

L'APPLICATION DES INTERVENTIONS BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS

Daniela Dunker Scheuner, psychologue spécialiste en psychothérapie, psychologue associée au Service d'alcoologie (DUMSC) et psychologue responsable de l'Unité d'enseignement en Thérapie comportementale et cognitive à l'Institut de psychothérapie, DP-CHUV, Lausanne et **Valérie Rossier**, psychologue spécialiste en psychothérapie, psychologue associée, Section d'addictologie, Service de psychiatrie communautaire, DP-CHUV, Lausanne.

La méditation en pleine conscience (mindfulness) est en plein essor et trouve des applications dans divers domaines. L'intégration de cette pratique dans le traitement des addictions est prometteuse. Cet article décrit les contours de cette pratique intégrée à la prévention de la rechute et les premiers résultats. Point important : les professionnels ont également tout à y gagner. (réd.)

PRÉAMBULE

Étant donné que cet article trouve sa place dans un numéro sur les *états modifiés de conscience* dans les addictions, nous tenons tout d'abord à nous arrêter sur la question de ce qu'est un état modifié de conscience et comment comprendre la pleine conscience par rapport à cette notion.

Le terme « état modifié de conscience » nous paraît suggérer un objectif de changement d'état. Hors, l'entraînement à la pleine conscience consiste à porter son attention sur l'expérience du moment présent *telle qu'elle est*. Ainsi, il ne s'agit pas de modifier la conscience mais de rester conscient. Toutefois, si l'on compare l'état de conscience développé lors des exercices de méditation de pleine conscience avec notre état habituel de conscience, l'on peut dire qu'il s'agit d'un état mental différent. Dans cet article, nous décrivons les interventions basées sur la pleine conscience et comment ces interventions sont appliquées dans le domaine des addictions.

INTRODUCTION

Le traitement des addictions est un domaine large et complexe du fait que la dépendance est une pathologie chronique. Même lorsque les patients sont traités efficacement, le risque de rechute est constant et handicapant pour les personnes ayant vécu une addiction. Dans les dernières décennies, Marlatt et ses collaborateurs ont développé de nombreux traitements efficaces validés scientifiquement afin de favoriser une meilleure gestion des fortes envies et des états émotionnels et ainsi de prévenir la rechute (Marlatt & Donovan, 2008). Néanmoins, selon les auteurs, il était nécessaire de mettre l'accent plus spécifiquement sur l'inconfort des envies (ie. les expériences physiques, émotionnelles et cognitives qui accompagnent les fortes envies) ressenti par le patient. Face à cet inconfort, le comporte-

ment habituel des personnes présentant une addiction est d'agir pour le « faire disparaître ». En réalité, même lorsque les patients connaissent bien leurs situations à risque de consommation et qu'ils ont développé des compétences pour y faire face, grâce au travail accompli en Prévention de la rechute, ils continuent souvent à vouloir éviter de ressentir les envies qu'ils perçoivent comme très désagréables. Or, plus une personne se bat contre les envies ou les émotions qui sont déjà présentes, plus celles-ci peuvent devenir intenses. De ce fait, quand les envies et/ou les émotions deviennent intenses, il n'est pas rare que les « vieilles habitudes » se réenclenchent : la personne retourne dans le « pilote automatique » de recherche et de consommation du produit qui lui permet d'échapper momentanément à l'inconfort des envies et aux émotions qui y sont liées. Ainsi, le fait d'apprendre la pleine conscience aux personnes présentant une addiction, c'est-à-dire de leur apprendre à porter une conscience ouverte et bienveillante à leurs expériences quelles qu'elles soient, y compris les envies et émotions qui y sont liées, sans les juger ni réagir automatiquement, semble être une clef essentielle dans le traitement des addictions, qui manquait jusqu'alors.

LA PLEINE CONSCIENCE

La pleine conscience (traduction du terme anglais « mindfulness ») est originellement issue de la méditation Vipassana pratiquée dans la tradition du bouddhisme Theravada. Elle peut être définie comme un état de conscience qui résulte d'une « attention intentionnelle et non jugeante portée aux émotions, pensées et sensations qui constituent l'expérience du moment présent » (Kabat-Zinn, 2009). La pleine conscience comprend ainsi deux composantes : (1) une première concernant l'attention portée au moment présent et (2) une seconde relative aux notions d'acceptation, d'équanimité et de curiosité envers son expérience qu'elle soit agréable, désagréable ou neutre.

A la fin des années septante, Jon Kabat-Zinn (1982) a été le premier à développer un programme visant l'apprentissage de la pleine conscience dans une perspective d'intervention psychologique. Depuis lors, les interventions basées sur la pleine conscience (MBI¹) ont été appliquées avec succès dans des domaines cliniques très variés, comme par exemple la prévention de la rechute dépressive, les douleurs chroniques, le psoriasis, etc. (pour une revue, Heeren & Philippot, 2010). En ce qui concerne le champ de l'addictologie, l'utilisation des MBI date d'une dizaine d'années, et depuis, l'intérêt qu'elles suscitent ne cesse de grandir. Dans une revue de littérature récente (Skanavi et al., 2011), les auteurs ont identifié six essais cliniques publiés qui montraient que les MBI étaient plus efficaces que les traitements témoins.

LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES ADDICTIFS

L'approche de Prévention de la rechute basée sur la pleine conscience pour le traitement des addictions, le MBRP (Mindfulness-based relapse prevention) est un programme intégrant des outils comportementaux et cognitifs de l'approche de Prévention de la rechute et des pratiques de méditation en pleine conscience (Bowen, Chawla & Marlatt, 2013). L'approche MBRP s'inspire des programmes basés sur la pleine conscience développés précédemment pour la prévention de la rechute dépressive (MBCT, Mindfulness-based cognitive therapy, Williams, Seagal & Teasdale) et pour la gestion du stress (MBSR, Mindfulness-based stress reduction, Kabat-Zinn).

Le MBRP est un programme proposé à des patients ambulatoires abstinents et motivés à le rester. Il est conçu pour aider les patients à augmenter leur conscience des déclencheurs des envies de consommer (ou d'autres comportements addictifs), ainsi que des expériences physiques, émotionnelles et cognitives qui suivent ces déclencheurs, conduisant à des comportements automatiques qui peuvent mener vers le dérapage et la rechute. Ce programme vise également à apprendre aux patients à répondre à ces expériences physiques, émotionnelles et cognitives de manière efficace et bienveillante, plutôt que d'y réagir de manière automatique. De même que les programmes de Prévention de la rechute et de Réduction de risques également développés par Marlatt, ce programme offre une approche de traitement de l'addiction qui cultive une attitude non jugeante, centrée sur la personne et basée sur l'acceptation.

Ainsi, il ne s'agit pas de modifier la conscience mais de rester conscient.

Il s'agit d'un programme thérapeutique de groupe en 8 séances hebdomadaires (de 2 heures à 2 heures 30 selon les possibilités) qui aborde les thèmes suivants : le pilote automatique et la rechute ; la conscience des déclencheurs et des fortes envies ; la pleine conscience

dans la vie de tous les jours ; la pleine conscience dans les situations à risque de rechute ; l'équilibre entre l'acceptation et le changement ; considérer les pensées comme des pensées sans s'y identifier ; prendre soin de soi en développant un style de vie équilibré et un réseau soutenant.

Le style et la structure du groupe mettent l'accent sur l'expérience directe des participants. Les séances commencent systématiquement par une méditation, suivie par une brève période de discussion centrée sur l'expérience de chacun. Les instructeurs font des liens entre cette expérience, les envies et la rechute et d'autres « pilotes automatiques » des participants. Lors du processus de questionnement, les instructeurs sont particulièrement attentifs à ne pas rentrer dans la résolution de problèmes, mais à rester dans une position d'accueil de l'expérience telle qu'elle est. Ainsi, les notions psycho-éducatives ne sont pas enseignées comme dans un cours, mais suscitées de l'expérience des participants. Après la première pratique formelle, la séance continue avec la revue de la pratique à domicile, d'autres exercices parfois cognitifs autour de la prévention de la rechute et finit avec une pratique de méditation.

La pratique à domicile est une composante fondamentale de ce programme. L'engagement dans une pratique quotidienne de méditation est une exigence pour intégrer le groupe. Chaque séance étant animée par un instructeur et un co-instructeur, le même engagement leur est demandé. En effet, au-delà de la nécessité d'être un professionnel de la santé ayant une expérience dans le traitement des addictions et de la conduite de groupes, il est également nécessaire que l'instructeur ait une pratique de méditation personnelle régulière. Soutenir les autres dans la pratique de la méditation ne peut provenir que de sa propre expérience et non d'une simple « compréhension » provenant de la lecture d'un manuel de traitement ou d'une participation à un ou l'autre séminaire.

Un autre aspect important dans ce programme est l'accent mis sur la notion de bienveillance. En effet, Marlatt avait remarqué que l'autojugement et l'autocritique sont fréquents et considérables parmi les personnes présentant une addiction ; non seulement ces personnes internalisent souvent le jugement et les stigmas issus de leurs expériences sociales et familiales, mais elles ont aussi fréquemment des difficultés à se pardonner les conséquences négatives de leur histoire d'addiction. De ce fait, Marlatt et son équipe ont estimé que le besoin de cultiver la bienveillance envers soi-même et les autres devait être central dans le traitement. Des aspects de bienveillance se retrouvent ainsi dans plusieurs des instructions de méditation.

¹ Nous utilisons l'abréviation anglophone MBI (Mindfulness-based interventions) qui fait référence dans ce domaine.

L'impact positif du programme MBRP a été démontré par Bowen et ses collègues (2009). Cette étude a mis en évidence non seulement la grande accessibilité et la faisabilité du programme auprès des personnes présentant une addiction, mais aussi son efficacité.

CONCLUSION

Des recherches de plus en plus nombreuses montrent que l'application des MBI auprès des personnes présentant une addiction les aide à changer durablement leur comportement problématique. Malgré ces premiers résultats encourageants, il n'y a pas encore de modèle explicatif définitif qui permette de comprendre en quoi l'application des MBI les aide. Heeren & Philippot (2010) relèvent que la méditation par la pleine conscience limite la tendance de l'individu à ne pas vouloir rester en contact avec des pensées et des expériences déplaisantes (*experiential avoidance*) - dont on a pu montrer ailleurs qu'elle jouait un rôle dans les addictions -, en promouvant d'une part une acceptation non jugeante des pensées, moment après moment et en limitant d'autre part la tendance à y répondre par des comportements inadaptés, comme l'usage de substances. Les travaux de l'équipe de Marlatt ont par ailleurs suggéré que la pratique de la méditation par la pleine conscience diminuait l'impact des envies irrésistibles de consommer induite par des lieux, personnes ou objets précédemment liés à des épisodes de consommation (*craving*) parce que les individus apprennent à ne plus y réagir automatiquement mais à y répondre en toute conscience. Aujourd'hui, il semble donc que l'intégration des MBI auprès de personnes souffrant de troubles addictifs soit prometteuse et mérite que l'on s'y intéresse. Par ailleurs, du fait qu'elles soient non stigmatisantes et ne proposent l'abstinence ni comme un préalable ni comme un objectif exclusif, les MBI peuvent intéresser de nombreux individus quel que soit leur stade de motivation. Enfin, la plupart des études indiquent que les participants aux MBI rapportent un degré de satisfaction élevé quant à leur participation à un tel programme et aux bienfaits qu'ils en retirent, et relèvent à plusieurs reprises que ces programmes n'ont aucun effet secondaire potentiellement négatif.

Last but not least, les MBI semblent non seulement bénéfiques aux patients souffrant d'une addiction, mais également à leurs thérapeutes puisque des résultats préliminaires suggèrent qu'elles favorisent la prévention du burn-out chez les professionnels travaillant dans le domaine des addictions (Vilardaga et al., 2011).

Courriels :

Valerie.Rossier@chuv.ch

Daniela.Dunker-Scheuner@chuv.ch

Bibliographie :

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2013). Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience: un guide clinique. Bruxelles : De Boeck, (original publié en anglais en 2011).

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30, 205-305.

Heeren, A., Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3): 37-61.

Kabat-Zinn, J. (2009) Au coeur de la tourmente, la pleine conscience. Bruxelles : De Boeck, (original publié en anglais en 1990).

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4:33-47.

Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (2008). Prévention de la rechute : Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives. Genève : Médecine & Hygiène (original publié en anglais en 2007 pour la 2^{ème} édition, et en 1985 pour la 1^{ère} édition).

Skanavi S, Laqueille X, Aubin HJ. (2011). Intervention basée sur la pleine conscience en addictologie. *L'Encéphale*, 37(5), p.379-387.

Vilardaga R, Luoma, JB, Hayes, SC et al. (2011). Burnout among the addiction counseling workforce : the differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *J Subst Abuse Treat*; 40:323-335.