

2015-2016

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

### IMPACT DE LA MINDFULNESS-BASED RELAPSE PREVENTION SUR LES TROUBLES ÉMOTIONNELS DE SUJETS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL

**LAURENT-DABOUIS Élodie**

Née le 14 mai 1987 à Château-Gontier (53)

Sous la direction Mme BRIÈRE Marie

Membres du jury

Mme le Professeur GOHIER Bénédicte | Président

Mme le Docteur BRIÈRE Marie | Directeur

Mr le Professeur GARRÉ Jean-Bernard | Membre

Mr le Professeur BALLON Nicolas | Membre

Soutenue publiquement le :  
19 Octobre 2016



UFR SANTÉ



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) LAURENT-DABOUI Elodie  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **19/09/2016**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

---

**Directeur de l'UFR :** Pr Isabelle RICHARD

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie :** Pr Frédéric LAGARCE

**Directeur du département de médecine :** Pr Nicolas LEROLLE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline  
TRICAUD Anne  
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion  
Biologie cellulaire  
Pharmacologie

Médecine  
Pharmacie  
Médecine

#### AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane  
AUTRET Erwan  
BRUNOIS-DEBU Isabelle  
CAVAILLON Pascal  
CHIKH Yamina  
FISBACH Martine  
LAFFILHE Jean-Louis  
LETERTRE Elisabeth  
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique  
Anglais  
Anglais  
Pharmacie Industrielle  
Économie-Gestion  
Anglais  
Officine  
Coordination ingénierie de formation  
Anglais

Médecine  
Médecine  
Pharmacie  
Pharmacie  
Médecine  
Médecine  
Pharmacie  
Médecine  
Médecine

**À Madame le Professeur Gohier,**

Je tiens à vous remercier sincèrement d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Je tiens également à vous témoigner ma profonde reconnaissance pour votre accompagnement et votre soutien durant mes années d'internat. Votre ouverture d'esprit face aux nouvelles découvertes scientifiques m'a permis d'élargir mes horizons d'intérêt.

**À Madame le Docteur Brière,**

Un grand merci pour avoir accepté de diriger ma thèse.  
Ton soutien ainsi que tes conseils m'ont été précieux ;

**À Monsieur le Professeur Garré,**

Je vous remercie de faire partie de mon jury de thèse.  
Veuillez trouver ici ma gratitude et mon respect pour l'enseignement que vous nous avez transmis tout au long de ces années.

**À Monsieur le Professeur Ballon,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance d'avoir su vous rendre disponible pour apporter votre expertise à ce travail.

**À Madame Lambert Martine,**

Je tiens à te remercier sincèrement pour ta présence tout au long de l'étude.  
Merci pour ta bienveillance, ton professionnalisme et la richesse de ton enseignement.  
Tu as su me faire partager ta passion et ton intérêt pour la pleine conscience.

**À Madame le docteur Dano, à Madame Lavoine, à Stéphanie,**

Merci d'avoir facilité et accepté ce projet d'étude.



# REMERCIEMENTS

**À Thomas**, pour sa présence et son soutien inconditionnel durant toutes ces années

**À Gabriel et Jeanne**, pour leurs précieux sourires et leur patience

**À mes Parents**, pour leur appui et leur confiance

**À Patrick, Monique, Cyrille, Adeline, Laurence, Vincent, Karine, Jean-François, Marie, Ludovic, et les Enfants**, pour tout ce qui nous relie

**À mes grands-parents, à Nadine et Pascal**, pour leurs encouragements

**À mes amis**, pour tous ces moments de détente qui ont ponctué ce chemin

**À Laure et Frédéric**, pour leur relecture active et leur soutien

**À mes camarades de D.E.S.**, pour ces souvenirs heureux partagés

**Aux Psychiatres et Médecins Généralistes de l'EPSM de la Sarthe**,

Je vous suis reconnaissante pour votre enseignement qui a participé à ma formation.

J'ai beaucoup appris à vos côtés tant professionnellement qu'humainement.

Merci de me faire confiance et de m'accueillir parmi vous.

## Liste des abréviations

[illegible]

## **Plan**

### **RÉSUMÉ**

### **INTRODUCTION**

1. Les troubles émotionnels
2. La pleine conscience

### **MÉTHODES**

1. Population
2. Outils
3. Procédure
4. Statistiques

### **RÉSULTATS**

1. Données socio-démographiques
2. Comparaisons avant/après
3. Évolution des sujets présentant un trouble émotionnel avant le groupe
4. Évolution des profils de consommation
5. Corrélations
6. Étude des sous-groupes

### **DISCUSSION**

### **CONCLUSION**

### **BIBLIOGRAPHIE**

### **LISTE DES FIGURES**

### **LISTE DES TABLEAUX**

### **TABLE DES MATIERES**

# **IMPACT DE LA MINDFULNESS-BASED RELAPSE PREVENTION SUR LES TROUBLES ÉMOTIONNELS DE SUJETS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE L'USAGE D'ALCOOL**

## **Laurent-Dabouis Elodie**

Interne de Psychiatrie, EPSM de la Sarthe, 20 avenue du 19 mars 1962, 72703 Allonnes Cedex, France

## **Brière Marie**

Praticien des Hôpitaux, Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU d'Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9, France

## **Lambert Martine**

Psychologue, Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU d'Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9, France

## **Gohier Bénédicte**

Professeur des Universités-Praticien des Hôpitaux, Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU d'Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9, France

## **Garré Jean-Bernard**

Professeur des Universités-Praticien des Hôpitaux, Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU d'Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers Cedex 9, France

## **Tocanier Laure**

Praticien Hospitalier Contractuel, EPSM de la Sarthe, 20 avenue du 19 mars 1962, 72703 Allonnes Cedex, France

## **RÉSUMÉ**

**Introduction.** Le lien entre altérations émotionnelles et trouble de l'usage d'alcool est connu. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'évolution des niveaux d'alexithymie et de conscience émotionnelle au décours d'une prise en charge de type Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) chez des sujets suivis pour trouble de l'usage d'alcool. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution du score d'anxiété, du score de dépression et de la consommation d'alcool.

**Patients et Méthodes.** L'échantillon était composé de 32 sujets suivis au CHU d'Angers pour trouble de l'usage d'alcool et initiant un programme de MBRP dans ce contexte. L'alexithymie était évaluée par la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) et le niveau de conscience émotionnelle était mesuré par le LEAS (Levels of Emotional Awareness Scale). Les symptômes dépressifs étaient estimés par la BDI (Beck Depression Inventory) et les symptômes anxieux par la STAI (State Trait Inventory Anxiety).

**Résultats.** On retrouvait une amélioration significative de la TAS-20 ( $p=0,0003$ ), de la LEAS ( $p<0,0001$ ), de la BDI ( $p<0,0001$ ) et de la STAI A ( $p=0,0039$ ). On constatait également une diminution de la consommation d'alcool ( $p=0,0804$ ).

**Conclusion.** La MBRP permet une amélioration de l'alexithymie, de la conscience émotionnelle et une diminution des scores de dépression et d'anxiété. C'est un outil thérapeutique intéressant pour la prise en charge des perturbations émotionnelles dans le trouble de l'usage d'alcool, particulièrement chez la population présentant des troubles co-occurents.

# **INTRODUCTION**

## [1. Les troubles émotionnels](#)

La prise en charge psychothérapeutique des déficits émotionnels, en particulier l'alexithymie, est un axe de recherche actuel pour le trouble de l'usage d'alcool (TUA).

L'alexithymie est définie comme une difficulté à identifier ses émotions, à les distinguer des sensations physiques et à les communiquer à autrui. Elle se détermine aussi par une vie fantasmatique pauvre, le sujet se tournant plutôt vers une pensée concrète axée vers l'extérieur (1).

Cette définition peut être complétée par la théorie de Lane, où l'alexithymie correspondrait à un arrêt développemental précoce aux premiers stades du modèle de conscience émotionnelle.

La conscience émotionnelle (CE), inspirée des théories du développement cognitif de Piaget et de Werner, est caractérisée comme la capacité à se représenter son vécu émotionnel et celui d'autrui (2). Le modèle cognitivo-comportemental discrimine plusieurs niveaux de conscience émotionnelle. Ils sont caractérisés par l'évaluation de l'état subjectif, par la description du vécu émotionnel et par le degré de différenciation des émotions. Le processus émotionnel suivrait ainsi un axe de maturation structuré autour de cinq étapes allant de la perception indifférenciée des sensations physiques à la représentation d'expériences émotionnelles complexes. L'alexithymie, résultat d'un arrêt prématuré de ce mouvement, est assimilée à un déficit de conscience émotionnelle (3).

Le lien entre déficits émotionnels et consommation d'alcool est suggéré par de nombreuses données.

Tout d'abord, il existerait une corrélation entre la consommation d'alcool et les troubles émotionnels (4, 5, 6, 7).

De plus, la prévalence de l'alexithymie est nettement plus élevée chez les patients dépendants à l'alcool (48 à 63 % contre 20,7 % en population générale (8, 9)). Elle est également plus élevée dans le TUA que dans les autres addictions (telles que la toxicomanie ou les troubles du comportement alimentaire) (8).

La gravité de l'alexithymie est dépendante de la sévérité de la dépendance alcoolique, de la fréquence des consommations ainsi que de la quantité d'alcool consommée (4, 10, 11).

Les facteurs de cause à effet entre alexithymie et TUA restent discutés.

Pour certains auteurs, elle prédisposerait au TUA, tel un facteur primaire.

Par exemple, De Rick et al. relie cette perturbation émotionnelle à un attachement insécure (12). D'autres études retrouvent un lien entre alexithymie et dysfonctionnements du lobe frontal (en zone para-cingulaire gauche), ce qui se traduirait par un affaiblissement des facultés d'auto-contrôle et une prédisposition au TUA (13,14).

Par ailleurs, la consommation de substance pourrait être assimilée à une tentative de régulation des affects douloureux (10,15). En effet, l'alexithymie serait associée à un taux d'affects négatifs plus élevé (16) et moins bien toléré (17). Les stratégies de régulation émotionnelle y seraient moins opérantes (18).

Les difficultés de reconnaissance émotionnelle pour soi et pour autrui représentent un frein au partage social des émotions et aux différentes interactions. Chez le sujet alexithymique, la consommation d'alcool deviendrait un moyen d'intégration sociale. L'individu chercherait à se sentir plus confiant, plus amical et à faciliter l'expression de ses affects (19).

Enfin, boire permettrait d'évacuer la frustration liée aux perturbations émotionnelles (20).

L'alexithymie peut également être considérée comme secondaire.

Elle serait liée au stress émotionnel engendré par la consommation (21).

Elle pourrait être induite par l'anxiété et la symptomatologie dépressive générées par la conduite addictive (22, 23). Elle deviendrait une stratégie de coping ou pour faire face, de manière à s'adapter à une situation stressante (24).

Sur le plan thérapeutique, l'alexithymie apparaît comme un facteur pronostic défavorable du TUA, majorant le risque de rechute alcoolique (9, 25).

Les facteurs évoqués pour expliquer ce constat sont : un craving plus intense, des pensées intrusives plus fréquentes, un engagement moindre au traitement et une moins bonne alliance thérapeutique (26,27).

Ainsi, bien que sa place exacte reste controversée, l'alexithymie se dévoile comme un élément important de la prise en charge thérapeutique du TUA.

## [2. La pleine conscience](#)

Il est maintenant montré qu'en population psychiatrique comme en population générale, la méditation en pleine conscience a une action sur la régulation émotionnelle (28). Son intervention est décrite sur le plan fonctionnel, neurobiologique et clinique (29).

On sait qu'un bas niveau de pleine conscience est associé à des troubles émotionnels (29, 30). Néanmoins, peu de travaux ont été réalisés en addictologie.

Intégrée dans la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales, la mindfulness travaille le rapport qu'entretient le sujet avec ses pensées et ses émotions grâce à l'utilisation d'outils de pleine conscience.

En 2011, une revue de la littérature montrait une supériorité de la pleine conscience par rapport aux traitements de référence dans le TUA, ainsi qu'une réduction de la



consommation chez les sujets non abstinents (31). Elle se révèle particulièrement efficace pour la gestion des pensées automatiques (32) et du craving (31, 33). Elle diminue également la symptomatologie dépressive (31, 33) et anxieuse (34, 35). La MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention), issue du programme MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), correspond au programme élaboré spécifiquement en addictologie.

Les études utilisant ce programme montrent : une baisse significative des envies à moyen terme ainsi qu'une augmentation de la capacité d'acceptation (36), une baisse des réponses au stress (37) et une diminution quantitative des consommations (34, 35, 36, 38). Cette technique développe un état de conscience métacognitive permettant de prendre du recul (39, 40), compétence importante dans la prévention de la rechute. Le sujet est incité à reconnaître et à observer son ressenti corporel et émotionnel. Plutôt que de fuir ses idées ou de s'engager dans des comportements automatisés de consommation, le sujet est encouragé à accepter ses pensées de façon bienveillante.

Or l'impact de la MBRP sur les troubles émotionnels en addictologie a peu été étudié.

Nous avons posé l'hypothèse d'une amélioration de l'alexithymie après un programme de MBRP chez des sujets présentant un TUA.

S'appuyant sur la théorie de Lane et al. selon laquelle l'alexithymie correspondrait à une interruption développementale du processus de conscience émotionnelle, notre travail avait pour spécificité d'utiliser deux questionnaires afin d'évaluer plus objectivement l'effet du programme sur les troubles émotionnels.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution du niveau d'anxiété, du niveau de dépression et de la consommation d'alcool.

# **MÉTHODE**

## 1. Population

Notre étude a été menée au CHU d'Angers auprès de patients suivis en hospitalisation de jour ou en ambulatoire pour TUA. Ils répondaient aux critères d'inclusion suivants : sujet âgé de plus de 18 ans, suivi en ambulatoire ou hôpital de jour au CHU d'Angers pour trouble de l'usage d'alcool et participant à un programme de type MBRP dans ce cadre. Nous avons exclu les sujets présentant un éthylomètre positif lors des évaluations neuropsychologiques, les sujets ayant une mesure de protection en cours et les sujets refusant de participer à l'étude.

## 2. Outils

Pour répondre à nos objectifs, nous avons utilisé les outils méthodologiques suivants :

- Un questionnaire initial élaboré pour recueillir les principales données socio-démographiques (sexe, âge), le traitement en cours, l'existence de co-addiction, le type de prise en charge (ambulatoire ou hôpital de jour), les caractéristiques de la consommation d'alcool (abstinence, date de sevrage, consommation quantifiée), les critères de dépendance selon le DSM 5 et les critères de gravité. Un deuxième questionnaire évaluait la consommation déclarée d'alcool après le programme.

- La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) est une échelle d'auto-évaluation de l'alexithymie à 20 items qui est constituée d'un score total et de trois facteurs (la difficulté à identifier ses sentiments et à les distinguer des sensations corporelles, la difficulté à décrire ses sentiments et l'orientation de la pensée vers l'extérieur). On parle d'alexithymie pour un

score de TAS-20>56, le test est négatif pour un score de TAS-20<44. Entre ces deux valeurs, le test ne permet pas de se prononcer (41).

- Le Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) est un questionnaire projectif, permettant de mesurer la capacité à décrire l'éprouvé émotionnel personnel et d'autrui à partir de 20 situations mettant en scène deux personnes. La cotation s'appuie sur l'analyse du contenu verbal des réponses. On définit un bas niveau de conscience émotionnelle pour une LEAS<51 et un haut niveau de conscience émotionnelle pour une LEAS>72. Le score moyen obtenu par Lane et al. est de 61,79 (2).

- L'échelle abrégée de Beck (BDI) est une échelle d'auto-évaluation qui comporte 13 items gradués de 0 à 3 évaluant la symptomatologie dépressive. 0-4 : pas de dépression, 4-7 : dépression légère, 8-15 : dépression modérée, 16 et plus : dépression sévère (42).

- Le Montréal Cognitiv Assessment (MoCA) est un outil de dépistage de troubles cognitifs couramment utilisé en addictologie, considéré comme normal lorsqu'il est supérieur ou égal à 26 (43).

- L'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger (STAI A et B) est un auto-questionnaire destiné à évaluer l'anxiété-trait et l'anxiété-état au travers de 20 items avec une cotation allant de 20 à 80 points (44).

- Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) est un entretien diagnostique structuré explorant de façon standardisée chacun des critères nécessaires à l'établissement des principaux diagnostics psychiatriques tels qu'ils sont définis dans le DSM IV.

### 3. Procédure

Les patients répondant aux critères d'inclusion ont répondu au questionnaire initial et ont été évalués par la TAS-20, le LEAS, la BDI, la STAI A, le MINI et le MoCA avant de bénéficier du programme de type MBRP.

La MBRP (28) est un programme de prévention de la rechute, appartenant aux MBI (interventions basées sur la pleine conscience). Il intègre à la fois des outils de prévention de rechute cognitivo-comportementaux et des outils de pleine conscience. Ce programme s'adresse à des groupes de huit personnes maximums et comprend huit séances. Chaque séance est animée par un instructeur et dure environ 2h30.

Après le programme, une nouvelle passation avec la TAS-20, le LEAS, la BDI et la STAI A évaluait le niveau d'alexithymie, de conscience émotionnelle, d'anxiété et de dépression. La consommation d'alcool déclarée était relevée.

Sur le plan éthique, notre étude a reçu la validation d'un comité d'éthique du CHU d'Angers. Un formulaire d'information a été délivré à chaque patient.

### 4. Statistiques

Pour la description de notre échantillon, nous avons utilisé la répartition en pourcentage, la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum.

Pour tester nos hypothèses, nous avons réalisé des comparaisons entre les valeurs de la TAS-20, de la LEAS, de la STAI A, de la BDI et de la consommation d'alcool, avant (T1) et après (T2) la participation au groupe de MBRP. Pour cela, nous avons utilisé : la moyenne, l'écart-type, le test t de student ou w de wilcoxon.

La recherche de lien entre deux variables quantitatives a été réalisée grâce à l'aide d'une corrélation de Pearson (r).

# **RÉSULTATS**

## 1. Données socio-démographiques

Quarante sujets ont été inclus : 32 sujets ont bénéficié de l'ensemble du programme, 5 ont abandonné au cours de l'étude et 3 ont été perdus de vue.

Les sujets du groupe étaient âgés de 32 à 72 ans ( $M = 51,88$ ,  $ET = 10,36$ ). La répartition était de 46,9% de femmes et 53,1% d'hommes. Les trois quarts des sujets prenaient un traitement psychotrope (75%) et présentaient une co-addiction (tabac inclus) (71,9%).

Les résultats de la passation de la MINI suggéraient un fort taux de comorbidités psychiatriques (56 % de trouble de l'humeur, 65 % de troubles anxieux, 3 % de trouble psychotique) ainsi qu'une proportion plus faible de co-addiction (16% d'abus de substance et 6% de TCA).

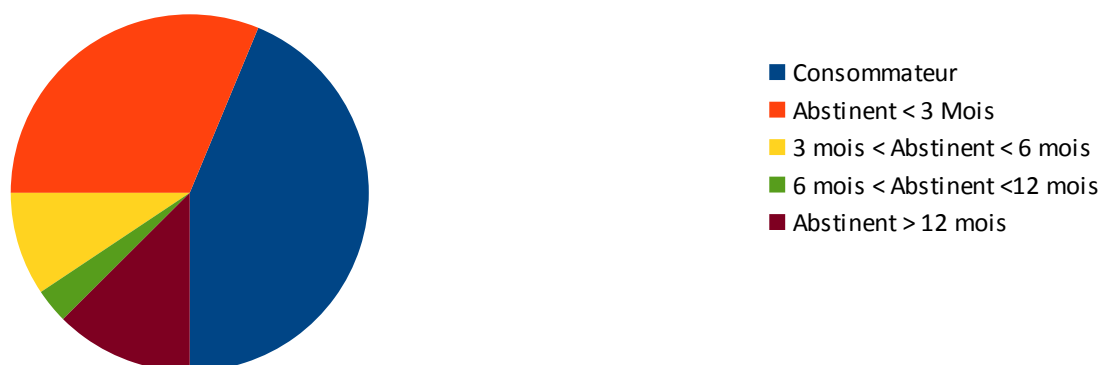
Cinq sujets présentaient un MoCA inférieur à 26.

Les patients ont participé en moyenne à 7,3 séances de MBPR (max=8, min=5).

Le profil de consommation d'alcool avant le début du groupe était assez polymorphe bien que la répartition abstinents/ consommateurs soit globalement équilibrée (18 sujets abstinents et 14 sujets consommateurs avec un TUA) (Cf figure 1).

**Figure 1**

Répartition des participants selon leur mode de consommation



Par ailleurs, les caractéristiques évolutives du trouble de l'usage de l'alcool de l'ensemble des sujets étaient hétérogènes (cf Tableau I).

**Tableau I**

**Caractéristiques du TUA des sujets inclus**

	Moyenne	Ecart-type
Durée du TUA*	16,72	10,77
Nombre de sevrages hospitaliers	4,78	7,18
Nombre de critères de trouble lié à l'usage**	7,66	2,44
Nombre de critères de gravité***	2,81	1,17

- ◆ \*en années
- ◆ \*\* définis selon le DSM 5 à partir de 11 critères
- ◆ \*\*\*critères allant de 0 à 5, et prenant en compte les dommages organiques, les pathologies psychiatriques induites, les conséquences socio-professionnelles, relationnelles et judiciaires

## 2. Comparaison Avant/Après

Le tableau ci-après présente les résultats principaux des échelles d'évaluation avant et après la participation au groupe (cf Tableau II).

**Tableau II**

**Comparaison des scores obtenus à la TAS-20, à la LEAS, au BDI, à la STAI A et comparaison de la consommation d'alcool avant et après la participation au programme MBRP.**

	Moyenne T1**	Écart- type	Moyenne T2***	Écart- type	Student/ Wilcoxon	P-Value	Taille d'effet
TAS 20	54,2	12,67	48,30	10,14	t=4,05	0,0003*	-0,52
LEAS	52,30	4,82	58,80	6,90	t=-5,88	<0,0001*	1,09
BDI	8,90	5,53	4,8	4,06	t=4,8	<0,0001*	-0,84
STAI A	41,7	13,49	33,80	11,19	t=3,12	0,0039*	-0,63
Quantité alcool ****	14,90	35,66	8,60	19,11	w=71	0,0804	-1,09

- ◆ \* Résultats significatifs à  $p < 0,05$
- ◆ \*\* T1= avant le groupe
- ◆ \*\*\* T2=après le groupe
- ◆ \*\*\*\* Quantité d'alcool en unités par semaine

### 3. Évolution des sujets présentant un trouble émotionnel avant le groupe

Dans notre échantillon, la proportion initiale de sujets alexithymiques est de 43,8% et la proportion de faible niveau de conscience émotionnelle est de 31,3%.

L'évolution du nombre de sujets alexithymiques et de sujets avec un bas niveau de conscience émotionnelle est présentée ci-dessous (Cf Tableau III).

**Tableau III**

**Évolution du nombre de sujets alexithymiques et de sujets avec un bas niveau de conscience émotionnelle avant et après la participation au groupe MBRP.**

	Avant le groupe	Après le groupe
Nombre de sujets alexithymiques (TAS-20>56)	14	7
Nombre de sujets ayant un bas niveau de conscience émotionnelle (LEAS<51)	10	4

Parmi les 14 sujets alexithymiques à T1, on retrouve une amélioration significative du score de la TAS-20 à T2 ( $p=0,0006$ , à T1 moyenne=65,64 et écart-type=7,44 ; et à T2 moyenne=53,93 et écart-type=8,38).

Parmi les 10 sujets avec un bas niveau de CE à T1, on retrouve une amélioration significative du score de la LEAS à T2 ( $p=0,0188$ , à T1 moyenne=46,9 et écart-type=2,73 ; à T2 moyenne=54,3 et écart-type=8,06).



#### 4. Évolution du profil de consommation

Parmi les participants au groupe MBRP, 14 sujets ont maintenu l'abstinence (sur les 18 patients initiaux).

Quatre sujets abstinents ont recommencé à consommer. Ces derniers présentaient tous une abstinence de moins de 6 mois.

Deux sujets consommateurs sont devenus abstinents pendant le programme.

Douze sujets ont poursuivi leur consommation d'alcool dont 7 personnes qui ont diminué leur consommation d'alcool et 5 personnes qui ont maintenu la même consommation.

#### 5. Corrélations (= r)

On ne retrouve pas de corrélation entre les échelles d'évaluation émotionnelle et le niveau de consommation d'alcool quel que soit le moment de l'investigation (cf Tableau IV). Il n'est donc pas mis en évidence de lien entre la consommation d'alcool et les compétences émotionnelles évaluées par la TAS-20 et la LEAS.

#### **Tableau IV**

##### **Synthèse des résultats de l'analyse de corrélation entre la TAS-20, la LEAS et la consommation d'alcool.**

	TAS-20 à T1	TAS-20 à T2	LEAS à T1	LEAS à T2
Consommation d'alcool à T1	-0,14	0,1	0,15	-0,01
Consommation d'alcool à T2	-0,19	0,04	0,24	0,04

- ◆ T1= avant le groupe
- ◆ T2= après le groupe
- ◆ Consommation d'alcool en unités par semaine

Le niveau de consommation d'alcool après le groupe est corrélé au score de BDI ( $r=0,48$ ). Ainsi, plus la personne consomme, plus le niveau de dépression est important.

On retrouve une corrélation positive entre la gravité des symptômes dépressifs (BDI) et anxieux (STAI A) avant ( $r=0,69$ ) et après le groupe ( $r=0,73$ ). De même, plus le sujet est déprimé, plus il a une symptomatologie anxieuse importante.

## 6. Étude des sous-groupes

1. Sous-groupe intensité de la dépression : on retrouve une efficacité de la thérapie avec une diminution du score de BDI plus importante chez les sujets présentant une dépression initiale modérée, avec une diminution significative de la consommation d'alcool dans ce sous-groupe ( $w=48,5$  avec  $p=0,037$ ).
2. Sous-groupe sexe : la diminution de la BDI est plus importante chez les femmes (6 points contre 2 points chez les hommes,  $p=0.02$ ). La diminution de la STAI A est plus importante chez les femmes (13 points contre 3 points,  $p=0.04$ ).

## **DISCUSSION**

Bien que de nombreux articles se soient déjà intéressés à la pleine conscience comme levier thérapeutique, la littérature commence juste à envisager les enjeux et les mécanismes d'action liés à la pratique de la MBRP en addictologie.

Les résultats de notre étude vont dans le sens d'une amélioration significative des scores d'alexithymie ( $p=0,0003$ ) et de conscience émotionnelle ( $p<0,0001$ ) après la participation au programme de MBRP. Notre hypothèse initiale est confirmée. Cette évolution positive se manifeste cliniquement par une diminution de plus de la moitié du nombre de sujets considérés alexithymiques ou avec un bas niveau de conscience émotionnelle. L'utilisation d'auto-évaluation (la TAS-20) et d'hétéro-évaluation (le LEAS) permet d'obtenir des résultats moins subjectifs, qui confirment de manière complémentaire une amélioration des troubles émotionnels dans notre échantillon. Ainsi les outils proposés par la MBRP permettent aux sujets alcoolodépendants de se recentrer sur leur éprouvé émotionnel, de mieux décrire leurs ressentis et leurs perceptions tout en ayant une meilleure représentation de leurs sentiments et de ce qu'ils projettent pour autrui.

En effet, l'auto-observation, le développement d'une attention soutenue empreinte de curiosité et l'inhibition de l'élaboration réactionnelle sont autant de caractéristiques qui définissent la pleine conscience (45). Ces compétences sont acquises avec le programme de MBRP (39) et peuvent expliquer ici l'amélioration des scores d'alexithymie et de conscience émotionnelle. La connaissance du traitement délivré par les sujets et par l'investigateur représente toutefois un biais potentiel à cette étude. De plus, les patients inclus poursuivant tous un suivi en parallèle du groupe, une autre des limites correspond à l'absence de groupe témoin.

La proportion de sujets présentant une alexithymie dans notre échantillon (43,8%) est proche de celle retrouvée chez les abstinents récents (9). De même, la moyenne du score initial à la LEAS dans notre population, se rapprochait de ceux retrouvés par Bochand et al. (5) chez leur groupe d'abstinents récents. Ces résultats peuvent être mis en lien avec le fait que plus de la moitié de notre échantillon était abstinent au moment de la passation de l'échelle.

Notre étude ne retrouve pas de corrélation entre la LEAS, la TAS et la consommation d'alcool. Ces résultats divergent de ceux de la littérature (4, 5, 6, 7) qui ont déjà démontré l'influence de l'alexithymie et de la conscience émotionnelle sur le processus addictif. Le faible nombre de patients inclus et la grande diversité des profils de consommation représentent une limite à nos résultats et peuvent expliquer cette dissonance.

Concernant la consommation d'alcool, on remarque une diminution globale de la consommation qui est significative à  $p < 0,10$ . Une étude contrôlée développée à plus grande échelle ainsi qu'un temps de suivi plus élargi permettrait d'obtenir des données plus précises et plus fiables. On notera le taux intéressant de maintien de l'abstinence ainsi que la diminution de la consommation chez plus de la moitié des consommateurs d'alcool, ce qui vient confirmer les observations de Carpentier et al. (35). Ces résultats renforcent l'efficacité du programme MBPR dans la prévention de la rechute alcoolique mais lui soulèvent aussi des perspectives dans les stratégies de réduction des risques.

Les données retrouvent une amélioration significative des symptômes anxieux ( $p = 0,0039$ ) et dépressifs ( $p < 0,0001$ ). Ces résultats restent à modérer car 75% des patients suivaient un traitement antidépresseur, thymorégulateur ou anxiolytique en parallèle du programme. Toutefois, cela se rapproche des résultats de l'étude de Carpentier et al. (35) qui mettait en évidence une baisse significative de l'anxiété état et trait chez des patients alcoolodépendants après la réalisation d'un groupe de MBRP. Zgierska et al (34) retrouvaient

pareillement une baisse de l'anxiété et du stress perçu après les séances de MBRP. Parmi les mécanismes évoqués pour comprendre cette diminution, on peut poser l'hypothèse d'une meilleure gestion du craving et d'une diminution de la réactivité émotionnelle (39,35). En effet, le développement de la compétence d'acceptation bienveillante par la pleine conscience permettrait d'atténuer la signification accordée aux affects négatifs tel un travail de désensibilisation (45,46).

On retrouve par ailleurs, une corrélation qui se confirme à la fin du programme, entre la gravité des symptômes anxieux et dépressifs. L'étude met en évidence une amélioration significative des symptômes dépressifs après le programme de MBRP, ce qui avait déjà été souligné dans la littérature (34, 35). L'amélioration des déficits émotionnels, la baisse de la consommation d'alcool ou le maintien de l'abstinence constatés dans notre échantillon sont des facteurs importants au plan thymiques. Ils peuvent influencer le niveau dépressif, tel que cela a déjà pu être décrit (47). La littérature met aussi en évidence d'autres mécanismes pouvant interagir sur la thymie de patients souffrant d'addiction après un programme de MBRP. La baisse des pensées automatiques négatives et l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle font parties des pistes évoquées (35).

Selon nos résultats, on note une efficacité plus probante du programme dans le cas des dépressions modérées et chez les femmes.

L'existence de disparités selon le genre dans le traitement émotionnel est connue, avec une sensibilité féminine particulière aux situations émotionnelles négatives (48). Nos résultats posent la question d'une plus grande réceptivité des femmes aux outils psychothérapeutiques de MBRP. Cet effet de genre demande à être confirmé et explicité par des explorations complémentaires.

Le déséquilibre entre le nombre de patients présentant un MOCA supérieur et inférieur à 26, n'a pas permis d'étudier l'impact de ce facteur sur l'efficacité de la prise en charge.

Nos données confortent l'intérêt de développer les prises en charge intégrées des comorbidités en addictologie. Il semble également intéressant de se pencher plus avant sur les caractéristiques cliniques et socio-démographiques des sujets les plus à même de bénéficier de ce programme afin de cibler et d'orienter la prise en charge en MBPR.

## **CONCLUSION**

La MBRP apparaît comme un outil thérapeutique prometteur en addictologie. En effet, son intérêt dans la prévention de la rechute est confirmé. Mais il semble que ce programme puisse également apporter une utilité dans les troubles associés au TUA, notamment chez les sujets présentant des déficits émotionnels, un trouble dépressif ou un trouble anxieux. Par ailleurs, l'adaptation de ce programme auprès de sujets démarrant une démarche de réduction des risques apparaît comme une piste de recherche envisageable au vu de nos résultats et des études cliniques menées ces dernières années.

Il semblerait que les femmes et les sujets modérément déprimés répondent mieux au programme.

Des recherches plus approfondies (au travers d'études contrôlées avec un grand échantillon) étudiant l'impact des critères socio-démographiques, du niveau cognitif, des différents types de comorbidités et de leurs intensités symptomatiques, s'avéreraient utiles pour définir la population la plus susceptible de bénéficier de ce type de programme.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*. 1991 ; 32 (2):153-164.
- (2) Lane RD, Quinlan DM, Schwartz GE. The Levels of Emotional Awareness Scale: a cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*. 1990; 55 (1-2): 124-34.
- (3) Lane RD, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*. 1990 ; 144: 133-43.
- (4) Kauhanen J, Julkunen J, Salonenn J. Coping with inner feelings and stress : heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioural Medicine*. 1992 ; 18 (3) : 121-6.
- (5) Bochand L, Nandrino JL. Levels of emotional awareness in alcohol-dependent patients and abstinent alcoholics. *L'Encéphale*. 2010 ; 36(4) : 334-9.
- (6) Gandolphe MC, Nandrino JL, Hancart C, Vosgien V. Autobiographical memory and differentiation of schematic models in substance-dependent patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2013 ; 44 ; 114-121.
- (7) Carton S., Bayard S., Paget V., Jouanne C., Varescon I., Edel Y. Emotional awareness in substance-dependent patient. *Journal of Clinical Psychology*. 2010 ; 66 ; 1-12.
- (8) Guilbaud O, Loas G, Corcos M, Speranza M. L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone. *Annales médico-psychologiques*. 2002 ; 160(1) : 77-85.
- (9) Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence ? *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1995 ; 63 (3-4); 169-73.
- (10) Stasiewicz P, Bradizza C, Gudleski G, Coffey S, Schlauch R, Bailey S. The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*. 2012 ; 37 : 469-476.
- (11) Coriale G, Bilotta E, Leone L. Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse : A mediation analysis. *Addictive Behaviors*. 2012 ; 37 (1); 1224-1229.
- (12) De Rick A, Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*. 2006 ; 31 (7): 1265-1270.
- (13) Lyvers M, Onuoha R, Thorberg FA, Samios C. Alexithymia in relation to parental alcoholism, everyday frontal lobe functioning and alcohol consumption in a non-clinical sample. *Addictive Behaviors*. 2012 ; 37 ; 205-210.



- (14) Berthoz S, Artiges E, Van de Moortele PF, Poline JB, Rouquette S, Consoli SM. Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: An fMRI study of men with alexithymia. *American Journal of Psychiatry*. 2002 ; 159 ; 961–967.
- (15) Thorberg F, Young R, Lyvers M, Sullivan K, Hasking P, London ED, Tyssen R, Connor JP, Feeney GF. Alexithymia in relation to alcohol expectancies in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research*. 2016 ; 236 : 186-188.
- (16) Connelly M, Denney DR. Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007 ; 62 : 649–656.
- (17) Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hogmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2011 ; 79 : 307-318.
- (18) Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003 ; 85: 348–362.
- (19) Thoberg FA, McD. Young R, Sullivan K. Alexithymia in alcohol dependent patients is partially mediated by alcohol expectancy. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011 ; 116 (1-3); 238-241.
- (20) Young R.M, Oei TPS. The predictive utility of drinking refusal self-efficacy and alcohol expectancy: a diary-based study of tension reduction. *Addictive Behaviours*. 2000 ; 25 ; 415–421.
- (21) Gandolphe MC, Nandrino JL. Dérèglements émotionnels chez les consommateurs de substances psychoactives : une revue de la littérature. *Psychologie française*. 2012 ; 57 : 251-27.
- (22) Haviland MG, Hendryx MS, Shaw D, Henry JP. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*. 1994 ; 35 : 124–128.
- (23) Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA. The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1988 ; 49 ; 37–40.
- (24) Kristal H. Integration and self healing : affect, trauma, alexithymia. Analytic press, Hillsdale, 1989.
- (25) Loas G, Fremaux D, Otmani O, Leclerc C, Delahousse J. Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence ? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*. 1997 ; 38(5) : 296-9.
- (26) Thorberg F, Young R, Sullivan K, Lyvers M, Connor J, Feeney G. Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive Behaviors*. 2011 ; 36 : 427–430.

- (27) Cleland C, Magura S., Foote J., Rosenblum A., Kosanke N. Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005 ; 58 : 299-306.
- (28) Antonia C, Nordine T. Les effets de la mindfulness et des interventions basées sur la pleine conscience. *Pratiques Psychologiques*. 2012 ; 8(2): 147.
- (29) Mikolajczak M, Desseilles M. *Traité de régulation des émotions*. Ed. De Boeck, Paris, 2012, 249-253.
- (30) Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006 ;13 :27-45.
- (31) Skavani S, Laqueille X, Aubin HJ. Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie. *L'Encéphale*. 2011 ; 37 : 379-387.
- (32) Ostafin BD, Bauer C, Myxter P. Mindfulness decouples the relation between automatic alcohol motivation and heavy drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2012 ; 31(7):729-745.
- (33) Witkiewitz K, Bowen S. Depression, Craving and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010 ; 78(3) : 362-374.
- (34) Zgierska A, Radago D, Zuelsdorff M, and al. Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. *Journal of Addict Medicine*. 2008 ; 2(3) : 163-73.
- (35) Carpentier D, Romo L, Bouthillon-Heitzmann P, Limosin F. Résultats préliminaires d'un groupe de pleine conscience chez des patients alcoololo-dépendants. *L'Encéphale*. 2015 ; 41(6) : 521-526.
- (36) Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, and al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse*. 2009 ; 30(4) : 295-305.
- (37) Brewer JA, Sinha R, Chen JA, and al. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse : results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse*. 2009 ; 30(4) : 306-17.
- (38) Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, and 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.
- (39) Bowen S., Chawla N., Marlatt A. Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience. De Boeck, 2013, 267p
- (40) Witkiewitz K, Marlatt A, Alan G. Mindfulness-Based Relapse Prevention for alcohol and Substance use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005 ; 19(3) : 211-228.

- (41) Loas G, Fremaux D, Marchand MP. Etude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto, 20 items chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale*. 1995 ; 21 : 117-22.
- (42) Beck A.T, Beamesderfer A. Assessment of depression : The depression inventory. P. Pichot, *Modern problems in pharmacopsychiatry*, Switzerland : Karger, 1974, 151-69.
- (43) Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, and al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of American Geriatrics Society*. 2005 ; 53 : 695-699.
- (44) Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. Adaptation française de l'Inventaire d'Anxiété Trait-État Forme Y (STAI Y). Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1993.
- (45) Bishop S, Lau M, Shapiro S et al. Mindfulness : a proposed operational definition. *Clinical Psychology : science and Practice*. 2004 ;11(3) :230-241.
- (46) Kabat-Zinn J, Massion MD, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert and al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1992 ; 149 : 936-943.
- (47) Mandic-Gajic G, Samardzic R, Spiric Z. Correlation and characteristics of self-rating and clinically rating depression among alcoholics in the course of early abstinence. *Vojnosanit Pregled*. 2015 ; 72(5) :437-41.
- (48) Gohier B, Senior C, Brittain PJ, Lounes N, El-Hage W, Phillips ML, Surguladze SA. Gender differences in the sensitivity to negative stimuli : cross-modal affective priming study. *European Psychiatry*. 2013, 28(2) :74-80

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1.....11

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I.....11

Tableau II.....12

Tableau III.....13

Tableau IV.....14

# TABLE DES MATIÈRES

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>2</b>
--------------------	----------

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
--------------------------	----------

1. Les troubles émotionnels.....	3
----------------------------------	---

2. La pleine conscience.....	5
------------------------------	---

<b>MÉTHODES.....</b>	<b>7</b>
----------------------	----------

1. Population.....	7
--------------------	---

2. Outils.....	7
----------------	---

3. Procédure.....	9
-------------------	---

4. Statistiques.....	9
----------------------	---

<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>10</b>
-----------------------	-----------

1. Données socio-démographiques.....	10
--------------------------------------	----

2. Comparaisons avant/après.....	12
----------------------------------	----

3. Évolution des sujets présentant un trouble émotionnel avant le groupe.....	13
---	----

4. Évolution des profils de consommation.....	14
---	----

5. Corrélations.....	14
----------------------	----

6. Étude des sous-groupes.....	15
--------------------------------	----

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>16</b>
------------------------	-----------

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>20</b>
------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>21</b>
---------------------------	-----------

<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>25</b>
-------------------------------	-----------

<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>26</b>
--------------------------------	-----------

<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>27</b>
--------------------------------	-----------

<b>ANNEXES.....</b>	<b>28</b>
---------------------	-----------

# Annexes

## Formulaire d'information

### **ETUDE PROSPECTIVE ETUDIANT L'IMPACT DE LA MEDITATION EN PLEINE CONSCIENCE SUR L'ALEXITHYMIE ET LA CONSCIENCE EMOTIONNELLE EN ADDICTOLOGIE.**

Il s'agit d'une étude prospective recueillant des données et des évaluations neuropsychologiques (à partir d'échelles standardisées) portant sur les troubles émotionnels en addictologie avant puis après un cycle de séances de pleine conscience.

Les participants acceptent volontairement de participer à cette étude.

Leur participation n'est pas obligatoire et ils peuvent stopper leur participation à tout moment sans avoir à justifier ni encourir aucune responsabilité. Le consentement des participants ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et les participants conservent tous leurs droits garantis par la loi.

Au cours de cette étude, les participants acceptent que soient recueillies des données sur leurs réponses. Les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

L'identité des participants n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information les concernant sera traitée de façon confidentielle. Les données enregistrées à l'occasion de cette étude seront conservées dans le dossier patient du CHU d'Angers et feront l'objet d'un traitement informatisé non nominatif en conformité avec les dispositions de la loi 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment auprès du médecin responsable de l'étude.

Les patients peuvent exercer, à tout moment, un droit d'accès et de rectification de leurs données personnelles, en s'adressant auprès de E.Laurent via le secrétariat de médecine E.

## Fiche de renseignement clinique 1 (Avant le groupe)

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Date de l'examen :**

### AVANT

### APRES

#### ☐ **Abstinrent**

- date du sevrage :

- ☐ hospitalier ☐ ambulatoire

- rechute ☐ oui ☐ non.

- date de la rechute :

#### ☐ **Consommateur**

- consommation à risque ☐ oui ☐ non

- consommation actuelle :

**Durée d'évolution de l'alcoolodépendance :**

**Age du premier verre :**

**Age de la première ivresse aigue :**

**Antécédents de black-out :** ☐ oui ☐ non

**Abstinenances antérieures :** ☐ oui ☐ non

Nombre :

Durée :

**Co addictions :** ☐ oui ☐ non Type :

**Antécédents psychiatriques personnels :**

☐ oui ☐ non

Type :

**Antécédents psychiatriques familiaux :**

☐ oui ☐ non

Type :

**Antécédents familiaux d'alcoolodépendance :** ☐ oui ☐ non

Type :

**Traitements en cours :** ☐ oui ☐ non Type :

**Nombre de sevrage:**

**Critères de dépendance : .... / 11**

☐ Difficultés à accomplir ses obligations professionnelles ou familiales

☐ Usage récurrent avec mise en danger physique

☐ Persistance de l'usage en dépit des problèmes sociaux ou interpersonnels induits

☐ Tolérance (augmentation des quantités, diminution de l'effet)

☐ Signes de sevrage

☐ Augmentation des quantités consommées

☐ Désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation

☐ Temps important passé à la consommation et à se procurer le produit

☐ Abandon d'activités professionnelles, personnelles ou créatives au profit de la consommation



- Poursuite de la consommation malgré la prise de conscience de l'existence de répercussions sur le plan physique ou psychologique
- Craving

**Critères de gravité du retentissement de l'alcoolodépendance :**

**/5**

- Dommages organiques
- Pathologies psychiatriques induites
- Conséquences socio-professionnelles
- Conséquences relationnelles
- Dommages judiciaires

**1er entretien :**

**TAS 20:**

**LEAS :**

**MOCA :**

**BDI :**

**STAI :**

**MINI :**

## **Fiche de renseignement clinique 2 (Après le groupe)**

Nom, Prénom :

Ethylotest :

Evolution de la consommation (carnet de bord) depuis le début des séances de mindfulness :

Consommation actuelle :

Nombre de séances avec participation :

Prise en charge actuelle : HDJ

Ambulatoire

Impression du sujet concernant le lien entre leur pratique de la mindfulness et leur régulation émotionnelle

Pensez vous que la mindfulness vous ait permis d'améliorer la régulation de vos émotions :

- non
- oui
- ne sait pas

### **2ème entretien :**

**TAS-20 :**

**LEAS :**

**STAI YA :**

**BDI :**



**Impact de la Mindfulness-Based Relapse Prevention sur les troubles émotionnels de sujets présentant un trouble de l'usage d'alcool**

**RÉSUMÉ**

**Introduction**

Le lien entre altérations émotionnelles et trouble de l'usage d'alcool est connu. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'évolution des niveaux d'alexithymie et de conscience émotionnelle au décours d'une prise en charge de type mindfulness-based relapse prevention (MBRP) chez des sujets suivis pour trouble de l'usage d'alcool. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution du score d'anxiété, du score de dépression et de la consommation d'alcool.

**Patients et Méthodes**

L'échantillon était composé de 32 sujets suivis au CHU d'Angers pour trouble de l'usage d'alcool et initiant un programme de MBRP dans ce contexte. L'alexithymie était évaluée par la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) et le niveau de conscience émotionnelle était mesuré par le LEAS (Levels of Emotional Awareness Scale). Les symptômes dépressifs étaient estimés par la BDI (Beck Depression Inventory) et les symptômes anxieux par la STAI (State Trait Inventory Anxiety).

**Résultats**

On retrouvait une amélioration significative de la TAS-20 ( $p=0,0003$ ), de la LEAS ( $p<0,0001$ ), de la BDI ( $p<0,0001$ ) et de la STAI A ( $p=0,0039$ ). On constatait également une diminution de la consommation d'alcool ( $p=0,0804$ ).

**Conclusion**

La MBRP permet une amélioration de l'alexithymie, de la conscience émotionnelle et une diminution des scores de dépression et d'anxiété. C'est un outil thérapeutique intéressant pour la prise en charge des perturbations émotionnelles dans le trouble de l'usage d'alcool, particulièrement chez la population présentant des troubles co-occurents.

**Mots-clés : Pleine conscience, alcool, addiction, alexithymie, conscience émotionnelle**

**The Effects of Mindfulness-Based Relapse Prevention on emotional disorders for patients affected by alcohol use disorder**

**ABSTRACT**

**Introduction**

It was recognized that a link exists between emotional alterations and troubles due to alcohol consumption. The purpose of this study was to evaluate the alexithymia scale and the levels of emotional awareness in patients undergoing a mindfulness-based relapse prevention program specifically designed for alcohol use disorder. Furthermore, the effects of this program on anxiety, depression and alcohol consumption was also investigated.

**Patients and Methods**

The sample included 32 subjects cared at the CHU of Angers for alcohol use disorder. They initiated the MBRP program having knowledge of their troubles. Alexithymia was evaluated by the TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) and emotional awareness level was measured by the LEAS (Levels of Emotional Awareness Scale). Depressive symptoms were estimated by the BDI (Beck Depression Inventory) and anxious symptoms by the STAI (State Trait Inventory Anxiety).

**Results**

Results showed statistically significant improvement of the TAS-20 ( $p=0,0003$ ), LEAS ( $p<0,0001$ ), BDI ( $p<0,0001$ ) and STAI A ( $p=0,0039$ ). A decrease of alcohol consumption was also noticed ( $p=0,0804$ ).

**Conclusion**

The MBRP program showed an improvement of alexithymia, emotional awareness and a decrease in scores of depression and anxiety. It is an interesting therapeutic program for reducing emotional disturbances in alcohol consumption troubles, particularly for population with related disorders.

**Keywords : Mindfulness Based-Relapse Prevention, alcohol-dependent, addiction, alexithymia, emotional awareness**