

MBRP - MINDFULNESS-BASED RELAPSE PREVENTION LA PLEINE CONSCIENCE DANS LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS

DANIELA DUNKER SCHEUNER
PSYCHOLOGUE - PSYCHOTHÉRAPEUTE OFSP,
UETC – IUP- DP/ CHUV
29 FÉVRIER 2024



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE h e d s Haute école de santé

Hes·SO // GENÈVE

CAS HES-SO / Université de
Genève

Approches basées sur la
Plleine Conscience
(Mindfulness)

Module 2



- Pourquoi le MBRP pour le traitement des addictions?
- Quelques bases scientifiques
- Programme MBRP
- Expérimenter des exercices MBRP
 - Séance 2: Exercice « Surfer sur les envies »
 - Séance 3: SOBER
 - Séance 4: Exercice « Surfer sur l'inconfort »
 - (MBRP, ressemblances et différences des autres programmes basés sur le pleine conscience)

Alan Marlatt



Mindfulness based relapse prevention (MBRP)

Modèle de prévention de la rechute pour la prise en charge des dépendances, basé sur la pratique de la pleine conscience

MINDFULNESS BASED RELAPSE PREVENTION (MBRP)

ALAN MARLATT (2011)

PRÉVENTION DE LA RECHUTE DANS LES ADDICTIONS



MINDFULNESS BASED RELAPSE PREVENTION (MBRP)

TREATMENT FOR ADDICTIVE BEHAVIORS

<http://www.mindfulrp.com/default.html>

Description MBRP

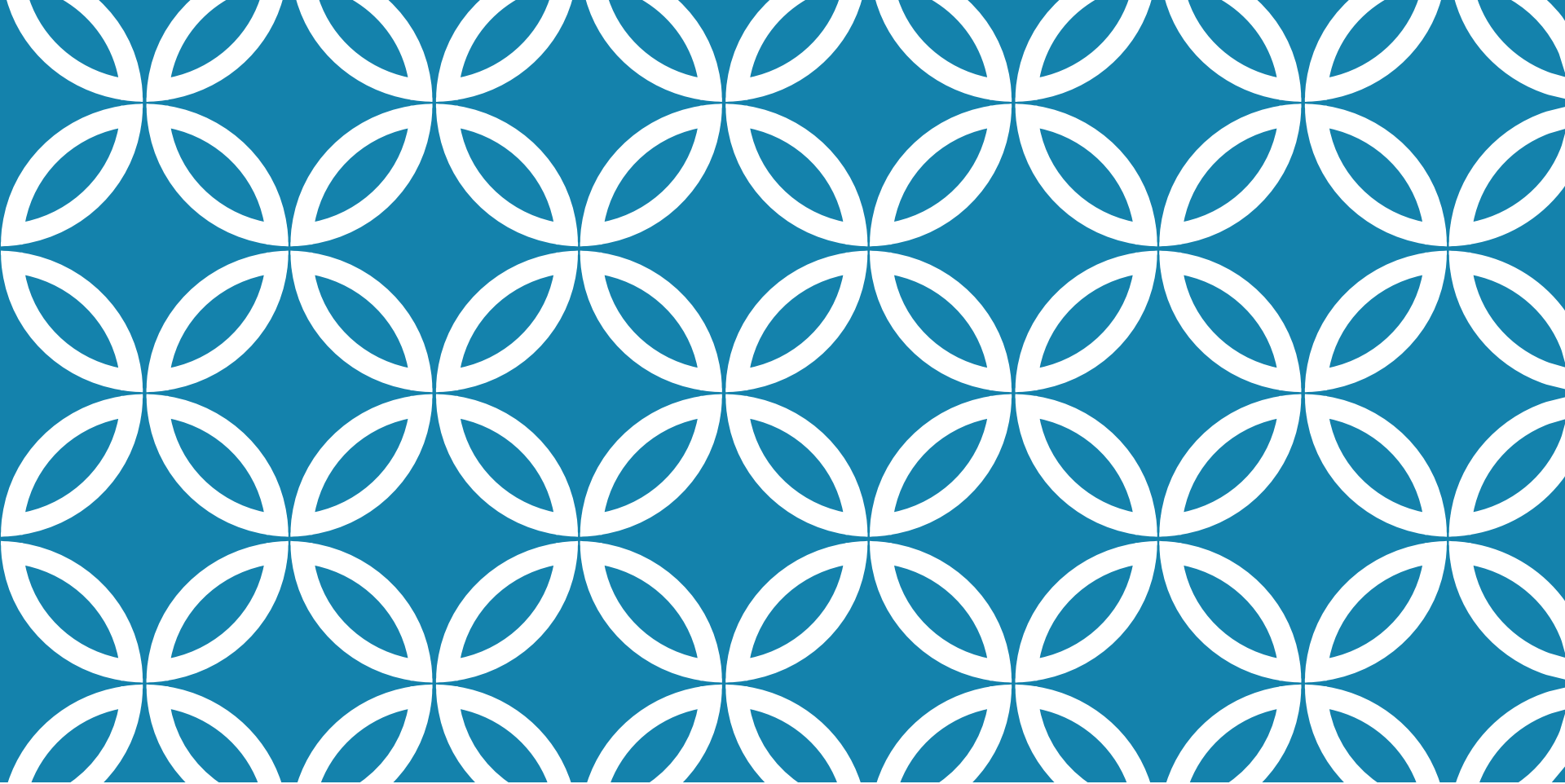
Pour les clients (ex.: exercices guidées; Liste d'instructeurs reconnus MBRP)

Pour les cliniciens (ex.: prochaines formations)

Etudes



mbrp.apca@gmail.com



POURQUOI LE MBRP POUR LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS?



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Hes·SO//GENÈVE

h e d s Haute école de santé

Pourquoi la pleine conscience pour le traitement des addictions?

- Même lorsque les patients sont:
 - Décidés à changer
 - Connaissent bien leurs situations à risque de consommation
 - Et ont développé des compétences pour y faire face
 - Compétences visant la **modification** des comportements ou pensées

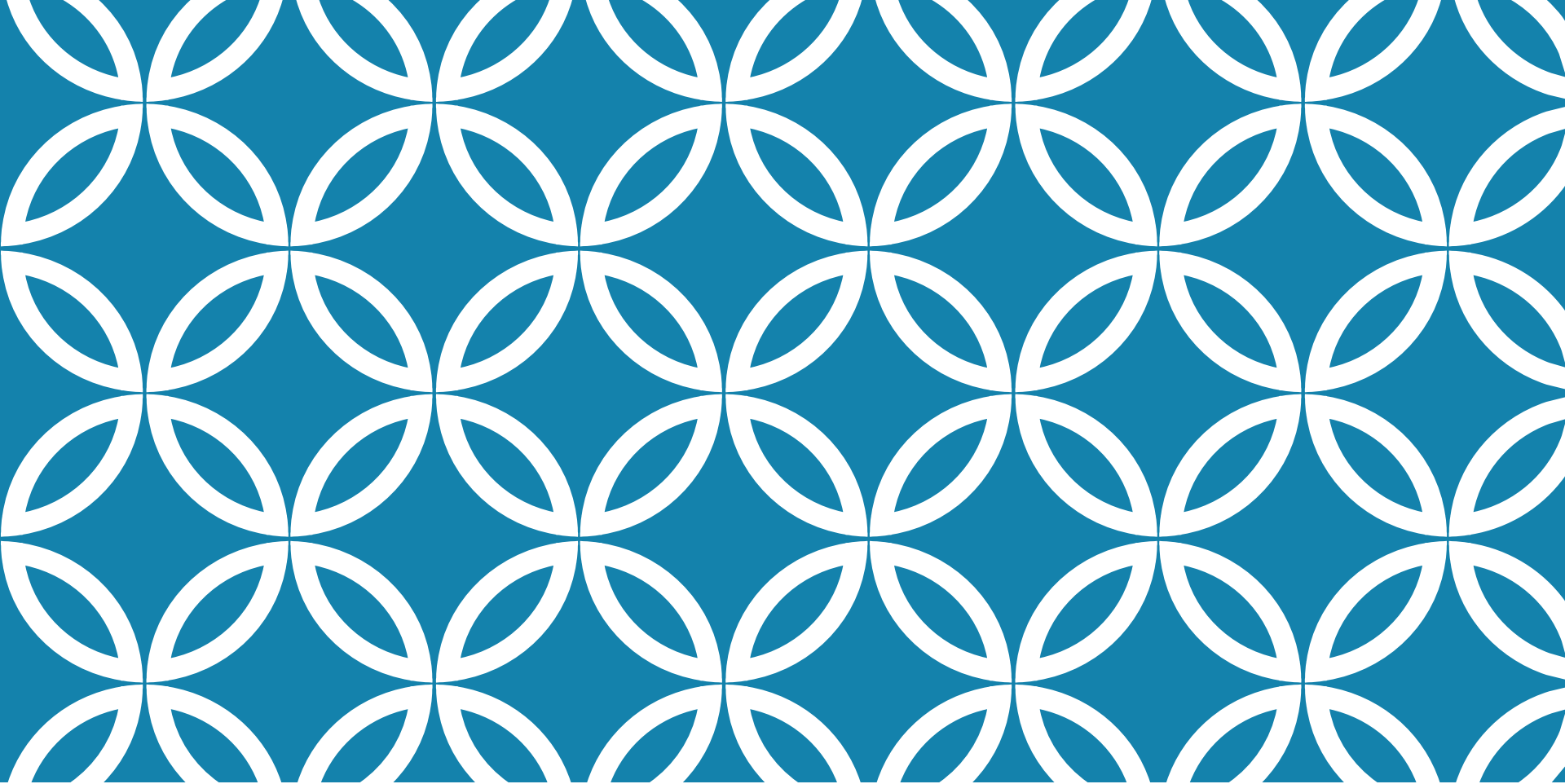
SPÉCIFICITÉS DANS LA POPULATION (ADDICTION)

Forte corrélation avec traumatismes

Produit utilisé comme moyen de s'échapper ou éviter l'inconfort

Patients présentant souvent des comportements impulsifs

Peu de compassion envers eux-mêmes



QUELQUES BASES SCIENTIFIQUES



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Hes·SO//GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

h e d s Haute école de santé

Etude Bowen et al., 2009

- ⦿ Faisabilité avec cette population
- ⦿ Accessibilité

- ⦿ Efficacité du groupe MBRP:
 - ⦿ Baisse significative des envies
 - ⦿ Augmentation de l'acceptation et tendance à agir avec conscience
 - ⦿ Jours de consommation ont baissé significativement plus chez les participants du groupe MBRP

**Relative Efficacy of Mindfulness-Based
Relapse Prevention,
Standard Relapse Prevention, and Treatment
as Usual
for Substance Use Disorders
A Randomized Clinical Trial**

**Sarah Bowen, PhD; Katie Witkiewitz, PhD; Seema L.
Clifasefi, PhD; Joel Grow, PhD; Neharika Chawla, PhD;
Sharon H. Hsu, MS; Haley A. Carroll, BS; Erin Harrop,
BS; Susan E. Collins, PhD; M. Kathleen Lustyk, PhD;
Mary E. Larimer, PhD, 2014**

D'AUTRES ÉTUDES INDÉPENDANTES D'EFFICACITÉ SUR LE MBRP ONT SUIVI RAPIDEMENT

Voir Zgierska, 2009; Garland, 2010

- Baisse significative du nombre de jours de consommation pour les participants ayant rechuté
- Baisse significative du craving
- Baisse significative de la réactivité aux déclencheurs de l'envie de consommer
- E augmentation significative de la capacité de conscience, d'acceptation, ainsi qu'une baisse significative de la tendance à éviter/souhait de supprimer expérience inconfortable

Et d'autres nombreuses études après Bowen et al. 2014

<http://www.mindfulrp.com/default.html>

Alors, est-ce efficace?

- ▶ Les études mettent en évidence des résultats consistants sur l'efficacité de la Pleine conscience dans le traitement de la dépendance à l'alcool et aux produits psychotropes
- ▶ Plus spécifiquement, les programmes basés sur la pleine conscience étaient plus efficaces que les groupes contrôle concernant
 - ▶ la réduction de la quantité et la fréquence de la consommation comparés aux autres programmes
 - ▶ La diminution de la tendance à vouloir «supprimer» des pensées liées au produit ou pensées indésirables (Bowen et al., 2007);
 - ▶ Une diminution des crises (psychiatriques) (Bowen et al., 2006; Chen et al., 2010; Liehr et al., 2010)
 - ▶ Une diminution du stress ou réponses de stress (Marcus et al., 2009);
 - ▶ Une augmentation du locus de contrôle interne (Bowen et al., 2006);
 - ▶ De l'optimisme (Bowen et al., 2006);
 - ▶ Et de fonctions neuropsychologiques (Alfonso et al., 2011)



**QUELS SONT LES MÉCANISMES ACTIFS
DANS LE PROCESSUS LIÉ AU MBRP QUI
RENDENT LE PROGRAMME EFFICACE?:
HYPOTHÈSES ACTUELLES**

HYPOTHÈSES GLOBALES

Le craving et les émotions négatives, ainsi que la tendance à réagir automatiquement sont associées à l'activation de régions spécifiques du cerveau: sous activation du cortex préfrontal (qui régule notre capacité décisionnelle, capacité d'inhibition, de régulation des émotions et capacité d'empathie et insight) et sur activation des régions limbiques (impliquées dans la réactivité émotionnelle) (voire Franken, 2003; Brewer, 2014).

Plusieurs études ont mis en évidence que les principaux facteurs de la rechute sont le craving (associé aux pensées intrusives liées au produit), les états émotionnels négatifs, et la tendance à réagir de manière aversive à ces états affectifs, physiologiques et cognitifs (à vouloir les supprimer).

Ainsi, la première hypothèse est qu'une pratique régulière de pleine conscience permet d'agir sur ces prédictors, d'un point de vue psychologique et d'un point de vue neurobiologique (Wietkiewitz et al., 2013, 2014; Ostafin et al., 2012, 2013).

HYPOTHÈSES

Facteurs psychologiques: Au delà des aspects neurobiologiques, du point de vue psychologique, la pleine conscience aurait son efficacité ancrée dans l'entraînement à la capacité à porter sa conscience au moment présent et à la capacité d'accepter/accueillir l'expérience qui est déjà présente, en modifiant non pas l'expérience elle-même mais l'attitude face à l'expérience (acceptation de ce qui est là), ce qui amène la personne à sortir de la tendance à vouloir supprimer l'expérience, et ainsi une liberté de choisir ses actions (plutôt que de réagir)

Facteurs neurobiologiques: La pleine conscience associée à la Prévention de la rechute (entraînement aux compétences comportementales et cognitives), implique des changements dans nombreux systèmes neurobiologiques, ce qui peut renverser, réparer ou compenser les lacunes associées aux mécanismes neuronaux liés aux addictions, au travers du développement d'une plasticité neuroadaptive. Ces changements seraient de type structurel et fonctionnel. (*Wietkiewitz et al., 2013, 2014*)

versus

Mécanismes en action dans l'addiction

Activation du circuit de la récompense (craving)

Contrôle exécutif peu activé, peu de capacité d'inhibition et de décision

Réponses automatiques au stress et aux émotions négatives

Aversion à l'inconfort /tendance à vouloir supprimer

Apprentissage par conditionnement

Mécanismes en action dans la Pleine conscience

La pratique régulière de la pleine conscience a un impact sur les régions frontales et préfrontales, permettant une meilleure régulation émotionnelle
Augmentation de la conscience du moment présent

Entraînement au focus attentionnel permettant un meilleur contrôle exécutif

Régulation des émotions par un changement d'attitude envers les émotions (acceptation)

Développement d'une meilleure tolérance à l'inconfort

Réduction de la réactivité aux déclencheurs de l'envie, développement de la capacité à faire des choix

BREF: PROCESSUS DE RECHUTE ET MINDFULNESS

Craving comme principal prédicteur de la rechute

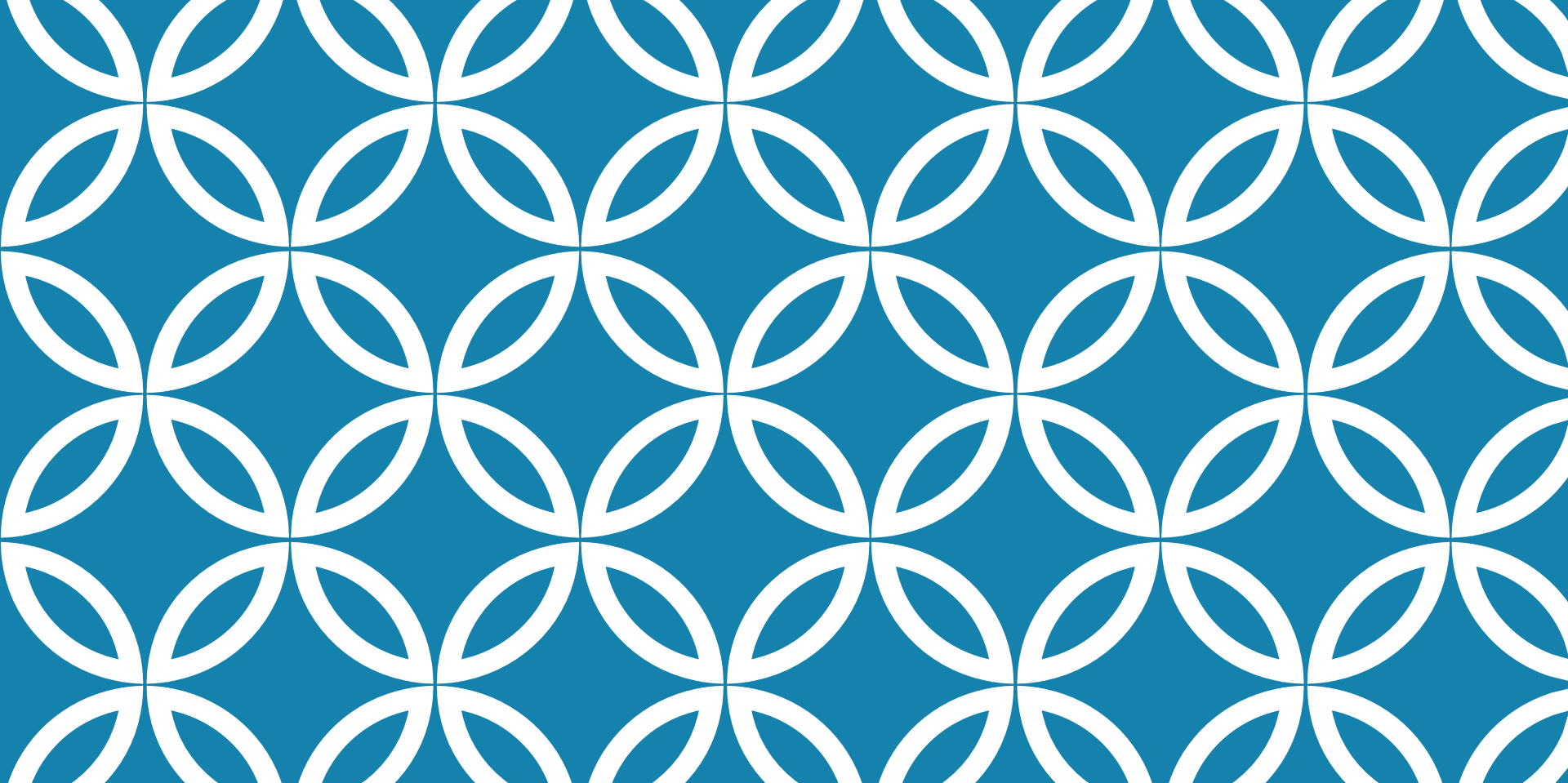
Lien entre le craving

Et Pensées intrusives autour de la consommation/comportement

Et États émotionnels négatifs

Augmentés par tendance à vouloir éviter/ supprimer ces états affectifs, cognitifs et émotionnels indésirés

Le MBRP a été développé pour augmenter la conscience des déclencheurs internes (processus cognitifs et affectifs) et externes, et augmenter la capacité des participants à tolérer ces états (en les observant, décrivant de manière non jugeante, en acceptant l'expérience émotionnelle, cognitive, physique qui se déroule dans le moment présent) sans réagir automatiquement (Bowen et al., 2009; Rogojanski, Vettese, Antony, 2011).



PROGRAMME MBRP



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Hes·SO//GENÈVE

h e d s Haute école de santé

THÈMES DES SÉANCES

- Séance 1 : Le pilote automatique et la pleine conscience
- Séance 2 : Une autre relation à l'inconfort
- Séance 3 : De la réaction à la réponse
- Séance 4 : La PC face aux situations représentant un défi
- Séance 5 : L'acceptation et les comportements efficaces
- Séance 6 : Voir les pensées comme des pensées
- Séance 7 : Soutenir le bien-être
- Séance 8 : Le soutien social et la poursuite de la pratique

Séance 1: Le pilote automatique et la pleine conscience

1. Présentations en pairs
2. Exercice du raisin et lien avec le pilote automatique et la consommation
3. Body scan

Séance 2: Une autre relation à l'inconfort

1. Body scan

2. Débriefing du body scan et liens avec pratique à domicile (mise en évidence des obstacles à la pratique)

DIFFICULTÉS/ OBSTACLES DANS LA PRATIQUE

Aversion

Attachement

Doute

Agitation mentale ou physique

Somnolence

Séance 2: Une autre relation à l'inconfort

3. Exercice « Je marche dans la rue »

4. Exercice « Surfer sur les envies »

5. Méditation de la montage

EXERCICE SURFER SUR LES ENVIES, SÉANCE 2



Séance 3: De la réaction à la réponse

1. La pleine conscience des sons
2. Revue de la pratique à domicile
3. La pleine conscience de la respiration
4. Exercice «Le faux refuge»
6. SOBER



Stop!

Observez

Breath (centrer sur la respiration)

Elargir

Répondre avec conscience
(notez quels sont vos choix)

Séance 4: La pleine conscience face aux situations représentant un défi

1. La pleine conscience de ce qu'on voit
2. Revue de la pratique à domicile
3. Méditation centrée sur les sons, respiration, sensations et inconfort
4. Bilan des Situations à risque
5. Surfer sur une situation à risque + SOBER
6. Marche en pleine conscience

SÉANCE 5: L'ACCEPTATION ET L'ACTION EFFICACE

- Méditation assise (avec le poème Rumi)
- Revue de la pratique à domicile
- Expérimenter le lâcher-prise et feed-back avec discussion sur l'acceptation et le changement
- Espace de respiration (SOBER) en pairs
- Mouvements en Pleine conscience
- Exercices à domicile pour la semaine prochaine et Clôture

SÉANCE 6: VOIR LES PENSÉES COMME ÉTANT DES PENSÉES

- Méditation assise respiration et pensées
- Revue de la pratique à domicile
- Le cycle de la rechute
- Exercices à domicile pour la semaine prochaine et Clôture

Séance 7: Soutenir le bien-être

1. Méditation de la bienveillance
2. Revue de la pratique à domicile
3. Exercice « Activités quotidiennes »
4. SOBER
6. Plan d'urgence

MÉDITATION DE LA BIENVEILLANCE

- Patients qui peuvent avoir peu de compassion pour eux-mêmes et peuvent être très auto critiques:
 - intégré des stigmates de leur environnement
 - et ont de la peine à se pardonner des conséquences de leur consommation
- En pratiquant la pleine conscience, nous nous entraînons à adopter l'attitude inverse, c.a.d **non jugeante**
- Accent mis par Marlatt sur l'auto compassion

CRITÈRES POUR DEVENIR INSTRUCTEUR

Effectuer un cours sur le MBRP (de 4 à 5 jours)

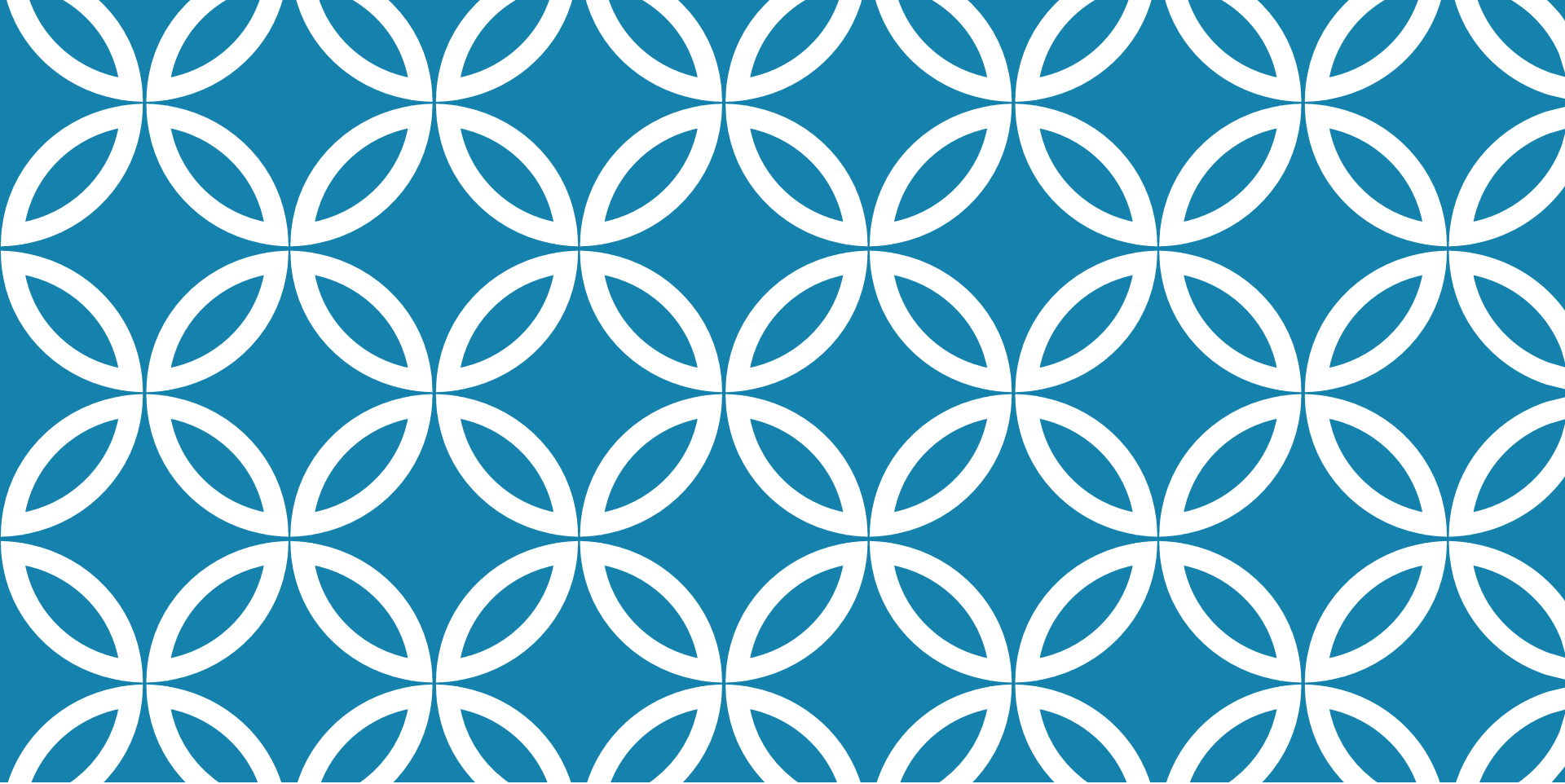
Effectuer au moins une retraite d'une semaine environ MBRP, MBCT, MBSR, vipassana

Être familiarisé avec l'approche de Prévention de la rechute

Pratiquer quotidiennement

Participer à un groupe comme observateur ou co-instructeur

Supervisions/ interventions



RESSEMBLANCES ET DIFFÉRENCES ENTRE LE PROGRAMME MBRP ET LE MBSR ET MBCT



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE
FACULTÉ DE MÉDECINE

Hes·SO GENÈVE

h e d s Haute école de santé

Ressemblances entre les programmes MBRP, MBCT et MBSR

	MBSR	MBCT	MBRP
Séance 1	Pilote automatique	Pilote automatique	Pilote automatique et la pleine conscience
Séance 5	La réaction au stress versus les réponses face au stress	Permettre / Laisser aller	L'acceptation et l'action efficace Discussion sur l'équilibre entre acceptation et changement Sober en pairs
Séance 8	La poursuite de la pratique	Utiliser ce qu'on a appris pour faire face à l'avenir	Le soutien social et la poursuite de la pratique

Différences entre les trois programmes

	MBSR	MBCT	MBRP
Séance 2	Conscience de la respiration	Faire face aux obstacles + Exercice cognitif (Je marche dans la rue)	Une nouvelle réaction à l'inconfort + Exercice « Surfer sur les envies » et méditation de la montagne
Séance 3	La pleine conscience en mouvement	La pleine conscience de la respiration + 3 minutes	De la réaction à la réponse Le faux refuge 3 minutes = SOBER
Séance 6	Communication Réflexion sur la communication et la communication pleinement consciente	Les pensées ne sont pas des faits Exercice cognitif sur les pensées	Voir les pensées comme n'étant que des pensées Idem MBCT Exercice sur la chaîne de pensées conduisant à la réaction automatique (consommation)
Séance 4	Les réactions de stress	Rester présent	Rester présent face aux Situations représentant un défi
Séance 7	Intégrer la pleine conscience dans la vie de tous les jours	Comment puis-je prendre au mieux soin de moi?	Soutenir le bien-être - Méditation de la bienveillance (ou « méta ») - Plan d'action addictions



Merci

pour votre attention!!

RÉFÉRENCES

Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 19, 92–99.

Alfonso J.P., Caracuel A., Delgado-Pastor L.C., Verdejo-García A.. Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117 (1) (2011), pp. 78-81,

Baker, T., Morse, E., Sherman, J. (1986). The motivation to use drugs: A psychobiological analysis of urges. *Nebraska Symposium on Motivation*, 34, 257–323.

Baker, T. B., Piper, M. E., Fiore, M. C., McCarthy, D. E., & Majeskie, M. R. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111, 33–51.

Bowen S., Witkiewitz K., Dillworth T.M., Chawla N., Simpson T.L., Ostafin B.D., Marlatt G.A.. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20 (3) (2006), pp. 343-347

Bowen S., Witkiewitz K., Dillworth T.M., Marlatt G.A.. The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 32 (10) (2007), pp. 2324-2328,

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., et al. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30, 295–305.

Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A.. *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*. Guilford Press, New York, NY (2011)

Traduction française: S. Bowen, N. Chawla, G.A. Marlatt. *Addictions : Prévention de la rechute basée sur la pleine conscience : Guide clinique*. Ed De Boeck (2011)

Bowen S., Witkiewitz K., Clifasefi S.L., Grow J., Chawla N., Hsu S.H., Carroll H.A., Harrop E., Collins S.E., Lustyk M.K., Larimer M.E.. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71 (2014), p. 547

Breese, G. R., Sinha, R., & Heilig, M. (2011). Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Pharmacology and Therapeutics*, 129, pp. 149–171.

Brewer J.A., Elwafi H.M., Davis J.H.. Craving to quit: psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Transl. Issues Psychol. Sci.*, 1 (2014), pp. 70-90.

Chen K.W., Comerford A., Shinnick P., Ziedonis D.M.. Introducing qigong meditation into residential addiction treatment: A pilot study where gender makes a difference. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16 (8) (2010), pp. 875-882.

[Davidson RJ](#), [Kabat-Zinn J](#), [Schumacher J](#), [Rosenkranz M](#), [Muller D](#), [Santorelli SF](#), [Urbanowski F](#), [Harrington A](#), [Bonus K](#), [Sheridan JF](#). Alteration in brain and immune function produced by mindfulness meditation. [Psychosom Med.](#) 2003 Jul-Aug;65(4):564-70.

RÉFÉRENCES

Farb, N. A., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., & Segal, Z. V. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, 10, 25–33.

Farb, N. A., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 31–322

Franken I.H.A.. Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Prog Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 27 (2003), pp. 563-579.

Garland E.L., Gaylord S.A., Boettiger C.A., Howard M.O.. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *J. Psychoactive Drugs*, 42 (2010), pp. 177-192.

[Goldin P.R.](#), [Gross J.J.](#). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. [Emotion](#). 2010 Feb;10(1):83-91.

Hendershot C.S., Witkiewitz K., George W.H., Marlatt G.A.. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst. Abuse Treat Prev Policy*, 6 (2011), p. 17.

Hölzel B.K., Lazar S.W, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago D.R., Ott U.. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (6) (2011), pp. 537-559.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011b). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36–43.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., ...Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5, 11–17.

Hölzel, B. K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K., & Vaitl, D. (2008). Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, 55–61

Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction in the management of anxiety disorders. *Clin Psychol Sci Pract*, 10 (2002)

RÉFÉRENCES

Kuyken W., Hayes R., Barrett B. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet updates*, 386 (2015), pp. 63-73.

Lazar, S. W., Kerr, C., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D., Treadway, M. T.,...Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16, 1893–1897.

Li W., Howard M.O., Garland E.L., McGovern P., Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*;75 (apr 2017): pp. 62-96.

Liehr P., Marcus M.T., Carroll D., Granmayeh L.K., Cron S.G., Pennebaker J.W.. Linguistic analysis to assess the effect of a mindfulness intervention on self-change for adults in substance use recovery. *Substance Abuse*, 31 (2) (2010), pp. 79-85.

Lutz, A., Greischar, L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude synchrony during mental practice. *PNAS: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101, 16369–16373.

Lutz, A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2007). Meditation and the neuroscience of consciousness: An introduction. In P. Zelazo, M. Moscovitch, & E. Thompson (Eds.), *Cambridge handbook of consciousness* (pp. 499–554). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 163–169.

Lutz, A., Slagter, H. A., Rawling, B. N., Francis, D. A., Greischar, L. L., & Davidson, R. J. (2009). Mental training enhances stability of attention by reducing cortical noise. *The Journal of Neuroscience*, 29, 13418–13427.

MacLean, K. A., Ferrer, E., Aichele, S. R., Bridwell, D. A., Zanesco, A. P., Jacobs, T. L., . . . Saron, C. D. (2010). Intensive meditation training improves perceptual discrimination and sustained attention. *Psychological Science*, 21, 829–839.

RÉFÉRENCES

McKay J.R., Weiss R.V.. A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups: preliminary results and methodological issues. *Eval. Rev.*, 25 (2001), pp. 113-161.

McLellan A.T., McKay J.R., Forman R., Cacciola J., Kemp J.. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100 (2005), pp. 447-458.

McLellan A.T.. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97 (2002), pp. 249-252

Miller W.R., Westerberg V.S., Harris R.J., Tonigan J.S.. What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91 (1996), pp. 155-172

Miller W.R., Rollnick S.. *Motivational Interviewing: helping people change*. Guilford Press, 2012 (3rd edition)

Miller W.R., Rollnick S.. *Motivational Interviewing: preparing people for change*. Guilford Press, 2002 (2nd edition)

Traduction française : W.R. Miller, Rollnick S.. *Pratiquer l'entretien motivationnel*. Editions Dunod, 2006.

Rollnick S., Miller W.R., Butler C. *Motivational Interviewing in Health Care: helping patients change behaviour*. Guilford Press, 2007

Traduction française : S. Rollnick., W.R. Miller, C. Butler.. *Pratique de l'entretien motivationnel: communiquer avec le patient en consultation*. Inter- Editions Dunod, 2009

Ostafin B.D., Bauer C., Myxter P.. Mindfulness decouples the relation between automatic alcohol motivation and heavy drinking. *J. Soc. Clin. Psychol.*, 31 (2012), pp. 729-745

Ostafin B.D., Kassman K.T., Wessel I.. Breaking the cycle of desire: mindfulness and executive control weaken the relation between an implicit measure of alcohol valence and preoccupation with alcohol-related thoughts. *Psychol. Addict. Behav.*, 27 (2013), pp. 1153-1158.

Rogojanski J., Vettese L.C., Antony M.M.. Coping with cigarette cravings: comparison of suppression versus mindfulness-based strategies. *Mindfulness*, 2 (2011), pp. 14-26

Serre F., Fatseas M., Swendsen J., Auriacombe M.. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. *Drug Alcohol Depend.*, 148 (2015), pp. 1-20.

Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M.G., Ridgeway V.A., Soulsby J.M., M.A. Lau. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 68 (2000), pp. 615-623.

Tiffany, S. T., Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 1–17.

J.I. Tsui, B.J. Anderson, D.R. Strong, M.D. Stein. Craving predicts opioid use in opioid-dependent patients initiating buprenorphine treatment: a longitudinal study. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 40 (2014), pp. 163-169.

UNODC, United nations office on drugs and crimes, World drug report, 2015, https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

Witkiewitz K., Bowen S.. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 78 (2010), pp. 362-374.

Witkiewitz K., Marlatt G.A.. Modeling the complexity of post-treatment drinking: it's a rocky road to relapse. *Clin. Psychol. Rev.*, 27 (2007), pp. 724-738.

Witkiewitz K., Marlatt G.A., Walker D.. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *J. Cogn. Psychother.*, 19 (2005), pp. 211-228.

Witkiewitz K., Bowen S., Douglas H., Hsu S.H.. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict. Behav.*, 38 (2013), pp. 1563-1571.

Witkiewitz K., Lustyk M.K.B., Bowen S.. Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. *Psychol. Addict. Behav.*, 27 (2013), pp. 351-365.

Witkiewitz K., Bowen S., Harrop E.N., Douglas H., Enkema M., Sedgwick C. Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Subst. Use Misuse*, 49 (2014), pp. 513-524.

Witkiewitz K., Warner K., Sully B., Barricks A., Stauffer C., Thompson B.L., Luoma J.B. Randomized trial comparing mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment