

Mme Cora von Hammerstein\*, Dr Amandine Luquiens\*\*, Pr Yasser Khazaal\*\*\*, Pr Amine Benyamina\*\*, Pr Henri-Jean Aubin\*\*, Pr Lucia Romo\*\*\*\*

\* Département de psychiatrie et d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, Inserm U1178, APHP, Villejuif. EA 4430 CLIPSYD, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 200, avenue de la République, F-92001 Nanterre Cedex. Courriel : hammersteincf@gmail.com

\*\* Département de psychiatrie et d'addictologie, Hôpital Paul Brousse, Inserm U1178, APHP, Villejuif. CESP, UVSQ, France

\*\*\* Université de Genève, Suisse. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), Canada

\*\*\*\* Inserm U894, Centre de psychiatrie et neurosciences, Paris. EA 4430 CLIPSYD, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France

Reçu mars 2016, accepté août 2016

# La pleine conscience dans le traitement des addictions

## Quelles perspectives pour la prise en charge du jeu pathologique ?

### Résumé

À ce jour, aucun médicament n'a l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement du trouble lié à la pratique du jeu d'argent et de hasard, or les conséquences sanitaires et sociales du jeu pathologique, telles que le suicide, le surendettement, la perte d'emploi, la criminalité et les difficultés familiales qui peuvent en découler, sont lourdes. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont actuellement considérées comme étant le traitement de référence pour le jeu pathologique. Cependant, certains patients semblent être résistants aux TCC. De ce fait, nous nous sommes intéressés aux thérapies associant un entraînement à la pleine conscience (*mindfulness*) aux techniques de TCC, pour la prise en charge des personnes présentant un trouble lié à la pratique de jeu d'argent et de hasard.

### Mots-clés

Jeu pathologique – *Mindfulness based relapse prevention* – Pleine conscience – Addiction.

### Summary

**Mindfulness based therapies in addiction. Their interest when problem gambling is at stake**

Despite the important health consequences of problem gambling such as suicide, over-indebtedness, delinquency or family problems, there is currently no drug approval available for the treatment of problem gambling. Today, cognitive-behavioral therapies (CBT) are considered the "gold standard" for psychological treatment of problem gambling. However, some people seem resistant to CBT alone. New programs integrating mindfulness practices and CBT could be particularly promising as a treatment for problem gambling.

### Key words

Gambling disorder – Mindfulness – Mindfulness based relapse prevention – Addiction.

Les thérapies basées sur la pleine conscience suscitent un intérêt croissant dans le secteur de la santé. L'efficacité de cette forme de thérapie, faisant partie des thérapies comportementales de troisième vague, a été démontrée pour le traitement de troubles anxieux, dépressifs et de la douleur chronique (1, 2). Cette forme de thérapie commence aussi à se développer dans le champ des addictions, et son efficacité pour réduire les consommations et le risque de rechute a pu être

démontrée par des études menées aux États-Unis (3, 4). Dans cette mise au point, nous nous intéressons à l'intérêt des thérapies basées sur la pleine conscience dans le traitement du jeu pathologique. À ce jour, peu d'essais contrôlés et randomisés ont été menés pour en évaluer l'efficacité dans cette indication. L'objectif de cet article est de faire un état des lieux de ce qui a déjà été fait dans ce domaine, de présenter le programme MBRP (*Mindfulness based relapse prevention* – prévention de la

rechute basée sur la pleine conscience) spécifiquement conçu pour le traitement des addictions et d'explorer l'intérêt de la pleine conscience dans la prise en charge du jeu pathologique. Cette mise au point s'appuie sur une recherche dans les bases de données PubMed et PsycINFO entre 1984 et 2016.

## Le jeu pathologique

Selon le rapport de l'Observatoire des jeux (5), en 2014, 74 % des Français âgés de 15 à 75 ans déclarent avoir joué au moins une fois aux jeux d'argent et de hasard dans leur vie et 56,2 % déclarent avoir joué au moins une fois au cours de l'année écoulée. Parmi les personnes ayant déclaré avoir joué durant l'année écoulée, 3,9 % peuvent être classés comme joueurs à risque modéré et 0,9 % comme étant des joueurs excessifs. Dans la population générale, cela correspond à 2,2 % de joueurs à risque modéré et 0,5 % de joueurs excessifs, soit respectivement 1 million de joueurs à risque modéré et 200 000 joueurs excessifs.

Le rôle des cognitions a été décrit dans le jeu pathologique (6-10). Les distorsions cognitives, telles que l'illusion de contrôle sur la chance et le hasard, la superstition, la mémoire sélective et les biais interprétatifs, vont participer au développement et au maintien du trouble lié à la pratique de jeu d'argent et de hasard. Comme l'expliquent bien Barrault et Varescon (9), les distorsions cognitives du joueur vont l'empêcher de prendre en considération des concepts statistiques de base pendant le jeu (probabilité/indépendance des événements) et favoriser la croyance d'avoir un contrôle sur le hasard. Pourtant, il arrive souvent qu'un même joueur puisse remettre en question ses croyances erronées en dehors des sessions de jeu. Le fait d'avoir de bonnes connaissances statistiques et un bon raisonnement numérique ne protégerait pas de l'addiction au jeu d'argent et de hasard. Ce qui s'explique par le concept de double *switching* (11) qui ferait que le joueur aurait deux raisonnements cognitifs différents selon qu'il soit en train de jouer ou non.

## Trajectoire du joueur et comorbidités

La trajectoire du joueur pathologique se déroule souvent en trois phases (12). Son début est souvent marqué d'un gain initial (*big win* pour les Anglo-Saxons), qui a pu être identifié comme étant un facteur de risque de l'apparition et de l'installation du trouble (13). Ce gain

initial va alimenter la croyance du joueur qui est que ce gain n'est non pas le fruit du hasard, mais lié à une habileté particulière qu'il aurait. Suite à cette expérience de gain, le joueur, ayant l'impression de pouvoir contrôler le jeu, va alors débiter une phase de pertes, avec l'installation du comportement de *chasing* qui consiste à continuer à jouer pour rattraper les sommes perdues et à se sentir dans l'obligation de retourner jouer pour "se refaire". Le joueur problématique peut alors être amené à contracter des dettes et les relations interpersonnelles peuvent se dégrader. Classiquement, la phase suivante correspond à une période de désespoir où la dépression et les tentatives de suicide sont fréquentes.

Les troubles dépressifs sont plus fréquents chez les joueurs pathologiques qu'au sein de la population générale (28-76 %) (14). Les symptômes dépressifs peuvent précéder le jeu pathologique, le jeu permettant alors au patient de fuir ses affects en jouant, ou peuvent être secondaires au jeu et aggravés ou déclenchés par les conséquences du jeu. Aussi, les troubles bipolaires sont plus fréquents chez les joueurs (8-31 %) (14). On retrouve souvent des épisodes de jeu excessif dans les phases maniaques, or il est précisé dans le DSM que l'on ne parle de jeu pathologique seulement si le comportement n'est pas mieux expliqué par un épisode maniaque.

Les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont très fréquentes chez les joueurs pathologiques (8, 15, 16) et particulièrement prononcées pendant la phase de désespoir décrite plus haut. Une étude récente (17) révèle que 63,2 % des joueurs pathologiques ont des idéations suicidaires ou ont déjà fait une tentative de suicide (passage à l'acte pour 35,8 % et idéation suicidaire seule pour 27,4 %). L'évaluation du risque suicidaire est donc indispensable dans la prise en charge des joueurs pathologiques.

Une importante littérature existe sur l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans le cadre du jeu pathologique (18-20). Il en est de même pour l'entretien motivationnel (21, 22). Aussi, la restructuration cognitive associée à la prévention de la rechute semble particulièrement recommandée (18). Le fait de corriger les pensées irrationnelles face au jeu (illusion de contrôle versus hasard) réduirait significativement l'envie de jouer.

Aussi, les interventions de groupe ont montré des résultats prometteurs : Ladouceur et al. (23) ont testé l'efficacité d'un programme psychothérapeutique de groupe

alliant travail motivationnel, restructuration cognitive et prévention de la rechute lors d'un essai randomisé et contrôlé. Cette étude leur a permis de montrer que 88 % des participants du groupe d'intervention ne répondaient plus aux critères du DSM après l'intervention, contre 20 % dans le groupe contrôle de liste d'attente. L'étude de Smith et al. (24) visant à comparer deux interventions de groupe (la thérapie cognitive et la thérapie d'exposition) a montré que les deux formes de prise en charge réduisaient le jeu pathologique.

## La pleine conscience ou *mindfulness*

Les TCC ont pour objet de cibler les cognitions et comportements à problème et de les modifier. Les croyances telles que l'illusion de contrôle ("quand je vais jouer après 17 heures je gagne plus"), le pouvoir de prédiction ("une série de pertes sera suivie par un gain") ou les interprétations favorables à la poursuite du jeu ("je connais les techniques, donc je retourne jouer") se travaillent bien avec la restructuration cognitive. Confronter le patient à la réalité et l'informer sur le hasard et les théories de la probabilité peuvent l'amener à remettre en question ces croyances qui maintiennent la pratique de jeu. Dans certains cas, les croyances semblent particulièrement résistantes et, confronté à une situation de jeu, le patient peut avoir des difficultés à les restructurer : c'est là que l'entraînement à la pleine conscience peut permettre au patient de créer un temps mort, de reconnaître sa pensée en tant que telle et de remarquer qu'il n'est pas nécessaire d'y réagir. Particulièrement difficiles à modifier sont les attentes liées au jeu telles que : "jouer me rend plus heureux". Souvent, le jeu permet aux patients de supprimer momentanément les affects négatifs. Le jeu est donc utilisé comme une sorte de stratégie de *coping* de type évitement.

La pleine conscience, en revanche, consiste en l'observation de ses propres processus mentaux, sans jugement et sans être absorbé par les pensées qui y sont associées. En d'autres termes, le contenu des pensées, ou cognitions, est moins important que le rapport et la réaction du sujet à la cognition. Ainsi, "être *mindful*" ou être en pleine conscience permettrait au sujet de reconnaître des pensées négatives et perturbantes, et de les mettre à distance en les observant simplement, sans jugement et en les considérant pour ce qu'elles sont : des pensées. La pleine conscience pourrait être considérée comme une sorte d'autorégulation comportementale, cognitive et affective. En s'entraînant à la pleine conscience, on

s'entraîne à l'exposition à l'inconfort, permettant progressivement de prendre conscience du caractère éphémère de ce dernier. Les affects négatifs inconfortables, que le patient souhaite soulager dans l'immédiat par la pratique de jeu, sont en effet passagers, les accepter en tant que tels permettrait d'augmenter le niveau de tolérance vis-à-vis de cet inconfort. Plutôt que de porter attention au contenu des pensées, il s'agit donc de prendre conscience de leur émergence, des réactions physiques ou émotionnelles qu'elles peuvent engendrer et de ne pas y réagir de manière automatique. Il s'agit d'observer afin de réfléchir à comment "bien répondre" plutôt que de "réagir".

Le concept de *mindfulness* ou pleine conscience connaît aujourd'hui un intérêt croissant dans le monde de la psychologie clinique. Kabat-Zinn (25) le définit comme étant "*un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie, moment après moment*".

Le niveau de pleine conscience serait associé négativement à l'anxiété, aux symptômes dépressifs, au stress perçu, aux réponses automatiques et à l'impulsivité ; il serait associé positivement à l'estime de soi, aux stratégies de *coping* adaptatives, à l'optimisme et à la satisfaction de vie (26, 27). Comme évoqué précédemment, les troubles de l'humeur sont très fréquents chez les joueurs pathologiques. Le jeu pouvant constituer une stratégie pour échapper aux émotions négatives, les troubles de l'humeur peuvent, dans certains cas, maintenir la pratique de jeu. L'entraînement à la pleine conscience peut alors aussi cibler une baisse des symptômes dépressifs.

Il y a aujourd'hui différents types de thérapies basées sur la pleine conscience, affranchies de toute référence religieuse ou spirituelle, visant à augmenter le niveau de pleine conscience. Deux d'entre elles, dont l'efficacité a été validée par plusieurs études (1, 28, 29), sont la MBSR (*Mindfulness based stress reduction* – gestion du stress basée sur la pleine conscience) (30) et la MBCT (*Mindfulness based cognitive therapy* – thérapie cognitive basée sur la pleine conscience) (31).

## Pleine conscience et addictions

Un faible niveau de pleine conscience serait courant chez les populations présentant une dépendance aux substances psychoactives de manière générale (32). Ainsi, a été développée récemment une intervention basée

sur la pleine conscience conçue spécifiquement pour les patients présentant une dépendance. Ce programme MBRP (33) intègre des exercices de méditation pleine conscience, ainsi que des éléments du programme cognitivo-comportemental de Marlatt et Gordon (34), permettant aux patients de mieux identifier les situations à risque et d'élaborer des stratégies pour éviter la rechute. Ce nouveau programme de huit séances vise directement les affects négatifs et leur impact sur la rechute. En étant en pleine conscience, les patients peuvent mieux identifier les sensations qui font irruption, comme par exemple le *craving*, et les observer sans y répondre de manière automatique (consommation). Il s'agit de prendre le temps d'observer la sensation de *craving*, d'identifier ce en quoi elle consiste exactement (sensations physiques, pensées, émotions) et de noter son caractère éphémère. Dans ce programme, nous exposons les participants aux sensations inconfortables telles que le *craving*, l'envie de consommer ou d'agir pour soulager l'inconfort, pour leur permettre d'augmenter la tolérance à cette sensation et de la laisser passer simplement.

Le risque de rechute peut être réduit si le sujet est capable d'augmenter son attention et ses capacités cognitives. Il pourra donc reconnaître les situations à risque, ainsi que les illusions vis-à-vis de sa consommation, et les considérer comme étant un phénomène naturel et automatique, qui peut mener à la rechute. Il ne s'agit pas de les fuir, ou de les éviter, il s'agit d'en avoir conscience, de les accepter plutôt que de tenter de chercher un soulagement immédiat en consommant, qui amène le sujet à rechuter. Ainsi, il semblerait que l'entraînement à la pleine conscience pourrait réduire les réponses comportementales conditionnées en prêtant attention au conditionnement en lui-même (33).

## **Efficacité des interventions basées sur la pleine conscience pour le traitement des addictions**

Plusieurs revues des études évaluant l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience de manière générale auprès de sujets présentant une dépendance ont été publiées. La revue systématique de Zgierska et al. (35) a avancé des résultats indiquant que ce type d'intervention rapportait des résultats significatifs, positifs et souvent meilleurs que ceux des prises en charge "contrôle" (spécifiques ou non spécifiques).

Une deuxième revue publiée en 2011 (36) a montré que la majorité (cinq sur six) des interventions basées sur la pleine conscience étaient efficaces dans la réduction de la consommation du produit, et ce, de manière significative. Pour quatre essais contrôlés sur cinq, ces interventions étaient significativement plus efficaces que la condition contrôle, et pour les études dont l'évaluation était suffisamment prolongée dans le temps, les résultats restaient positifs et les différences avec les traitements témoins devenaient plus nettes. Une troisième revue (37) portant sur le même sujet et incluant 24 études a montré également des résultats significatifs parmi des usagers de cannabis, d'alcool, de cocaïne, d'amphétamine ou d'opiacés. Les interventions basées sur la pleine conscience semblaient, d'une part, réduire la consommation de substance et le *craving* et, d'autre part, augmenter la pleine conscience par rapport aux groupes contrôles tels que des listes d'attente, des groupes d'éducation thérapeutique, de support et même que certaines interventions de groupes plus spécifiques. Malgré les résultats intéressants de ces revues, il est important de noter qu'elles présentaient un certain nombre de limites. Dans la première étude, les limites concernaient la diversité des populations évaluées, des produits consommés ou des prises en charge considérées. Dans la deuxième étude, seulement cinq des six essais étaient contrôlés, quatre randomisés, et les tailles d'échantillon étaient relativement faibles. Pour la troisième étude, les réserves portaient également sur la taille d'échantillon réduite, le manque de détails méthodologiques et de reproductibilité des résultats, empêchant les auteurs de parvenir à une conclusion.

En ce qui concerne les évaluations du programme MBRP, elles restent encore peu nombreuses, mais leurs résultats sont prometteurs : Brewer et al. ont réalisé une étude pilote randomisée et contrôlée, qui, malgré un faible effectif, a suggéré que le programme MBRP était aussi efficace que les TCC. Rappelons que, à ce jour, les TCC sont reconnues comme l'une des formes de psychothérapie ayant le mieux montré leur efficacité dans les addictions (38).

Une autre étude (4) portant sur 168 sujets présentant des addictions à divers produits (alcool, cocaïne et autres psychostimulants, héroïne et autres opiacés, cannabis) a montré que les sujets ayant bénéficié d'un traitement MBRP ont significativement moins consommé que les sujets ayant reçu le traitement classique. Ces résultats sont restés significativement différents jusqu'à quatre mois après l'intervention. De plus, les sujets dans



le groupe MBRP ressentait significativement moins de *craving*.

Une seconde étude intéressante a été réalisée par la même équipe (3) et portait sur 286 sujets, répartis en trois groupes : a) le programme classique de prise en charge post-sevrage – TAU (*Treatment as usual* ; n = 95) ; b) le programme RP (*Relapse prevention* de Marlatt ; n = 88) ; c) le programme MBRP (n = 103). L'évaluation en post-traitement a montré qu'en comparaison avec le traitement TAU, les programmes MBRP et RP réduisaient de manière significative le risque de rechute parmi les alcoolodépendants (59 %) et le risque de rechute chez les usagers d'autres substances (54 %). Cependant, les participants du groupe MBRP ont eu une augmentation de 21 % du risque de rechute de première consommation (substances autres que l'alcool) en comparaison avec le traitement RP. À trois mois, aucune différence significative n'était notée entre les trois groupes. À six mois, si aucune différence n'a pu être constatée entre les groupes RP et MBRP, un écart significatif subsistait entre ces derniers et le groupe TAU : les participants des groupes RP et MBRP présentaient significativement moins (31 %) de jours de consommation importante d'alcool (*heavy drinking days* – HDD) et une probabilité plus élevée de maintenir l'abstinence de substances autres que l'alcool, par rapport aux participants du groupe TAU. Enfin, à 12 mois, une différence significative entre les groupes RP et MBRP a pu être identifiée. Parmi les sujets non abstinents, ceux ayant participé au programme MBRP présentaient 31 % de moins de jours de consommation que ceux ayant participé au programme RP, ainsi qu'une probabilité plus élevée de ne pas présenter des jours de consommation importante d'alcool (HDD). Ces résultats laissent entendre que le programme MBRP est efficace à long terme. Les auteurs ont supposé que cette efficacité à long terme s'explique par le fait que les participants du groupe MBRP acquièrent des outils permettant de faire face et de tolérer plus facilement l'inconfort lié à la sensation de *craving* et aux affects négatifs.

L'entraînement à la pleine conscience aurait aussi un effet sur d'autres facteurs liés à la rechute. Les auteurs Witkiewitz et Bowen (39) ont montré que le *craving* aurait un impact sur le lien entre les symptômes dépressifs et la rechute. Chez les participants au programme MBRP, le *craving* n'impacterait pas ce lien. Les auteurs (40) ont soulevé le rôle de la tolérance face à la détresse en montrant que les patients présentant une dépen-

dance et ayant un faible niveau de tolérance face à la détresse psychologique ou physique ont pu d'avantage réduire leurs consommations quand ils ont participé au protocole MBRP que quand ils ont reçu un programme TAU. Le niveau de tolérance face à la détresse jouerait donc un rôle de modérateur par rapport à l'efficacité du programme MBRP.

L'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience est liée à la fréquence de la pratique de la méditation. Une recherche de 2015 (41) a démontré que la fréquence de la méditation était associée de manière significative négativement à la consommation de substances. Par ailleurs, plus un individu pratiquait, moins il était amené à ressentir la sensation de *craving*. Aussi, le nombre de séances effectuées était un facteur prédictif de l'efficacité de ce type d'intervention, comme l'ont montré les résultats de l'étude d'Amaro et al. (42) menée auprès de femmes. Cette étude a montré qu'il existe un lien négatif significatif entre le nombre de séances et la consommation de substances. Plus le nombre de séances MBRP était élevé, plus les consommations étaient faibles, et ce, après 12 mois. Ces résultats indiquent que pour les thérapies basées sur la pleine conscience, il s'agit en effet d'un entraînement à la méditation, c'est-à-dire l'apprentissage d'outils, nécessitant une pratique régulière pour être efficace.

À notre connaissance, une seule étude visant à évaluer le programme MBRP a été menée en France (43). Il s'agissait d'une étude pilote exploratoire, non randomisée, non contrôlée, menée auprès de 26 patients alcoolodépendants répartis en trois groupes. Même si cette étude présentait un certain nombre de limites (taille d'échantillon réduite, absence de groupe contrôle), les premiers résultats de cette expérience suggèrent que la technique MBRP était associée à une réduction de la consommation d'alcool et à une baisse de l'impulsivité. Les résultats montraient aussi une évolution favorable du niveau de pleine conscience, avec une augmentation significative de la dimension "non-jugement" de l'échelle de pleine conscience, ainsi qu'une réduction significative de l'anxiété-trait et de l'anxiété-état.

## Pleine conscience et jeu pathologique

La restructuration cognitive visant à corriger les fausses croyances vis-à-vis du jeu est un élément-clé pour la prise en charge efficace des joueurs. Une étude de Ladouceur (44) a montré que les joueurs probléma-

tiques se différencient des joueurs non problématiques par la force de leur conviction en des croyances erronées plutôt que par leur nombre. Chez les joueurs problématiques, le degré de conviction en ces croyances augmentait au fil de la session de jeu et il baissait au cours des sessions chez les joueurs non problématiques. Selon l'auteur, les joueurs non problématiques auraient la capacité à remettre en question les croyances liées au jeu au fur et à mesure de l'évolution des sessions, or les joueurs problématiques, eux, traiteraient l'information de manière à renforcer le degré de conviction en leurs croyances. Ce phénomène expliquerait aussi les conduites de "chasing" des joueurs problématiques, partant du principe qu'après une série de pertes doit obligatoirement suivre un gain, continuant la pratique ou retournant jouer. Les joueurs non problématiques, eux, auraient tendance à considérer la série de pertes comme étant une preuve du fait que leur croyance était fautive et auraient donc plus tendance à arrêter le jeu et à ne pas retourner jouer.

Chez les joueurs problématiques, ces croyances sont souvent maintenues et alimentées par des gains occasionnels, qui peuvent être mémorisés avec une valence supérieure aux pertes du fait d'une tendance à la mémoire sélective. Ladouceur suppose que ce n'est pas l'intensité des cognitions, mais le rapport à ces cognitions et la tendance à les ruminer qui vont mener aux conséquences comportementales. De ce fait, ce à quoi est entraîné le patient dans le programme MBRP, à savoir l'amener à porter son attention sur son rapport à ses croyances, pourrait lui être particulièrement bénéfique.

Il semblerait que le niveau de pleine conscience soit négativement associé au jeu pathologique. Cette tendance a été confirmée par l'étude de Lakey et al. (45). Il est à noter cependant que l'étude ayant été menée auprès de 185 étudiants, les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population. Ultérieurement, une autre étude de Riley (46) a démontré des liens entre le niveau de pleine conscience et le jeu pathologique : il a révélé que l'évitement prédisait le jeu pathologique. La suppression émotionnelle, qui est une forme d'évitement, et le jeu pathologique étaient négativement associés à la pleine conscience. Ces résultats suggèrent que la disposition à la pleine conscience pourrait jouer un rôle protecteur face au jeu pathologique. De ce fait, certains chercheurs ont proposé des interventions basées sur la pleine conscience à des joueurs pathologiques, dans l'objectif d'augmenter le niveau de pleine

conscience et de diminuer les symptômes de jeu. C'est ainsi qu'en 2014, une étude (47) visant à évaluer la faisabilité d'un groupe MBRP, menée auprès de 17 joueurs pathologiques, a été publiée. Les résultats montraient une augmentation du "contrôle" sur le jeu : les patients rapportaient ainsi une meilleure capacité à s'arrêter et à réfléchir à leur comportement, de meilleures capacités de *coping*, une amélioration de la qualité des relations interpersonnelles, moins de jugement vis-à-vis de l'entourage, ainsi qu'une augmentation significative du niveau de pleine conscience. Par ailleurs, le programme a été apprécié par les participants.

Pour évaluer l'efficacité d'une intervention basée sur la pleine conscience en comparaison avec une condition contrôle chez des joueurs pathologiques, Toneatto et al. (48) ont mené une étude pilote contrôlée randomisée visant à évaluer une thérapie de groupe intégrant des éléments de TCC et des éléments de pleine conscience en comparaison avec un groupe de patients en liste d'attente. Les résultats en post-traitement ont montré que les participants au groupe d'intervention avaient significativement moins de symptômes de jeu du DSM que ceux dans la condition contrôle. Trois mois après l'intervention, les résultats révèlent que le groupe TCC et pleine conscience réduisait la sévérité de jeu, l'envie de jouer et les symptômes psychiatriques. Par ailleurs, le nombre de patients répondant aux critères du DSM-IV du jeu pathologique avait diminué de manière significative en passant de 95 % à 21 %. Aussi, Christensen et al. se sont intéressés à l'efficacité de ce type d'intervention chez les joueurs (49). Pour ce faire, ils ont proposé à un groupe de 14 joueurs pathologiques résistants au traitement de participer à un groupe de DBT (*Dialectical behavior therapy*). À la différence de l'étude précédente, les résultats ont montré ici que l'amélioration au niveau du jeu pathologique, même si présente, n'était pas significative, mais que les patients montraient des améliorations significatives concernant la détresse psychologique, la tolérance de la détresse et le niveau de pleine conscience.

McIntoch et al. (50) ont publié récemment une étude contrôlée et randomisée, qui visait également l'évaluation de l'efficacité d'une thérapie basée sur la pleine conscience chez des joueurs pathologiques. Pour ce faire, les chercheurs ont randomisé 77 patients en trois groupes. Ils ont suivi une méthode croisée (*cross-over*), le premier groupe bénéficiait d'abord d'un entraînement à la pleine conscience sur quatre séances, de deux semaines de pause, puis d'une thérapie type TCC en

suisant un manuel (47). Le deuxième groupe bénéficiait du même traitement mais inversé : la TCC suivie de la pleine conscience. Le troisième groupe recevait le traitement classique basé sur les TCC, mais ne suivant pas un manuel en particulier. Les résultats ont montré peu de différences entre les trois groupes. Concernant les critères de jugement principaux : les critères du DSM du jeu pathologique, le montant dépensé au jeu, le nombre de sessions et le nombre de jours d'abstinence ont significativement réduit dans les trois groupes, que ce soit lors de l'évaluation au moment du croisement des interventions ou en post-traitement. Il en est de même pour la détresse psychologique, même si les auteurs ont pu noter une augmentation de la taille d'effet de ce résultat, qui passe de moyenne à importante pour les groupes ayant bénéficié du traitement croisé. L'évaluation menée au moment du croisement des interventions a permis de montrer que l'entraînement à la pleine conscience seule avait un effet sur la rumination et la suppression émotionnelle et cognitive. Cette étude, certes très intéressante, ne permettait que difficilement de distinguer quelles sont les améliorations liées à des techniques spécifiques. Ce constat n'était pas étonnant sachant que les interventions se ressemblaient beaucoup, que tous les participants avaient bénéficié de trois séances de psychoéducation sur le jeu pathologique avant la randomisation et que le traitement classique était une TCC également.

En 2015, une revue systématique et méta-analyse au sujet des interventions basées sur la pleine conscience auprès de patients présentant un trouble lié à la pratique de jeu d'argent et de hasard a été publiée (51). La revue systématique comportait 13 études dont sept ont fait l'objet d'une méta-analyse. Pour la méta-analyse uniquement, des essais randomisés contrôlés ont été retenus. Les résultats ont montré que les différences entre les thérapies basées sur la pleine conscience et les conditions contrôles étaient significatives. Ils indiquaient un effet positif modéré du traitement ( $g = 0,68$ , 95 % CI = [0,39, 0,98],  $p < 0,01$ ) concernant le comportement de jeu et les symptômes du jeu, cet effet représentant une différence approximative de 40 % pour la fréquence de jeu et 48 % pour la durée et la sévérité du jeu. Ils indiquaient également un effet positif modéré du traitement ( $g = 0,69$ , 95 % CI = [0,18, 1,20],  $p = 0,01$ ) concernant les envies de jeu, cet effet représentant une différence approximative du nombre d'envies de 31 %, ainsi qu'un effet positif, important du traitement ( $g = 0,75$ , 95 % CI = [0,24, 1,26],  $p < 0,01$ ) concernant les dépenses financières des patients, ce qui correspon-

dait à une différence de 87 % des dépenses financières entre les groupes "contrôle" et "intervention". En dépit du nombre réduit d'évaluations visant à connaître l'impact des interventions basées sur la pleine conscience sur le jeu pathologique, de Lisle et al. (52) ont publié une revue de la littérature sur ce sujet incluant deux cas cliniques résistants aux techniques de TCC. Cette revue montre également que l'entraînement à la pleine conscience peut être une alternative intéressante pour les patients joueurs.

## Conclusion

Les nouvelles formes de TCC de troisième vague, basées sur la pleine conscience, prennent de plus en plus d'ampleur dans le domaine de la santé mentale. Aussi, dans le secteur des addictions, la pleine conscience est de plus en plus utilisée et plébiscitée par les praticiens et les patients. Face à la fréquence des rechutes dans le domaine des addictions, de nombreuses techniques ont été proposées, telles que les stratégies aversives, l'entretien motivationnel, la prévention de la rechute, la restructuration cognitive. La plupart de ces techniques ciblent directement le comportement problématique dans l'objectif de le réduire, voir de le supprimer. La spécificité de l'approche par la pleine conscience est qu'elle ne vise pas la suppression du comportement problématique, mais plutôt l'amplification des ressources positives du patient. Cette augmentation des ressources positives passe par l'apprentissage de techniques qui lui permettent de mieux affronter l'inconfort associé à l'arrêt ou la réduction d'une substance ou d'un comportement, mais aussi de mieux affronter les affects dépressifs et anxieux, souvent associés aux addictions. À ce jour, aucun médicament n'a l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement de ce trouble. Or, les conséquences sanitaires et sociales du jeu pathologique, telles que le suicide, le surendettement, la perte d'emploi, la criminalité et les difficultés familiales qui peuvent en découler, sont lourdes. Le programme MBRP pourrait représenter une stratégie alternative intéressante pour la prise en charge de l'addiction aux jeux d'argent et de hasard. Des preuves sur l'efficacité de ce programme existent dans le domaine des addictions. Malgré les hypothèses de fonctionnement de l'application d'un tel programme dans le jeu problématique, les preuves sur l'efficacité restent, à ce jour, insuffisantes, d'où la nécessité de continuer la recherche dans ce domaine pour établir l'efficacité du programme MBRP chez les joueurs. ■

**Conflits d'intérêt.** – C. von Hammerstein déclare ne pas avoir de conflits d'intérêt en lien avec les sujets traités dans cet article. A. Luquiens déclare avoir participé au cours des trois dernières années à des interventions ponctuelles (travaux scientifiques, activités de conseil, conférences, colloques) pour les entreprises Lundbeck et Indivior, et pour l'ARJEL. H.-J. Aubin déclare avoir participé au cours des trois dernières années à des interventions ponctuelles (essais cliniques, travaux scientifiques, activités de conseil, conférences, colloques) pour les entreprises Bioprojet, D&A Pharma, Ethypharm, Lundbeck, Merck-Serono, Mundipharma, Novartis et Pfizer. Y. Khazaal déclare ne pas avoir de conflits d'intérêt en lien avec les sujets traités dans cet article. A. Benyamina déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (activités de conférence) pour Bristol-Myers-Squibb, Lundbeck, Merck-Serono et Mylan ; membre du Board Indivior. L. Romo déclare avoir participé à des programmes de recherche financés par le PMU et la FDJ à travers de conventions avec l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense.

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

## Références bibliographiques

- 1 - Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010 ; 78 (2) : 169-83.
- 2 - Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *J Psychosom Res.* 2010 ; 68 (1) : 29-36.
- 3 - Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014 ; 71 (5) : 547-56.
- 4 - Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abuse.* 2009 ; 30 (4) : 295-305.
- 5 - Observatoire des Jeux. Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014. Note d'information N° 6. In : Le portail des ministères économiques et financiers [Internet] [cité 2016 mai 27]. Disponible sur :

- <http://www.economie.gouv.fr/observatoire-des-jeux/note-dinformation-ndeg-6-jeux-dargent-et-hasard-en-france-en-2014>.
- 6 - Smith DP, Battersby MW, Pols RG, Harvey PW, Oakes JE, Baigent MF. Predictors of relapse in problem gambling: a prospective cohort study. *J Gamb Stud.* 2013 ; 31 (1) : 299-313.
  - 7 - Griffiths M. Adolescent gambling. Hove : Psychology Press ; 1995.
  - 8 - Petry NM. Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment. Vol. X. Washington, DC : American Psychological Association ; 2005.
  - 9 - Barrault S, Varescon I. Distorsions cognitives et pratique de jeu de hasard et d'argent : état de la question. *Psychol Fr.* 2012 ; 57 (1) : 17-29.
  - 10 - Toneatto T. Cognitive psychopathology of problem gambling. *Subst Use Misuse.* 1999 ; 34 (11) : 1593-604.
  - 11 - Se'vigny S, Ladouceur R. Gamblers' irrational thinking about chance events: the "double switching" concept. *Int Gamb Stud.* 2003 ; 3 (2) : 163-70.
  - 12 - Custer RL. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry.* 1984 ; 45 (12 Pt 2) : 35-8.
  - 13 - Delfabbro P, Thrupp L. The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents. *J Adolesc.* 2003 ; 26 (3) : 313-30.
  - 14 - Kim SW, Grant JE, Eckert ED, Faris PL, Hartman BK. Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. *J Affect Disord.* 2006 ; 92 (1) : 109-16.
  - 15 - Kausch O. Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *J Clin Psychiatry.* 2003 ; 64 (9) : 1031-8.
  - 16 - Thon N, Preuss UW, Pözlleitner A, Quantschnig B, Scholz H, Kühberger A, et al. Prevalence of suicide attempts in pathological gamblers in a nationwide Austrian treatment sample. *Gen Hosp Psychiatry.* 2014 ; 36 (3) : 342-6.
  - 17 - Black DW, Coryell W, Crowe R, McCormick B, Shaw M, Allen J. Suicide ideations, suicide attempts, and completed suicide in persons with pathological gambling and their first-degree relatives. *Suicide Life Threat Behav.* 2015 ; 45 (6) : 700-9.
  - 18 - Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, et al. Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis.* 2001 ; 189 (11) : 774-80.
  - 19 - Bujold A, Ladouceur R, Sylvain C, Boisvert JM. Treatment of pathological gamblers: an experimental study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1994 ; 25 (4) : 275-82.
  - 20 - Toneatto T, Ladouceur R. Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychol Addict Behav.* 2003 ; 17 (4) : 284-92.
  - 21 - Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 ; 11 : CD008937.
  - 22 - Yakovenko I, Quigley L, Hemmelgarn BR, Hodgins DC, Ronskley P. The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addict Behav.* 2015 ; 43 : 72-82.
  - 23 - Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behav Res Ther.* 2003 ; 41 (5) : 587-96.
  - 24 - Smith DP, Battersby MW, Harvey PW, Pols RG, Ladouceur R. Cognitive versus exposure therapy for problem gambling: randomised controlled trial. *Behav Res Ther.* 2015 ; 69 : 100-10.
  - 25 - Paulson S, Davidson R, Jha A, Kabat-Zinn J. Becoming conscious: the science of mindfulness. *Ann NY Acad Sci.* 2013 ; 1303 : 87-104.
  - 26 - Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003 ; 84 (4) : 822-48.
  - 27 - Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *J Res Personal.* 2009 ; 43 (3) : 374-85.
  - 28 - Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res.* 2011 ; 191 (1) : 36-43.
  - 29 - Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2011 ; 31 (6) : 1032-40.
  - 30 - Kabat-Zinn J, Hanh TN. Full Catastrophe living: using the wis-



dom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New edition. New York, NY : Delta ; 1990.

31 - Segal ZV, Williams J, Mark G, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York, NY : Guilford Press ; 2002.

32 - Dakwar E, Mariani JP, Levin FR. Mindfulness impairments in individuals seeking treatment for substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2011 ; 37 (3) : 165-9.

33 - Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide. 1<sup>st</sup> ed. New York, NY : Guilford Press ; 2010.

34 - Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988 ; 56 (6) : 893-7.

35 - Zgierska A, Rabago D, Chawla N, Kushner K, Koehler R, Marlatt A. Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Subst Abuse*. 2009 ; 30 (4) : 266-94.

36 - Skanavi S, Laqueille X, Aubin HJ. Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie. *L'Encéphale*. 2011 ; 37 (5) : 379-87.

37 - Chiesa A, Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst Use Misuse*. 2014 ; 49 (5) : 492-512.

38 - Brewer JA, Sinha R, Chen JA, Michalsen RN, Babuscio TA, Nich C, et al. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Subst Abuse*. 2009 ; 30 (4) : 306-17.

39 - Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*. 2010 ; 78 (3) : 362-74.

40 - Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addict Behav*. 2013 ; 38 (3) : 1852-8.

41 - Grow JC, Collins SE, Harrop EN, Marlatt GA. Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addict Behav*. 2015 ; 40 : 16-20.

42 - Amaro H, Spear S, Vallejo Z, Conron K, Black DS. Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention intervention for culturally-diverse, low-income women in substance use disorder treatment. *Subst Use Misuse*. 2014 ; 49 (5) : 547-59.

43 - Carpentier D, Romo L, Bouthillon-Heitzmann P, Limosin F. Résultats préliminaires d'un groupe de pleine conscience (Mindfulness) chez des patients alcoolodépendants. *L'Encéphale*. 2015 ; 41 (6) : 521-6.

44 - Ladouceur R. Perceptions among pathological and nonpathological gamblers. *Addict Behav*. 2004 ; 29 (3) : 555-65.

45 - Lakey CE, Campbell WK, Brown KW, Goodie AS. Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcomes. *Personal Individ Differ*. 2007 ; 43 (7) : 1698-710.

46 - Riley B. Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *J Gamb Stud*. 2014 ; 30 (1) : 163-71.

47 - Chen P, Jindani F, Perry J, Turner NL. Mindfulness and problem gambling treatment. *Asian J Gamb Issues Public Health*. 2014 ; 4 (1) : 2.

48 - Toneatto T, Pillai S, Courtice EL. Mindfulness-enhanced cognitive behavior therapy for problem gambling: a controlled pilot study. *Int J Ment Health Addict*. 2014 ; 12 (2) : 197-205.

49 - Christensen DR, Dowling NA, Jackson AC, Brown M, Russo J, Francis KL, et al. A proof of concept for using brief dialectical behavior therapy as a treatment for problem gambling. *Behav Change*. 2013 ; 30 (2) : 117-37.

50 - McIntosh CC, Crino RD, O'Neill K. Treating problem gambling samples with cognitive behavioural therapy and mindfulness-based interventions: a clinical trial. *J Gamb Stud*. 2016 ; 1-21.

51 - Maynard BR, Wilson AN, Labuzienski E, Whiting SW. Mindfulness-based approaches in the treatment of disordered gambling: a systematic review and meta-analysis. *Res Soc Work Pract*. 2015 ; October 16 : 1049731515606977.

52 - de Lisle SM, Dowling NA, Allen JS. Mindfulness and problem gambling: a review of the literature. *J Gamb Stud*. 2012 ; 28 (4) : 719-39.

## ANNONCES



Clinique des Essarts

## CLINIQUE MÉDICALE DES ESSARTS

*Alcoologie et Addictions*

Rue du mur Crénelé – 76530 GRAND-COURONNE

(10 km de ROUEN)

Tél. : 02 32 11 49 00 – Fax : 02 35 67 28 89

PDG : Lylia CADET

*Établissement conventionné de 88 lits mixtes*

20 lits de Médecine – 68 lits de Soins de suite

*Équipe pluridisciplinaire* assurant l'ensemble de la prise en charge somatique, psychologique et sociale.

*Service de soins ambulatoire et consultations externes*

Tél. : 02 32 11 49 04 – Fax : 02 32 11 49 50

## Tarif des Annonces classées

au 1<sup>er</sup> janvier 2016

Format (mm)		Tarif TTC (€)
1 page	L 170 x H 230	3 300
1/2 page	L 170 x H 110	1 030
1/3 page	L 170 x H 70	885
1/4 page	L 85 x H 110	765
1/6 page	L 85 x H 75	485

*Une remise de 28 % est accordée aux établissements de soins*

Contact : **PRINCEPS Éditions**

Route de Toulvern, 56870 Baden

Tél. : 06 62 19 72 15 – princeps.gdumas@orange.fr