ce seraient des pensées ou croyances dites « irrationnelles » ou « erronées » qui mèneraient à la consommation, malgré les conséquences négatives qui peuvent en découler (von Hammerstein & Morel, 2019). Plusieurs types de cognitions ou pensées irrationnelles ont pu être identifiées (Beck, Wright, Newman, Liese, 1993 ; Graziani, 2010 ; Hautekeete, Cousin, Graziani, 1999). On distingue les pensées « anticipatoires », sous la forme d'attentes positives vis-à-vis de l'effet du produit, telles que « *je vais avoir du mal à entrer en contact avec les autres si je ne bois pas lors de ce dîner* », souvent génératrices de l'envie irrépressible de consommer, le « craving ». On retrouve aussi les pensées permissives, autorisant l'accès au produit, telles que « *cela fait plusieurs jours que je n'ai pas bu, je peux bien m'autoriser un verre* » et les pensées soulageantes, sous la forme d'attentes de soulagement de la détresse que génère le « craving », telles que « *c'est plus fort que moi, je*

dois boire ». Des études ont montré que ces croyances joueraient davantage sur le comportement que l'effet du produit lui-même (Freeman, Friedman, Bartholow, Wulfert, 2010). Les TCC visent à identifier les cognitions qui mènent à la consommation. L'objectif étant de modifier le comportement de consommation par deux stratégies différentes : soit en agissant directement sur la pensée qui déclenche le comportement, dans l'objectif de la restructurer, en la confrontant à la réalité, soit en modifiant le comportement et en révélant ainsi au patient le caractère irrationnel de la pensée l'ayant déclenché (von Hammerstein & Morel 2019).

Suppression émotionnelle, impulsivité et autres processus sous-jacents

Malgré les innovations thérapeutiques en addictologie, le taux de rechute dans les troubles addictifs reste élevé. On estime de 40 à 60 % le taux de rechute dans les 12 mois qui suivent le début du traitement (McLellan, Lewis, O'Brien, Kleber, 2000). La prévention de la rechute s'avère particulièrement difficile lorsque les consommations sont déclenchées par l'apparition d'émotions négatives qu'elles visent à supprimer. Ce réflexe automatisé de suppression émotionnelle, particulièrement fréquent chez les personnes présentant une addiction (Ehlers, Gilder, Gizer, Wilhelmsen, 2019), n'est que difficilement accessible par les stratégies de restructuration cognitive et ce, entre autres, car malgré les conséquences négatives d'une consommation sur le long terme, dans l'immédiat, la consommation remplit son rôle, sans croyance ou irrationalité, à savoir supprimer l'émotion inconfortable. La tendance à supprimer dans l'immédiat des émotions ou cognitions désagréable malgré les conséquences qui peuvent en découler peut être reliée à l'impulsivité. Les études montrent que l'impulsivité prédit les problématiques addictives (Jentsch, 2008 ; Jentsch *et al.*, 2014). L'impulsivité est un concept multidimensionnel, composé de l'impulsivité d'action, c'est-à-dire la difficulté à inhiber des réponses comportementales (Bates, Buckman, Nguyen, 2013 ; Luijten *et al.*, 2014 ; Noël *et al.*, 2007; Wilcox, Dekonenko, Mayer, Bogenschutz, Turner, 2014), et de l'impulsivité de choix, se traduisant par la difficulté de retarder une récompense et la tendance à privilégier une récompense moins gratifiante immédiate à une récompense retardée mais plus gratifiante (MacKillop *et al.*, 2011). Les difficultés du contrôle inhibiteur, associées à l'impulsivité pourraient préexister à l'addiction et constituer un facteur de vulnérabilité. Les difficultés du contrôle inhibiteur se traduisent, entre autres, par une activité réduite dans le cortex préfrontal

(Tang, Posner, Rothbart, Volkow, 2015). Les consommations répétées de substances neurotoxiques pourraient aggraver cette vulnérabilité car elles vont altérer le fonctionnement des régions et circuits cérébraux impliqués dans le processus d'inhibition (Goldstein, Volkow, 2011). Ces difficultés du contrôle de soi sont directement associées à la rechute (Wilcox *et al*., 2014). Le contrôle inhibiteur est mis à l'épreuve dans le cadre de la gestion du craving. Le craving, est un prédicteur robuste de la rechute (Schneekloth *et al*., 2012). Lorsqu'il est ressenti, apparaît l'impression que le seul moyen de le faire cesser est d'y répondre par la consommation. Cette sensation de craving pourrait être comparable à une émotion négative et inconfortable générant le réflexe de le supprimer immédiatement. Au-delà des consommations, la tendance à utiliser des stratégies suppressives pour la gestion du craving est fréquente chez les personnes présentant une addiction (Bateson, 1971). Paradoxalement, les efforts pour supprimer des pensées ou émotions inconfortables ont tendance à les intensifier (Wegner, Schneider, Carter, White, 1987 ; Wenzlaff, Wegner, 2000). Des stratégies thérapeutiques complémentaires semblent donc nécessaires pour travailler ces différents processus sous-jacents.

Les thérapies basées sur la pleine conscience ou Mindfulness

La pleine conscience ou « mindfulness » est une forme d'attention métacognitive sans jugement et non réactive, portée au moment présent, sans être happée par des pensées en lien avec le passé ou le futur (Garland, 2007, von Hammerstein & Morel, 2019). Elle permet de prendre conscience des processus cognitifs et émotionnels, plutôt que de les supprimer automatiquement. La pleine conscience favorise le contrôle cognitif et permettrait d'interrompre le processus automatisé de déclencheur / craving / consommation. Par ailleurs, le niveau de pleine conscience serait associé négativement aux biais attentionnels et permettrait ainsi de mieux réguler la réactivité attentionnelle aux déclencheurs (Garland, Boettiger, Gaylord, Chanon, Howard, 2012).

Le concept de *mindfulness* ou pleine conscience suscite un intérêt croissant dans le monde de la psychologie clinique. Il s'agit d'une forme d'autorégulation comportementale, cognitive et affective. Elle ne vise pas la modification des pensées ou émotions, mais davantage le rapport qu'un individu entretient avec celles-ci. La pratique de pleine conscience consiste en l'identification et l'observation des pensées et émotions

perturbantes, sans jugement, sans intention de les modifier, permettant ainsi de prendre conscience de leur caractère éphémère, même sans stratégies suppressives, et d'augmenter la tolérance vis-à-vis de l'inconfort qu'elles génèrent. Comme dit plus haut, l'inconfort associé au craving, augmenterait avec les efforts pour le supprimer, la pleine conscience consiste en l'acceptation de cet inconfort initial, lui permettant ainsi de simplement passer.

Les thérapies basées sur la pleine conscience

Différents programmes thérapeutiques ont été développés associant des éléments de TCC « classiques » et de la pratique de méditation de pleine conscience. Ces thérapies basées sur la pleine conscience appelées TCC de 3e vague ou thérapies d'acceptation (Hayes, Hofmann, 2017), affranchies de toute référence religieuse ou spirituelle, ont montré leur efficacité pour le traitement de l'anxiété et de la dépression (Hofmann, Sawyer, Witt, Oh, 2010 ; Hölzel *et al*., 2011 ; Piet, Hougaard, 2011), ainsi que de l'état de stress post-traumatique (Hopwood, Schutte, 2017) et de la douleur chronique (Hilton *et al*., 2017).

La mindfulness pour le traitement des addictions, le programme MBRP

Les troubles addictifs seraient associés à un faible niveau de pleine conscience (Dakwar, Mariani, Levin, 2011). Ce constat et les résultats encourageants des thérapies basées sur la pleine conscience pour le traitement d'autres troubles souvent associé aux addictions tel que les troubles de l'humeur ou les troubles liés à des traumatismes, a mené au développement d'un programme spécifiquement conçu pour le traitement des addictions. Le programme MBRP : *Mindfulness based relapse prevention* (prévention de la rechute basée sur la pleine conscience) (Bowen, Chawla, Marlatt, 2010) intègre des exercices de méditation pleine conscience ainsi que des éléments du programme cognitivo-comportemental de Marlatt (Marlatt, Donovan, 2007), ce dernier, très utilisé en addictologie, vise à favoriser l'identification des situations à risque et déclencheurs et à élaborer des stratégies pour éviter la rechute. Ce nouveau programme MBRP se déroule en groupe, sur 8 séances et vise directement à modifier le lien entre les affects négatifs et la rechute. L'état de pleine conscience permet d'identifier et d'observer les sensations qui font irruption, tel que le *craving*, sans le besoin d'y répondre

automatiquement par la consommation (von Hammerstein & Morel, 2019).

Il s'agit de quitter les automatismes de fuite, d'évitement ou de suppression par la consommation, d'apprendre à accepter plutôt que de chercher un soulagement immédiat. Par la pleine conscience, il s'agirait de modifier les réponses comportementales conditionnées en prêtant attention au conditionnement en lui-même (Bowen *et al*., 2010, von Hammerstein & Morel, 2019). Classiquement, les approches thérapeutiques en addictologie visent à apprendre aux patients de reconnaître et éviter tout contexte qui pourrait déclencher un craving ou de porter son attention radicalement sur autre chose lorsqu'il apparaît. Ces techniques sont utiles et ont montré leur efficacité. L'entraînement à la pleine conscience apparaît donc très complémentaire, il s'agit d'exposer les participants au craving, de leur faire prendre conscience que le craving, comme toute autre production mentale, est éphémère, afin de réduire la réactivité et augmenter la tolérance vis-à-vis de ce dernier.

Une revue systématique (Sancho *et al*., 2018) portant sur l'efficacité des thérapies basées sur la pleine conscience dans le traitement des addictions avec ou sans substances a montré que cette forme de thérapie était efficace pour réduire la dépendance et le craving ainsi que l'humeur et la régulation émotionnelle. Elle a également montré que l'entraînement à la pleine conscience était le plus efficace lorsqu'il était associé au traitement classique ou d'autre forme de thérapies tel que les TCC classiques.

Un certain nombre d'études ont été menées, visant à évaluer plus spécifiquement l'efficacité du programme MBRP (von Hammerstein *et al*., 2016). Une étude évaluant l'efficacité du programme MBRP a été menée aux États-Unis (Bowen *et al*., 2014). Elle portait sur 286 sujets répartis en trois bras. L'étude comparait l'efficacité des trois interventions suivantes : le programme MBRP, le programme TCC de prévention de la rechute de Marlatt (RP : *Relapse prevention*) et une prise en charge classique. Les résultats montraient que sur le court terme (après l'intervention) les programmes MBRP et RP réduisaient de manière significative le risque de rechute en comparaison au traitement classique. À douze mois, le programme MBRP s'est avéré comme plus efficace que le programme RP quant au nombre de jours de consommation et au nombre de jours de consommations excessives. Ces résultats soulignent la supériorité du programme MBRP sur le long terme. Les auteurs ont émis l'hypothèse que ce résultat pourrait s'expliquer par l'acquisition d'outils permettant de faire face et de tolérer plus facilement l'inconfort lié aux *craving* et aux affects négatifs, des participants au programme MBRP.

Une autre étude (Witkiewitz, Bowen, 2010) a montré que le programme MBRP aurait un impact positif sur le lien existant entre les affectes dépressifs et la rechute, que la condition contrôle n'aurait pas.

L'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience serait amplifiée par la pratique de la méditation à domicile. Grow et ses collègues (Grow, Collins, Harrop, Marlatt, 2015) ont pu démontrer que la fréquence de la méditation était négativement associée à la consommation de substances et au craving. Aussi, l'assiduité aux séances était un facteur prédictif de l'efficacité de ce type d'intervention (Amaro, Spear, Vallejo, Conron, Black, 2014) ; il existe un lien négatif entre le nombre de séances et la consommation de substances. Ce résultat se maintient à 12 mois. Tous ces résultats soulignent que les thérapies basées sur la pleine conscience permettent l'apprentissage d'outils, nécessitant une pratique régulière pour être efficaces.

En France, peu d'études ont été menées à ce sujet. Une étude observationnelle menée auprès de patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool (von Hammerstein *et al*., 2019) a montré que le programme MBRP est faisable et bien accepté par les patients. En moyenne les patients participaient à 6,6 séances sur 8. Une majorité des participants a maintenu la pratique formelle de pleine conscience après la fin du programme (69 %), à 6 mois, 49 % des participants pratiquant régulièrement. À six mois, 56 % des participants utilisaient toujours la pratique de pleine conscience pour faire face aux situations à risque. Les résultats ont montré une réduction significative du craving, du nombre de jours de consommation d'alcool, de la dépression et une amélioration du niveau de pleine conscience et de la flexibilité psychologique, s'opposant à la suppression émotionnelle. Par ailleurs, l'étude a montré que le niveau de pleine conscience était négativement associé à la dépression, l'anxiété, au craving, et à l'impact de l'alcool sur la qualité de vie et qu'il était positivement associé à la pratique de pleine conscience.

Le programme MBRP

Une séance type comporte les éléments suivants : rappel sur les règles de fonctionnement du groupe, point sur la pratique à domicile, exercices de méditation, débriefing sur les exercices, mise en lien avec les difficultés des patients, prescription des tâches à domicile jusqu'à la prochaine séance (von Hammerstein & Morel, 2019). Entre les séances, les patients sont invités à pratiquer régulièrement selon les tâches qui ont été prescrites. À la fin de chaque séance, les participants sont incités à poursuivre

individuellement la pratique via la réalisation quotidienne d'exercices de méditation.

Les thèmes des 8 séances sont les suivants (issu de : Bowen *et al*., 2010, *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*) :

1) Pilote automatique : La séance permet de définir le concept de pleine conscience. Lors de cette séance, les participants obtiennent des informations sur le déroulement du programme et l'accent est mis sur l'importance de la pratique à domicile. Les exercices de la première séance sont les suivants :

– Cet exercice consiste à observer, toucher, sentir et manger un raisin sec en pleine conscience. Il illustre parfaitement la différence entre faire une activité en pleine conscience et la faire de manière « automatique », comme nous l'avons probablement déjà fait une centaine de fois. Cet exercice permet donc d'introduire la notion de pleine conscience mais également d'y opposer celle de « pilote automatique » et de la mettre en lien avec les comportements addictifs.

– L'exercice du Bodyscan : cet exercice est probablement un des plus connus. Il consiste à porter son attention successivement à toutes les parties du corps, les unes après les autres et permet de prendre entièrement conscience des sensations physiques. La conscience des sensations physiques joue un rôle important dans la pratique de pleine conscience. Souvent, nos émotions sont accompagnées de sensations physiques, porter son attention sur ces dernières peut faciliter la reconnaissance et l'identification des émotions et de stopper ainsi les réponses comportementales conditionnées.

2) Déclencheurs et fortes envies : En début de cette deuxième séance sont abordés les ressentis et les éventuelles difficultés expérimentées lors de la pratique de pleine conscience, tels que l'aversion l'impatience, l'agitation, le doute ou le désir de « bien faire » (von Hammerstein & Morel, 2019). Ensuite est entrepris un travail d'identification des déclencheurs et de gestion du craving à travers la pratique de méditation en pleine conscience.

Les exercices de la deuxième séance sont les suivants :

– Je marche dans la rue : cet exercice consiste à imaginer un scénario, dans lequel le participant marche dans la rue, où il croise quelqu'un qu'il salue, mais que la personne ne répond pas. Le scénario est neutre, mais ambigu, ainsi en découleront, des pensées, à

savoir des interprétations sur la raison pour laquelle la personne n'a pas réagi, « il ne veut plus me voir, je l'ai trop déçu », puis des émotions « déception/tristesse », peut-être des sensations physiques de « poids sur la poitrine ou tensions » ainsi qu'une envie de réagir : « à quoi bon faire des efforts, j'ai trop déçu les gens, autant continuer à boire ». Cet exercice permet de remarquer qu'à partir d'un scénario imaginaire neutre, notre esprit produit, naturellement et automatiquement une cascade de pensées, émotions, sensations et des envies de réagir. Ceci contribue également à une meilleure identification des processus mentaux.

– Surfer sur les envies : il s'agit d'un exercice d'exposition en imagination. Le participant est invité à imaginer une situation qui déclenche une envie de consommer, un « craving ». Il s'agit de changer la perception du craving, de ne plus le considérer comme une menace, qu'il faut éviter ou supprimer immédiatement, mais de l'explorer, de l'accueillir et de « rester avec ». Souvent le craving est vécu comme très envahissant, d'insurmontable ou insupportable nécessitant un soulagement rapide par la consommation (von Hammerstein & Morel, 2019). Or consommer pour répondre au craving reviendrait à essayer d'« étouffer la soif en buvant de l'eau salée » (Bowen *et al.*, 2013, p. 106).

– La méditation de la montagne : L'exercice précédent peut déclencher des expériences difficiles pour les participants. La méditation de la montagne consiste à visualiser l'image d'une montagne, en insistant sur ses qualités ; sa stabilité, sa force, sa solidité, son équilibre, sa constance. Ensuite, il s'agit de devenir un avec l'image de la montagne et de ressentir ainsi soi-même ces qualités. Il s'agit de se sentir fort, stable et ancré.

3) La pleine conscience dans la vie de tous les jours : La troisième séance vise à favoriser l'introduction de la pleine conscience dans la vie quotidienne. La séance trois comprend les exercices suivants :

– La conscience des sons : cet exercice consiste à écouter et entendre attentivement tous les sons. L'objectif est de prendre conscience une fois de plus que notre esprit interprète automatiquement ce qu'il perçoit. La simple écoute des sons, de leur texture, s'avère être un exercice difficile à faire, mais auquel on peut s'entraîner facilement dans n'importe quelle situation.

– La méditation de la respiration : cet exercice consiste à suivre les mouvements de la respiration, sans essayer de la modifier. Il permet de pointer du doigt que le vagabondage de l'esprit, à savoir sa

tendance à être attiré et à suivre des pensées, est normal et naturel et que l'objectif de la pleine conscience n'est pas de ne plus penser, mais de remarquer qu'on s'est perdu dans une pensée et de revenir à l'exercice.

– SOBER : SOBER est un acronyme pour : Stop, Observer, Baser sur la respiration, Elargir et Réfléchir avant de répondre. C'est un exercice très court, de trois minutes environ, dont l'objectif est de l'utiliser dans des situations à risque, des situations dans lesquelles nous pourrions être amenés à réagir de manière automatique, par la consommation par exemple.

4) Les situations à haut risque : Lors de cette séance sont travaillés les situations à risques et l'inconfort qui est associé. Les exercices proposés dans cette séance sont les suivants :

– Conscience de la vue : cet exercice est le même exercice que celui des sons mais centré sur ce que les participants peuvent voir et non pas les sons.

– Méditation « surfer sur l'inconfort » : cet exercice est une méditation assise relativement longue se basant principalement sur les sensations et la respiration, durant laquelle est demandé au participant de ne pas modifier sa position initiale. Après un certain temps, il peut naturellement apparaître de l'inconfort, une jambe qui s'engourdit, une démangeaison, de l'impatience et toutes les cognitions qui vont amplifier cet inconfort « mais c'est insupportable, j'en peux plus ». L'objectif est de faire prendre au participant une perspective d'explorateur bienveillant et curieux vis-à-vis de cet inconfort, pour observer son évolution et remarquer éventuellement qu'il n'est pas constant. L'objectif est de faire faire l'expérience de la nature changeante de l'inconfort en fonction de comment on l'aborde.

– SOBER dans une situation qui présente un défi : cet exercice permet une fois de plus aux participants d'identifier les situations présentant un défi pour eux individuellement et de mettre immédiatement en pratique l'exercice SOBER afin de faire l'expérience d'une pause au moment où habituellement les participants auraient eu tendance à réagir de manière automatique.

– Méditation de la marche : il s'agit dans cet exercice de marcher en pleine conscience. Cet exercice peut être pratiqué de manière formelle chez soi ou de manière informelle en marchant dans la rue. La marche est un processus très automatisé, porter son attention sur cette activité peut changer radicalement cette expérience. Souvent

les participants se sentent gênés ou mal à l'aise lorsqu'ils mettent en pratique cet exercice, aussi la conscience de ces réactions fait partie de l'exercice.

5) Acceptation et comportements efficaces : Cette séance porte plus spécifiquement sur la notion de l'acceptation et sur les différences entre celle-ci et celle de la résignation. Il s'agira également d'identifier les liens entre les situations présentant un défi, les émotions qui en découlent et les comportements habituellement mis en place. Les exercices de méditation proposés dans cette séance sont les suivants :

– Méditation assise : sons, respiration, sensations, pensées, émotions. Cet exercice introduit le sujet central de cette séance, à savoir l'acceptation. Il s'agit d'accepter les choses qui arrivent telles qu'elles sont. Bien sûr, il ne s'agit pas de devenir passif, mais d'accepter les choses qu'on ne peut pas changer, l'acceptation présente un élément central dans la méditation de pleine conscience.

– Espace de respiration SOBER par deux : dans cet exercice, les participants doivent se mettre deux par deux pour discuter de contrariétés de la vie quotidienne qui peuvent déclencher des envies de consommer. Ensuite, ils sont invités à se guider mutuellement à travers l'exercice SOBER. Cet exercice peut parfois être délicat pour certains patients qui ne souhaitent pas exposer ou détailler leurs problématiques privées auprès d'autres patients. Si tel est le cas, cet exercice peut être remplacé par l'exercice de la séance 4 « SOBER dans une situation qui présente un défi ».

– Mouvements en pleine conscience : l'exercice consiste à faire des mouvements en pleine conscience. Il s'agit de mouvements simples, d'étirements permettant d'améliorer la conscience du corps et un autre exercice informel dans la boîte à outils des exercices.

6) Voir les pensées comme des pensées : Dans cette séance, l'accent est mis sur la mise à distance des pensées « nocives » et sur la place qu'elles ont dans le processus de rechute. Les exercices pratiqués dans la séance six, sont les suivants :

– Méditation des pensées : cet exercice consiste à utiliser des métaphores comme, des feuilles qui flottent sur un ruisseau ou des nuages qui traversent le ciel, afin de faciliter l'observation du va-et-vient perpétuel des pensées. Les participants sont invités à nommer ou étiqueter leurs pensées comme étant par exemple un « souvenir » ou une « anticipation ». Ceci va favoriser la prise de conscience que, finalement, les pensées sont comparables à des objets qui traversent l'esprit, mais ne sont pas nécessairement le reflet de la réalité. Suite

à l'exercice est fait un débriefing afin d'identifier les pensées et leur place dans le cycle de la rechute.

– SOBER

7) Prendre soin de soi et style de vie : Cette séance vise à faire un point sur la qualité de vie et sur son amélioration. Les exercices proposés dans la séance sept sont les suivants :

– Méditation de la bienveillance : il s'agit d'une méditation centrée sur la compassion, la bienveillance et la gentillesse envers nous-mêmes et les autres.

8) Soutien social : Cette séance de clôture permet entre autres d'évoquer l'importance du soutien d'autrui et de l'entourage pour l'amélioration du fonctionnement individuel. Les exercices proposés lors de cette séance sont les suivants :

– Le Bodyscan suivi du poème « paradoxe ».

– La méditation finale : la méditation commence avec un court moment de méditation de la bienveillance pour les autres et soi-même. Les participants auront la possibilité de choisir une pierre parmi différentes pierres qui leur sont proposées. Cette pierre, que les participants garderont, présentera un souvenir de cette expérience et fait également référence à la nature imparfaite et pourtant belle de l'être humain.

Comme évoqué plus haut, ce programme montre une bonne acceptabilité aussi en France (von Hammerstein *et al*., 2019). Les participants ont tendance à intégrer la pratique dans leur vie quotidienne et à mettre en pratique les exercices appris lors des séances pour faire face aux envies de consommer. Ce programme vise l'amélioration des ressources psychologiques et de l'état global des patients incluant aussi des processus sous-jacents des addictions tels que les difficultés de gestion des émotions ou le contrôle inhibiteur. De ce fait, il n'est pas spécifique au traitement d'un type addiction en particulier, mais vise l'amélioration des processus communs aux différentes addictions. Par ailleurs, il semble avoir également un impact sur des symptomatologies souvent associées aux troubles addictifs et source de rechutes tels que les affects dépressifs ou anxieux (von Hammerstein *et al*., 2019).

De la pleine conscience à l'autocompassion

La pratique de pleine conscience intègre des éléments d'autocompassion. L'autocompassion est un concept à part entière de plus en plus utilisé

dans les prises en charge thérapeutiques. Selon Neff, pionnière dans l'approche de l'autocompassion, celle-ci inclut la bienveillance envers soi-même, le sens de notre humanité commune et la pleine conscience (Neff, 2003). L'autocompassion naît de la prise de conscience de sa propre souffrance et de celle d'autrui et du souhait d'y remédier.

Pour Germer, l'autocompassion des émotions s'oppose à l'évitement de celles-ci, il s'agit d'une forme d'acceptation marquée par la compassion et l'amour (Germer, 2013). Plutôt que d'essayer de combattre une situation pénible, il s'agit de reconnaître la présence de la douleur qu'elle génère et d'y répondre avec bienveillance et compréhension. Dans cette approche, et selon Germer, il est nécessaire de comprendre l'équation de la douleur. La douleur, multipliée par la résistance à celle-ci, est égale à la souffrance. C'est notre attitude à l'égard de la douleur qui détermine à quel point nous souffririons plus on résiste à la douleur, plus on souffre. Accepter la douleur, permettrait de moins souffrir (la douleur est inévitable, la souffrance est facultative).

L'autocompassion se composerait de trois dimensions : de la douceur et du respect envers soi, une connexion aux autres dans la souffrance et l'acceptation de la souffrance (Neff, 2003). Mais il ne s'agirait pas d'un processus passif et il n'est pas à confondre avec la résignation car il nécessite un travail personnel et expérientiel pour arriver à ce stade.

L'autocompassion s'applique autant aux patients – portant souvent des jugements négatifs importants sur eux-mêmes – qu'aux soignants qui les accompagnent, eux-mêmes souvent dans des logiques de perfectionnisme, de rigidité, des objectifs irréalistes dans les prises en charge. Ce travail peut permettre de réduire des états mentaux négatifs (anxiété, dépression, stress, ruminations, honte...) et d'augmenter des états positifs (la satisfaction, le bonheur, la connectivité (aux autres, au monde), la confiance en soi, l'optimisme, la curiosité et la gratitude… (Zessin, Dickhäuser, Garbade, 2015). Dans l'autocompassion, le principe est de nous accorder la même bienveillance qu'à autrui.

Le ressenti corporel est très important dans l'approche d'autocompassion. Il en va de même avec la communication non violente de Rosenberg, dans laquelle nous devons faire attention à notre discours interne, à nos sensations et nous poser quatre questions : qu'est-ce que j'observe, qu'est-ce que je reste, de quoi ai-je besoin tout de suite et ai-je une requête à adresser à autrui ou à moi-même (Rosenberg, 2003).

Dans le cas de l'autocompassion, le lien entre les pensées et notre corps est essentiel, car dans les 5 étapes de l'acceptation nous passons par les sensations de notre corps. Ces 5 étapes de l'acceptation sont :

- l'aversion (résister, éviter, ce que nous faisons au début de nos expériences douloureuses),
- la curiosité (se tourner vers la douleur avec curiosité),
- la tolérance (supporter sans se sentir menacé),
- lâcher prise (laisser les sentiments aller et venir),
- la bonne entente (accueillir avec bienveillance) (Germer, 2013)

L'autocompassion intègre de la pratique de méditation en pleine conscience. La pleine conscience n'est pas une forme de réflexion, ni un moyen d'éviter la douleur ou de se vider l'esprit. Il s'agit de s'arreter, d'observer le vagabondage de son esprit dans les pensées et de revenir au moment présent en utilisant la respiration comme point d'ancrage. Selon Germer (Germer, 2013), il semble important de différencier la notion de « guérison » ou « guérir » (ce que nous essayons de faire lorsque nous avons une solution) et la notion de « soin » ou « soigner » (ce que nous pouvons encore faire lorsque les efforts pour guérir ont échoué). Chez les soignants, le développement de l'autocompassion permettrait de réduire la fatigue (Brähler, Dechow, Retoux, 2018 ; Raab, 2014).

L'autocompassion passerait par trois étapes : l'engouement, la désillusion et la véritable acceptation. Pour Gilbert, la thérapie centrée sur la compassion (Compassion Focused Therapy) permet de diminuer la dépression, l'anxiété et la honte et serait efficace dans des populations cliniques variées (Gilbert, 2018).

Aussi pour des psychothérapeutes en formation, des techniques pour favoriser l'autocompassion ont été évaluées. Ainsi, imaginer un « superviseur compatissant idéal » peut les aider dans leur pratique clinique en leur permettant de réduire des processus cognitifs problématiques tels que l'inquiétude, la rumination et l'autocritique, tout en augmentant des ressources psychologiques tel que la flexibilité mentale (Bell, Dixon, Kolts,2017).

Dans l'approche de compassion Focused Therapy, développée sur 34 modules, les auteurs évoquent les capacités que les thérapeutes doivent développer pour la prise en charge de leurs patients : les habilités interpersonnelles, l'empathie, la compassion et la présence thérapeutique, cela pour permettre aux patients de développer une sensation de sécurité (Kolts, Bell, Bennett-Levy, Irons, 2018)

Nous voudrions citer ce texte de K. Neff (2003) qui nous semble résumer de manière pertinente la philosophie de l'approche d'autocompassion : « Heureusement, s'appuyer sur autrui n'est pas l'unique moyen

de changer. Il est également possible de nous sentir dignes d'affection et de sollicitude en nous donnant à nous-mêmes l'attention et la compréhension qui nous manquent. En s'offrant de l'empathie et un soutien de manière régulière, on devient de plus en plus confiant dans le fait qu'il y a toujours une aide à la portée de main. »

Conclusion

Les thérapies basées sur la pleine conscience, dont le programme MBRP, montrent des résultats prometteurs pour le traitement des addictions. Elles visent une amélioration de l'état global du patient, et ce à travers l'initiation à une pratique permettant son autonomisation. Par l'apprentissage d'une pratique que le patient s'approprie, elle permet d'augmenter les ressources psychologiques et d'améliorer la gestion des émotions et le contrôle de soi. L'impact sur la symptomatologie addictive se fait donc de manière plus indirecte, ce qui pourrait expliquer son efficacité sur le plus long terme. Par l'amélioration du contrôle de soi, elle permet au patient d'atteindre ses propres objectifs, qu'il s'agisse de la réduction ou de l'arrêt des consommations ou d'une modification des modalités de consommations. Son effet positif sur des pathologies telles que la dépression, l'anxiété ou l'état de stress post-traumatique s'avère également particulièrement intéressant pour le traitement des addictions, du fait du nombre important de troubles associés. Il apparaît comme évident que cette forme de thérapie ne correspond pas à tous les patients, cependant il semble important de la rendre plus accessible en France pour les patients présentant des troubles addictifs.

Pour finir, nous avons évoqué l'intérêt des approches basées sur la compassion et l'autocompassion. Ce sont des approches basées également sur les pratiques méditatives et sur l'acceptation, ce qui ne veut pas dire « résignation », mais processus actif de prendre soin des autres et de soi-même.

Références

Amaro, H., Spear, S., Vallejo, Z., Conron, K., & Black, D. S. (2014). Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention intervention for culturally-diverse, low-income women in substance use disorder treatment. *Substance Use & Misuse*, *49*(5), 547-559. https://doi.org/10.3109/10826084.2013.852587

Bates, M. E., Buckman, J. F., & Nguyen, T. T. (2013). A Role for Cognitive Rehabilitation in Increasing the Effectiveness of Treatment for Alcohol Use

Disorders. *Neuropsychology Review*, *23*(1), 27-47. https://doi.org/10.1007/s11065-013-9228-3

Bateson, G. (1971). The cybernetics of " self&quot: a theory of alcoholism. *Psychiatry*, *34*(1), 1-18.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford.

Bell, T., Dixon, A., & Kolts, R. (2017). Developing a Compassionate Internal Supervisor: Compassion-Focused Therapy for Trainee Therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(3), 632-648. https://doi.org/10.1002/cpp.2031

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2010). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide* (1re éd.). New York: Guilford.

Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G. A., Azarmsa, S., Bourrit, F., Scheuner, D. D., & Suchet, M. (2013). *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience : Guide clinique* (1re éd.). Bruxelles : De Boeck.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., … Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(5), 547-556. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546

Brähler, C., Dechow, I., & Retoux, D. (2018, juillet). *Autocompassion en pleine conscience. Document de la formation* (Non publié).

Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *4*(1), 46-54. https://doi.org/10.1037/1064-1297.4.1.46

Ehlers, C. L., Gilder, D. A., Gizer, I. R., & Wilhelmsen, K. C. (2019). Indexing the « dark side of addiction »: Substance-induced affective symptoms and alcohol use disorders. *Addiction (Abingdon, England)*, *114*(1), 139-149. https://doi.org/10.1111/add.14431

Freeman, N., Friedman, R. S., Bartholow, B. D., & Wulfert, E. (2010). Effects of alcohol priming on social disinhibition. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *18*(2), 135-144. https://doi.org/10.1037/a0018871

Garland, E. L. (2007). The Meaning of Mindfulness: A Second-Order Cybernetics of Stress, Metacognition, and Coping. *Complementary Health Practice Review*, *12*(1), 15-30. https://doi.org/10.1177/1533210107301740

Garland, E. L., Boettiger, C. A., Gaylord, S., Chanon, V. W., & Howard, M. O. (2012). Mindfulness is Inversely Associated with Alcohol Attentional Bias Among Recovering Alcohol-Dependent Adults. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(5), 441-450. https://doi.org/10.1007/s10608-011-9378-7

Germer, C. K. (2013). *L'autocompassion. Une méthode pour se libérer des pensées et des émotions qui nous font du mal.* Paris : Odile Jacob.

Gilbert, P. (2018). Explorations into the nature and function of compassion. *Current Opinion in Psychology*, *28*, 108-114. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.002

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, *12*(11), 652-669. https://doi.org/10.1038/nrn3119

Graziani, P. (2010). Prise de décision : L'importance des idées permissives. */data/revues/11551704/v20i1/S1155170410000066/.* Consulté à l'adresse https://www.em-consulte.com/en/article/253946

Grow, J. C., Collins, S. E., Harrop, E. N., & Marlatt, G. A. (2015). Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors*, *40*, 16-20. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.030

Hammerstein, C. von, Khazaal, Y., Dupuis, M., Aubin, H.-J., Benyamina, A., Luquiens, A., & Romo, L. (2019). Feasibility, acceptability and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention program in a naturalistic setting among treatment-seeking patients with alcohol use disorder: A prospective observational study. *BMJ Open*, *9*(5), e026839. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026839

Hautekeete, M., Cousin, I., & Graziani, P. (1999). Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolodépendance. Un test du modèle de Beck : schémas anticipatoire, soulageant et permissif. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, *9*(4), 108-112.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *16*(3), 245-246. https://doi.org/10.1002/wps.20442

Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., … Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, *51*(2), 199-213. https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2

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), 169-183. https://doi.org/10.1037/a0018555

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 Research*, *191*(1), 36-43. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.08.006

Hopwood, T. L., & Schutte, N. S. (2017). A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, *57*, 12-20. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.002

Jentsch, J. D. (2008). Impulsivity in Animal Models for Drug Abuse Disorders. *Drug discovery today. Disease models*, *5*(4), 247-250. https://doi.org/10.1016/j.ddmod.2009.03.011

Jentsch, J. D., Ashenhurst, J. R., Cervantes, M. C., James, A. S., Groman, S. M., & Pennington, Z. T. (2014). Dissecting Impulsivity and its Relationships to Drug Addictions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1327*, 1-26. https://doi.org/10.1111/nyas.12388

Kolts, R. L., Bell, T., Bennett-Levy, J., & Irons, C. (2018). *Experiencing Compassion-Focused Therapy from the Inside out. Self practice/Self reflection Workbook for therapist.* New York: Guilford.

Luijten, M., Machielsen, M. W. J., Veltman, D. J., Hester, R., Haan, L. de, & Franken, I. H. A. (2014). Systematic review of ERP and fMRI studies investigating inhibitory control and error processing in people with substance dependence and behavioural addictions. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*, *39*(3), 149. https://doi.org/10.1503/jpn.130052

MacKillop, J., Amlung, M. T., Few, L. R., Ray, L. A., Sweet, L. H., & Munafò, M. R. (2011). Delayed reward discounting and addictive behavior: A meta-analysis. *Psychopharmacology*, *216*(3), 305-321. https://doi.org/10.1007/s00213-011-2229-0

Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *70*(4), 516-527.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2007). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, *284*(13), 1689-1695.

Neff, K. (2003). *S'aimer. Comment se réconcilier avec soi-même.* Paris : Belfond.

Noël, X., Van der Linden, M., d'Acremont, M., Bechara, A., Dan, B., Hanak, C., & Verbanck, P. (2007). Alcohol cues increase cognitive impulsivity in individuals with alcoholism. *Psychopharmacology*, *192*(2), 291-298. https://doi.org/10.1007/s00213-006-0695-6

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*(6), 1032-1040. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002

Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, *20*(3), 95-108. https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876

Rosenberg, M. (2003). *La communication non violente au quotidien.* Genève: Jouvence.

Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., … Menchón, J. M. (2018). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 95. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00095

Schneekloth, T. D., Biernacka, J. M., Hall-Flavin, D. K., Karpyak, V. M., Frye, M. A., Loukianova, L. L., … Mrazek, D. A. (2012). Alcohol craving as a predictor of relapse. *The American Journal on Addictions*, *21 Suppl 1*, S20-26. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00297.x

Tang, Y.-Y., Posner, M. I., Rothbart, M. K., & Volkow, N. D. (2015). Circuitry of self-control and its role in reducing addiction. *Trends in Cognitive Sciences*, *19*(8), 439-444. https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.06.007

von Hammerstein, C., Luquiens, A., Khazaal, Y., Benyamina, A., Aubin, H. J., & Romo, L. (2016). La pleine conscience dans le traitement des addictions. Quelles perspectives pour la prise en charge du jeu pathologique ? *Alcoologie et addictologie*, *38*(4), 305-313. (BDSP/OFDT : 78262).

von Hammerstein & Morel (2019) *Thérapies cognitivo-comportementales et Mindfulness* in Morel, A., Couteron, J.-P., Chambon, J., Contat, J., Gira, E., Lascaux, M., … Phan, O. (2019). Aide-mémoire – Addictologie : En 47 notions (3e édition). Dunod. Paris.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(1), 5-13.

Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, *51*(1), 59-91. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59

Wilcox, C. E., Dekonenko, C. J., Mayer, A. R., Bogenschutz, M. P., & Turner, J. A. (2014). Cognitive control in alcohol use disorder: Deficits and clinical relevance. *Reviews in the Neurosciences*, *25*(1), 1. https://doi.org/10.1515/revneuro-2013-0054

Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(3), 362-374. https://doi.org/10.1037/a0019172

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, *7*(3), 340-364. https://doi.org/10.1111/aphw.12051