

CLINIQUE

Vers une prise en charge intégrative des joueurs pathologiques

To an integrative management of pathological gamblers

C. Bonnaire^{a,b,*}

^a *Équipe de psychopathologie des addictions, laboratoire de psychopathologie et processus de santé, département de psychologie, université Paris Descartes, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France*

^b *21, rue de Seine, bâtiment C, 92100 Boulogne-Billancourt, France*

Reçu le 9 novembre 2009 ; accepté le 1^{er} avril 2010

Disponible sur Internet le 5 juillet 2011

MOTS CLÉS

Jeu pathologique ;
Sous-groupes de
joueurs
pathologiques ;
Prise en charge
intégrée

KEYWORDS

Pathological
gambling;
Subtypes of
pathological
gamblers;
Integrative treatment

Résumé Les recherches actuelles sur le jeu pathologique montrent que les différentes activités de jeu sont hétérogènes par nature. Ainsi, les joueurs ne représentent pas une population homogène. Cependant, la prise en charge des joueurs ne semble pas tenir compte de cette hétérogénéité et les études dans le domaine s'attachent le plus souvent à l'étude de l'efficacité des différents types de prise en charge. Les données empiriques récentes mettent en avant la nécessité de créer des sous-groupes de joueurs présentant des symptômes communs mais qui, en même temps, se distinguent de façon significative sur certaines variables. Ainsi ces sous-groupes devraient être utilisés et pris en compte dans le traitement des joueurs pathologiques. C'est pourquoi, une approche intégrative combinant diverses orientations, à la fois cognitivocomportementales, motivationnelles, psychanalytiques et corporelles, semble être la plus pertinente pour ce public.

© L'Encéphale, Paris, 2011.

Summary

Introduction. – Recent researches on pathological gambling indicate that the various gambling activities are heterogeneous by nature. Indeed, some findings support the view that gambling cannot be seen as a homogeneous activity. Therefore, pathological gamblers do not represent a homogeneous population. However, treatment does not appear to take into account this heterogeneity and studies in the field have assessed the efficacy of the various types of treatment. Furthermore, recent empirical data emphasize the need for delineating distinct subtypes of pathological gambling presenting similar symptoms but which, at the same time, differ on certain variables. These subtypes will be essential in the management, treatment, and prognosis of pathological gambling.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : celinebonnaire@gmail.com, celine.bonnaire@parisdescartes.fr

Literature findings. – Blaszczynski and Nower (2002) identified three subtypes of gamblers. The first subtype, referred to as the “emotionally vulnerable problem gamblers”, includes gamblers who mainly gamble to escape painful emotional experiences. The second includes “antisocial impulsivist problem gamblers” who are mainly driven by impulsivity and sensation seeking. The last one, referred to as the “behaviourally conditioned problem gamblers”, includes gamblers who gamble because of behavioural contingencies offered by the game, rather than psychological difficulties. Each group is characterized by specific psychological variables, and each may require a different treatment approach. Hence, these subgroups should be used and taken into account in the choice of the treatment.

Aim of the paper. – The purpose of this article is to provide an integrative model of treatment of this disorder based on the typology of pathological gamblers. Many studies have tried to understand this pathological behaviour by exploring motivational, psychological, biological and ecological correlates of gambling to explain the aetiology. An approach integrating various orientations, at the same time cognitive-behavioural, motivational, psychoanalytical and bodily-centred is the most relevant for this behavioural disorder. On the one hand, treatment should focus on the similarities displayed by the gambler. On the other hand, treatment should evaluate and focus on the specificities of each subtype of pathological gamblers. This last point refers to the question of the role played by the game for the gambler. All pathological gamblers present similar symptoms. Concerning those common points, professionals should evaluate and treat comorbidities, wrong perceptions/cognitions, motivation to change, gambling behaviour and social aspects of the gambling behaviour. Concerning the specificities, professionals should evaluate to which subtype or pathway the gambler corresponds, and then adapt the treatment. For example, for emotionally vulnerable problem gamblers gambling to escape painful emotional experiences and presenting alexithymia components, specific psychotherapeutic techniques improving affect identification and differentiation should be applied. Thus, add-on individual psychoanalytical oriented sessions and relaxation sessions should be included in the treatment.

© L’Encéphale, Paris, 2011.

Parmi l’ensemble des conduites addictives, le jeu pathologique est un trouble qui reste mal connu et très peu étudié en France. De plus, à la différence du Canada et des États-Unis, la France ne dispose pas, ou presque, de centres de soins spécialisés dans le traitement de ce trouble. Il existe quelques consultations spécifiques comme la consultation de l’hôpital Marmottan à Paris, dirigée par le Dr Valleur et le Centre de référence du jeu excessif (CRJE) ouvert en 2008 dans le service d’addictologie du Pr Venisse au CHU de Nantes. SOS Joueurs, fondée par Achour-Gaillard en 1990, est la seule association qui propose d’aider les joueurs et leur famille. En dehors de ces structures, les joueurs sont pris en charge dans des services de psychiatrie et dans les unités spécialisées dans le traitement des addictions, notamment quand les patients présentent un alcoolisme ou une toxicomanie associée. L’avènement des centres de soins d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui réunit les centres de soins spécialisés en toxicomanie et les centres de cure ambulatoire en alcoologie, amène à se poser la question de la prise en charge spécifique des joueurs pathologiques.

Il existe une multitude de facteurs impliqués dans l’acquisition, le développement et le maintien du comportement de jeu. Selon Blaszczynski [4], un modèle des joueurs à problèmes ou pathologiques doit intégrer des facteurs biologiques, de personnalité, développementaux, d’apprentissages et environnementaux. Cependant, jusqu’à présent, la littérature a gardé ces champs relativement distincts, qu’il s’agisse des modèles compréhensifs comme

des modalités de prise en charge. La vision traditionnelle du comportement de jeu a longtemps été basée sur l’affirmation que tous les types de jeu étaient équivalents et que les données relatives à une forme pouvaient être généralisées aux autres formes. Nonobstant, cette assertion n’est plus supportée par nombre de recherches récentes qui montrent que les différentes activités de jeu sont hétérogènes par nature et que les joueurs qui s’engagent dans ces différentes activités représentent des populations hétérogènes [33]. De plus, des données empiriques récentes mettent en avant la nécessité de créer des sous-groupes de joueurs pathologiques [5,7,33]. En effet, une approche alternative et plus efficace serait d’identifier différents sous-groupes de joueurs présentant des symptômes communs mais qui, en même temps, se distinguent de façon significative sur certaines variables [6,22]. Ces sous-groupes pourront alors être utiles dans la prise en charge des joueurs pathologiques. L’idée de créer des sous-groupes de joueurs repose sur la question fondamentale de la fonction du jeu : quelle place occupe-t-il dans le fonctionnement psychique du sujet ? Ou encore, quelle est la motivation du joueur ?

Différents sous-groupes de joueurs pathologiques

Plusieurs auteurs s’accordent à identifier trois sous-groupes de joueurs pathologiques [5,7]. Chacun est associé à des

facteurs de vulnérabilités, des caractéristiques démographiques et une étiologie spécifiques. La première catégorie regroupe les joueurs pathologiques *emotionally vulnerable* que l'on peut traduire comme «vulnérables émotionnellement». Chez ces derniers, on trouve une anxiété et/ou une dépression prémorbide, une pauvreté des mécanismes de coping et de résolution de problème, des expériences familiales négatives (ex. : antécédents familiaux de jeu pathologique) et des événements de vie difficiles. Le jeu permet aux joueurs de moduler, soulager leurs états affectifs aversifs en produisant de l'excitation ou une échappatoire. Ces joueurs présentent des niveaux plus élevés de psychopathologie, notamment de dépression, d'anxiété et de dépendance alcoolique. Du fait de ces dysfonctionnements, ce groupe est plus résistant aux changements et la prise en charge doit tenir compte aussi bien des vulnérabilités sous-jacentes que du comportement de jeu. Le deuxième sous-groupe comprend les joueurs pathologiques *antisocial impulsivist* c'est-à-dire «antisociaux impulsifs». Ce groupe se distingue par des niveaux élevés de problèmes de jeu, des caractéristiques de recherche de sensations, de trouble de la personnalité antisociale, un déficit d'attention et une impulsivité affectant plusieurs aspects du fonctionnement psychosocial du sujet. Indépendamment du jeu, on trouve de l'abus de substances psychoactives, des idées suicidaires, de l'irritabilité, une pauvre tolérance à l'ennui et des comportements illégaux. Ces joueurs sont moins motivés à chercher un traitement, ils ont des taux de compliance faibles et répondent peu à toute formes d'interventions. Enfin, le troisième groupe comprend les joueurs pathologiques *behaviourally conditioned* que l'on peut traduire littéralement comme «conditionnés comportementalement». Ces joueurs présentent les critères diagnostiques de jeu pathologique mais ne présentent pas de caractéristiques psychopathologiques spécifiques prémorbides. Ils oscillent entre joueurs réguliers et excessifs du fait des effets du conditionnement, des cognitions erronées liées à la probabilité de gain et/ou une série de mauvais jugements ou une pauvre prise de décision plutôt que du fait de la perte de contrôle. Ces joueurs peuvent présenter une préoccupation excessive pour le jeu, un abus d'alcool, des niveaux élevés de dépression et d'anxiété mais ces symptômes sont la conséquence et non la cause du comportement excessif de jeu. Ces joueurs présentent les problèmes liés au jeu les moins sévères et des niveaux de psychopathologie minimes.

Prise en charge des joueurs pathologiques : une approche intégrative

La psychopathologie du jeu n'est pas unitaire et, de ce fait, les protocoles thérapeutiques doivent tenir compte d'une variabilité typologique. On ne peut, en effet, proposer le même traitement à tous les joueurs. Étant donné la diversité des approches explicatives du comportement de jeu pathologique et la multidisciplinarité représentée dans les centres de soins dans le domaine de l'addictologie, il semble nécessaire de favoriser une approche intégrative, combinant différentes orientations théoriques, dans le traitement des joueurs pathologiques.

Les joueurs pathologiques : quelles similitudes ?

Comme nous l'avons évoqué, il existe des similitudes chez tous les joueurs pathologiques. Il est donc important de tenir compte et d'évaluer de façon systématique certaines variables lorsqu'une personne vient consulter pour un problème de jeu.

Évaluation de la comorbidité

D'une façon générale, il faut évaluer la comorbidité notamment la dépression et la dépendance aux substances psychoactives, les deux troubles les plus fréquemment retrouvés chez les joueurs pathologiques. En effet, un sujet déprimé peut utiliser le jeu pour échapper aux émotions difficiles associées aux problèmes psychiatriques, tandis qu'un autre qui est dépendant de la cocaïne peut aimer l'excitation associée au jeu. Si ces problèmes associés ne sont pas pris en compte, pendant le traitement, le joueur pathologique pourra avoir des difficultés à réduire son comportement de jeu ou à faire face à son envie irrésistible de jouer car cela peut créer ou exacerber d'autres problèmes. D'où l'importance d'évaluer le rôle joué par le jeu dans la vie de ces sujets, permettant ainsi une meilleure compréhension des différents types de joueurs pathologiques et donc une meilleure efficacité des traitements pour chaque type.

Il est également très important d'évaluer les tendances suicidaires. Nonobstant, beaucoup de professionnels ne sont pas conscients que les problèmes de jeu sont un facteur de risque menant au suicide [44]. Or les taux de tentative de suicide sur la vie dans des échantillons cliniques de joueurs pathologiques varient de 4 à 20% selon les études et les pays [25,34]. Dans les enquêtes de population générale, ces taux sont encore plus élevés, ils varient entre 13 et 27% [15]. Il apparaît alors que la sévérité du comportement de jeu [1] ainsi que les difficultés financières, notamment des taux de faillite et de dettes élevés dus au jeu, peuvent précipiter les idées et les comportements suicidaires [34]. De plus, les troubles de l'humeur (en particulier la dépression majeure actuelle) ainsi que les troubles liés à l'utilisation de substances sont souvent liés au suicide [23,29]. Ainsi, il s'agirait probablement de « facteurs communs » qui expliqueraient le lien entre jeu pathologique et suicide [1]. Étant donné le pourcentage élevé de suicide chez les joueurs, une évaluation systématique doit être effectuée de la sévérité du comportement de jeu et de ses conséquences (surtout financières), de la dépression ainsi que de l'utilisation de substances psychoactives.

De la même façon, étant donné le taux élevé de consommation de tabac chez les sujets qui jouent de façon excessive [15] et les effets négatifs à long terme du tabac, une meilleure compréhension de la relation entre les deux semble avoir des implications cliniques évidentes. La plupart des joueurs rapportent consommer plus de tabac en jouant. La cigarette semble être un moyen pour eux d'apaiser la tension interne inhérente à l'attente du résultat ou au constat de la perte. Certains travaux confirment le lien entre la dépendance tabagique et la régulation des émotions [10]. Étant donné que le jeu pathologique et l'utilisation de tabac sont généralement définis comme des comportements soutenus par une pulsion [8] et que ces deux troubles se

combinent, on peut penser qu'il existe une pathophysiologie commune dans les circuits motivationnels [11]. C'est pourquoi, une intervention pharmacologique serait recommandée. Par exemple, le Bupropion® traite efficacement la dépendance à la nicotine et des données empiriques suggèrent qu'il serait pertinent et bien toléré dans le traitement du jeu pathologique [3]. En parallèle, les thérapies cognitivocomportementales ont montré leur efficacité dans la réduction du comportement tabagique [32].

Prise en charge des cognitions erronées

La plupart des joueurs pathologiques ont des cognitions erronées qu'il s'agisse des stratégies de jeu, des systèmes de calcul, etc. En effet, la plupart des verbalisations des joueurs sont irrationnelles, inadéquates ou erronées, c'est-à-dire qu'elles ignorent voire nient le hasard et ce quelles que soient leurs perceptions initiales du hasard comme déterminant le jeu. Il est important de prendre en compte cet aspect dans le traitement des joueurs, au moyen d'interventions cognitivocomportementales qui permettraient ainsi de «casser» les schèmes de pensées erronées des sujets. Les thérapies cognitives s'attachent à l'étude des mécanismes psychologiques responsables de l'acquisition et du maintien des habitudes de jeu en dépit des conséquences désastreuses [17]. Le but premier est d'amener le patient à la prise de conscience de principes erronés, de fausses croyances à partir de différentes techniques (ex. : la méthode de pensée à voix haute qui consiste à dire à haute voix ce qu'on pense à l'intérieur de soi). Le thérapeute et le patient doivent identifier ensemble les distorsions cognitives par rapport au comportement de jeu telles que l'illusion de contrôle (c'est-à-dire la surestimation de la probabilité d'un succès personnel par rapport à la probabilité réelle ou objective de l'évènement favorable [19]); les biais de souvenirs concernant les gains et les pertes passées (les joueurs pathologiques se rappellent de façon sélective des gains, surtout des gros et ont des difficultés à se rappeler des pertes), etc. L'idée est de modifier ces pensées (ex. : «je n'ai pas gagné dans les dix dernières parties donc je dois gagner»). Il est également important de sensibiliser le joueur à la notion de hasard. Comme les erreurs de pensées reposent le plus souvent sur une connaissance inappropriée du hasard, le joueur et le thérapeute doivent travailler ensemble à établir une définition acceptable de ce concept (tout événement imprévu ou imprévisible sur lequel une personne n'a aucun pouvoir). On observe un changement cognitif lié à un intérêt décroissant pour le jeu dès lors que les sujets sont progressivement convaincus de la prévalence du hasard et de leur incapacité à l'influencer. Par ailleurs, les jeux de hasard et d'argent étant structurellement différents, il est probable qu'il existe différents types de cognitions erronées. La prise en charge pourra ainsi être adaptée en fonction du type spécifique de cognition erronée.

À côté de ces interventions cognitivocomportementales sur le hasard et sa définition, la psychanalyse nous éclaire et oriente la prise en charge vers la recherche de sens en travaillant sur la relation du sujet au contexte et notamment sa relation à la loi. Ce lien entre le joueur et le hasard ou devrait-on dire le rapport du joueur à la loi a d'abord été abordé par Tostain [41] (en s'appuyant sur la

théorie de Lacan) puis il a été repris et développé par plusieurs auteurs tels que Valleur, Bucher et Charles-Nicolas [9,12,42]. Le hasard prend ici une dimension de loi certaine et établie. Il s'agit d'élaborer et d'«élucider» avec le patient ce rapport de force dans lequel il est avec le hasard. Autrement dit, qu'en est-il du «rapport oblique du joueur à la loi» [9]? Pour certains, cette loi implacable fait référence aux échos de la castration symbolique que le joueur n'a jamais connue et qu'il évoque sans relâche dans ce mécanisme répétitif. Ce que cherche le joueur dans la Loi c'est son père n'ayant pas rempli sa fonction de «législateur et d'interdicteur», permettant ainsi la transgression. Le dysfonctionnement de la fonction paternelle («l'ordre symbolique, légal, celui du signifiant phallique») explique l'origine particulière du joueur à l'égard de la loi symbolique. De la même façon, Charles-Nicolas et Valleur aborde le jeu sous l'angle des conduites ordaliques [12]. En tant que transgression, recherche de limites et de confrontation à la loi, les conduites ordaliques présentent une dimension d'interrogation du sujet sur sa relation à l'ordre légal, à la fonction paternelle [42]. C'est aux figures parentales, au destin que le joueur adresse sa question. Ces éléments de compréhension nous amènent à aborder dans la prise en charge avec le joueur, les imagos parentales, les défaillances de celles-ci pour tenter de donner du sens au comportement de jeu.

La motivation au changement

Les joueurs qui viennent consulter sont souvent ambivalents quant à leur désir de changement. Il s'agit alors, d'une part, d'évaluer où en est le sujet par rapport à son désir de changement et, d'autre part, de favoriser un discours de changement. Ainsi, il est important, afin de les engager dans une prise en charge, d'utiliser des techniques qui favorisent cet engagement et notamment l'entretien motivationnel. Ce dernier [27] se centre sur l'expression de l'empathie par rapport au sujet, l'exploration des pensées contradictoires par rapport à l'addiction en réalisant notamment «la balance décisionnelle», etc. Il s'agit sur ce dernier point d'interroger le joueur sur les effets positifs et négatifs de son comportement de jeu, de mettre en évidence une balance pour voir s'il existe plus d'effets positifs que négatifs. Le thérapeute est à ce moment-là dans une écoute active où il n'hésitera pas à intervenir. Cela permet de laisser s'exprimer l'ambivalence du sujet quant à son désir de changement, ce qui est essentiel pour travailler à partir des deux versants de cette ambivalence. Il faut alors éviter la confrontation quand le sujet est réticent au changement et encourager l'auto-efficacité c'est-à-dire améliorer la croyance du sujet en sa capacité à arrêter de jouer. L'utilisation adéquate de la reformulation, des résumés, la manière de questionner en est facilitée et correspond bien à la dimension active de ces interventions. La question sous-jacente est : comment amener le sujet à une meilleure reconnaissance de ses difficultés? Autrement dit, comment faire avec le déni? En confrontant le sujet à son expérience d'usage (cf. l'approche expérientielle [28]) et ce, essentiellement en le faisant verbaliser sur son comportement de jeu tout en effectuant le lien avec son travail, son entourage, sa famille, ses revenus, etc. mais aussi sa capacité à contrôler son comportement de jeu. Il faut pas-

ser par une autoévaluation du comportement de jeu et de ses conséquences. Il faut faire attention à ne pas nommer les choses à la place du sujet. C'est à partir des questions très ciblées et de ses réponses que l'on pourra mettre le patient en face de son comportement et ses contradictions. Pour ce faire, il faut être le plus naïf possible et faire preuve de bon sens.

Travailler sur le comportement de jeu

L'objectif final du traitement préconisé par certains auteurs [30] consiste à rendre acceptable le jeu, « raisonné », à lui enlever son caractère obsédant : accepter de perdre sans vouloir combler les insuccès par de nouvelles mises trop exorbitantes (c'est-à-dire travailler sur la chasse des pertes, le fait de jouer pour payer ses dettes et « se refaire »), ce qui correspond à l'accession à une certaine forme de subjectivation de la perte. Le triptyque des principes généraux du traitement est le suivant : calmer l'excitabilité et l'anxiété ; renforcer les représentations globales de la situation ; canaliser l'énergie vers des objectifs à plus long terme [43]. La proposition d'abstinence complète n'est pas réaliste car elle exacerbe la culpabilité lors d'une rechute [36], pérennisant ainsi le problème. De plus, l'objectif thérapeutique d'une pratique de jeu contrôlée peut amener les personnes ambivalentes à consulter. Il est donc souhaitable de définir des objectifs graduels, plus modestes, articulés autour de cinq étapes de changement telles qu'elles ont été définies par Prochaska et al. [35].

Il est important d'établir une relation de confiance et donc de travailler sur la construction de l'alliance thérapeutique, d'impliquer le conjoint autant que faire ce peut et aider le patient à établir des priorités. La période de rétablissement génère une intensité accrue de l'anxiété, susceptible de favoriser l'éclosion de rechutes, lesquelles devront être considérées comme des complications transitoires. C'est pourquoi des groupes de parole sur la prévention de la rechute semblent particulièrement utiles et intéressants à ce moment là de la prise en charge. Par ailleurs, les techniques cognitivocomportementales [14] ont ici toutes leur place. En effet, l'objectif est de comprendre la place et la fonction du comportement de jeu dans la vie du sujet, de mieux comprendre les éléments déclenchants d'un comportement et ses conséquences. Il s'agit également de renforcer les comportements de non jeu, d'encourager la résolution de problème, d'améliorer les habiletés sociales et prévenir la rechute. Cela peut passer par la restructuration de l'environnement [21] afin de rendre le jeu moins accessible. Par exemple, il faut développer l'engagement dans des activités que le sujet aimait, trouvait plaisantes, agréables, avant de développer des problèmes de jeu ou établir des nouveaux hobbies. Tandis que les patients restructurent leur environnement pendant le traitement, ils acquièrent en même temps de nouvelles habiletés cognitives permettant de réduire le jeu. Il s'agit de travailler avec le patient sur l'identification des éléments déclencheurs du comportement de jeu – par exemple, identifier les déclencheurs internes (pensées, émotions, perceptions et circonstances avant et après le comportement de jeu) et externes (circonstances des débuts, environnement) – et leurs liens avec les situations à risque. Le thérapeute utilise une technique appelée l'analyse fonctionnelle dans laquelle

il identifie avec le patient les antécédents (les pensées, les envies irrésistibles, les déclencheurs) et les conséquences (positives et négatives) du jeu. Il s'agit de « décortiquer » le comportement problème. Avec cette compréhension, le sujet peut commencer à développer des façons de gérer, faire face aux pensées et aux envies irrésistibles menant au comportement de jeu. De plus, il est important de développer des comportements adaptés (recherche de conduites alternatives et apprentissage de comportements incompatibles à l'activité de jeu) ou apprentissage du risque minimum. Cette prise en charge cognitivocomportementale va agir sur le contrôle des stimuli déclenchant le comportement de jeu, sur la capacité à différer la réponse addictive, sur la possibilité de la déplacer sur une activité alternative ou d'exercer une activité incompatible avec la conduite de jeu. La thérapie cherche également à modifier l'estime de soi, le traitement des émotions et à agir sur les processus d'autonomisation.

Prise en charge sociale

Le potentiel de réhabilitation du joueur dépend aussi du réseau social, des liens sociaux, d'où l'importance de cet axe de travail. De plus, une des principales conséquences négatives du comportement de jeu pathologique est les problèmes financiers. C'est généralement à ce moment là, quand ils sont acculés, que les joueurs viennent consulter. Un des axes majeurs de la prise en charge est alors d'aider le joueur face aux difficultés financières engendrées par le jeu. Néanmoins, la confrontation à la réalité peut être violente (celle de la dette) et il est très important de ne pas intervenir trop tôt afin de ne pas risquer une rupture de la relation thérapeutique [37]. Dans les premiers temps de la prise en charge, le sujet est dans un « état second », il ne réalise pas vraiment la situation. La prise en charge sociale doit donc être mise en place progressivement.

Les joueurs pathologiques : quelles spécificités ?

Comme nous l'avons évoqué, les joueurs ne représentent pas un groupe homogène. Il semble donc important de pouvoir adapter la prise en charge en fonction du type de joueur auquel nous sommes confrontés. Ainsi, il faut savoir à quelle catégorie appartient le joueur pathologique. La question centrale est celle de la place du comportement de jeu dans le fonctionnement psychique du joueur afin de tenter de comprendre la fonction du jeu.

Prise en charge en fonction du type de joueur pathologique

Pour les joueurs pathologiques « vulnérables émotionnellement » qui jouent pour échapper ou soulager leurs états affectifs aversifs, ces sujets ont besoin d'apprendre des stratégies de coping et des moyens de gérer leurs sources de stress [39]. La faible tolérance à la détresse a récemment été identifiée comme facteur contribuant à l'échec du traitement [16] ce qui corrobore l'idée que certains sujets jouent pour échapper aux émotions désagréables, douloureuses. Ainsi, les thérapies qui améliorent le développement des stratégies de coping peuvent réduire l'échec du traitement et la rechute. Là encore, des méthodes de thérapie cognitive qui traitent la dépression seraient utiles [18].

Par exemple, les thérapies de Beck [2] ont aidé les sujets déprimés à casser leur pattern cyclique de pensées négatives et de solitude. Les effets combinés des thérapies cognitivo-comportementales seraient synergiques. En effet, abaisser les symptômes de dépression peut aussi diminuer l'impulsion à fuir ces symptômes [13]. De plus, si les symptômes dépressifs sont très sévères, il semble important de pouvoir mettre en place un traitement antidépresseur adapté pour le sujet. Concernant les interventions d'orientation psychodynamiques, elles sont essentielles lorsque émerge une problématique autour d'un événement de vie ayant eu valeur de traumatisme pour le sujet. L'écoute se centrera alors sur la réalité psychique interne du patient. Nous sommes ici du côté de la gestion des émotions. Souvent le sujet utilise le jeu comme moyen d'anesthésier voire d'échapper à des états émotionnels douloureux. Il s'agit ici de l'aider à prendre conscience de ses mouvements pulsionnels internes afin de mieux les mentaliser, les penser, les verbaliser et les gérer. Le clinicien doit travailler dans le sens de la liaison entre affect et représentation. Il faut travailler à l'élaboration, à la verbalisation du traumatisme. Un écueil est à éviter, celui du factuel et de l'intellectualisation. Pour remettre les processus de pensée en marche, le thérapeute devra favoriser l'expression des émotions. Dans ce cas, un travail autour du corps est préconisé. Le sujet est souvent pris dans un désir de maîtrise qui accentue une tendance à refouler ses émotions sans pouvoir le reconnaître. Des séances de relaxation ou de sophrologie combinées à une thérapie individuelle lui permettront ainsi de mieux connaître et découvrir les sensations qui proviennent du corps et qu'il a tendance à refouler. L'objectif est de l'aider à reprendre doucement et progressivement contact avec son corps, à découvrir l'émergence de ses émotions et la gestion de celles-ci ainsi que le plaisir de l'utilisation de son corps propre.

Les joueurs pathologiques « antisociaux impulsifs » se caractérisent en partie par des niveaux élevés de recherche de sensations. Ils jouent pour l'adrénaline que le jeu procure. Ainsi, il apparaît important de pouvoir trouver avec le patient des activités procurant des sensations mais moins dommageables pour le sujet (par exemple des activités sportives mais sans prise de risque extrême). De plus, on retrouve chez ces joueurs une impulsivité élevée qui affecte plusieurs aspects de leur fonctionnement psychosocial. En plus de favoriser le manque de motivation à chercher un traitement, ce trait de personnalité a été identifié comme facteur contribuant à l'échec de la prise en charge et à la rechute [20]. Cet élément permet de confirmer l'idée de se focaliser sur des techniques thérapeutiques qui aident les patients impulsifs à rester sur une cible avec des objectifs précis de guérison. Ainsi, les joueurs impulsifs obtiendront plus de bénéfices des thérapies cognitivo-comportementales que de tout autre forme de prise en charge car elles offrent une approche structurée qui s'occupe par exemple des pensées distorsionnées par rapport au jeu et qui souligne l'importance de restructurer l'environnement afin de rendre le jeu moins accessible. Par ailleurs, ces joueurs pathologiques présenteraient des caractéristiques alexithymiques [7]. Dérivé du grec, l'alexithymie signifie étymologiquement « incapacité à exprimer ses émotions par des mots ». L'alexithymie est un concept multidimensionnel qui s'organise autour de quatre principaux axes

[40] : l'incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles ; la limitation de la vie imaginaire ; le recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions ; et la pensée à contenu pragmatique. Plusieurs études ont mis en évidence une prévalence élevée de l'alexithymie chez les joueurs pathologiques [24,31]. Néanmoins, il semble d'une part que certaines caractéristiques de l'alexithymie soient retrouvées chez les joueurs pathologiques et, d'autre part, que ce trait de personnalité ne soit pas caractéristique de tous les joueurs [7]. Chez les joueurs pathologiques « antisociaux impulsifs », l'alexithymie (et plus particulièrement l'incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et à les distinguer des sensations corporelles) et la recherche de sensations seraient corrélées. En effet, comme nous le rappelle Marcelli [26], « une psyché vide d'émotions exige un corps plein de sensations ». L'objet du désir renvoie aux émotions, l'objet du besoin quant à lui renvoie aux sensations. Chez ces joueurs pathologiques, les sensations qu'ils retirent du jeu permettent de compenser un déficit dans la capacité à réguler et moduler leurs émotions. Il semble donc important pour ce groupe de joueur de pouvoir intégrer dans la prise en charge un travail autour du corps. En accord avec plusieurs auteurs [38], il est important de développer des techniques psychothérapeutiques spécifiques afin d'améliorer l'identification et la différenciation des émotions chez les sujets présentant une mauvaise régulation émotionnelle. Comme pour le sous-groupe précédent, des séances de sophrologie par exemple, en combinaison avec un suivi individuel centré sur la verbalisation des affects, pourraient permettre au sujet de prendre conscience et de découvrir les sensations qui proviennent du corps. L'objectif serait d'aider le sujet à identifier et verbaliser ses émotions. Après avoir identifié et nommé leurs émotions, essayé de comprendre les origines de leurs sentiments, évalué la façon dont ils les affectent et comment ils les gèrent, identifié les manières de les gérer, les joueurs pathologiques vont apprendre de nouvelles façons d'éprouver des émotions et de les gérer.

Conclusion

La prise en charge des joueurs pathologiques est complexe et multidimensionnelle. C'est pourquoi, une approche intégrative semble la plus pertinente et la plus efficace. Le type de prise en charge doit être adapté pour chaque type de joueur, ce qui nécessite une évaluation préalable et une exploration approfondie du rôle joué par le jeu dans la vie du sujet. Quelle que soit la catégorie auquel le joueur appartient, il est important de pouvoir combiner à une approche psychosociale des traitements pharmacologiques. Cette association semble plus efficace qu'une approche unique. Aujourd'hui, il n'y a pas de médicament préconisé pour le comportement de jeu mais les recherches continuent à examiner les antidépresseurs, notamment le lithium qui permettrait une stabilisation de l'humeur, une réduction de l'impulsivité et réduirait l'excitabilité pathologique en calmant le frisson du jeu qui accompagnerait l'attente du résultat du pari ; et la naltrexone, utilisée aujourd'hui dans la réduction des effets renforçateurs de l'alcool et qui bloque les effets de l'héroïne.

Les recherches qui étudient les facteurs menant à l'échec du traitement et à la rechute sont très récentes. Néanmoins, il semble important d'identifier clairement ces facteurs. Ainsi, les chercheurs pourront utiliser cette compréhension afin de développer des interventions efficaces pour ce trouble. En dépit des limites des recherches actuelles, les approches qui fournissent des résultats encourageants sont [21] : les approches qui tentent de modifier les distorsions cognitives sur le jeu et qui restructurent l'environnement du patient, l'entretien motivationnel qui améliore la volonté du patient à s'engager dans des étapes de changement et les approches cliniques structurées telles que les interventions cognitivocomportementales. Néanmoins, et comme nous l'avons proposé ici, les approches corporelles et psychodynamiques ont également tout leur intérêt. Les recherches futures devront aider à déterminer les meilleurs traitements pour les joueurs pathologiques et confirmer l'efficacité de la combinaison de diverses approches.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Battersby M, Tolchard B, Scurrah M, et al. Suicide ideation and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service. *Int J Ment Health Addict* 2006;4:233–46.
- [2] Beck JS. *Cognitive conceptualization. Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press; 1995.
- [3] Black DW. An open-label trial of bupropion in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:108–10.
- [4] Blaszczynski A. Pathways to pathological gambling: identifying typologies. *E-Gambling Electron J Gambl Issues* 2000;1:1–11.
- [5] Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;7:487–99.
- [6] Bonnaire C, Bungener C, Varescon I. Pathological gambling and sensation seeking- How do gamblers playing games of chance in cafés differ from those who bet on horses at the racetrack? *Addict Res Theory* 2006;14:619–29.
- [7] Bonnaire C, Bungener C, Varescon I. Subtypes of French pathological gamblers: comparison of sensation seeking, alexithymia and depression scores. *J Gambl Stud* 2009, disponible en ligne, [doi:10.1007/s10899-009-9142-z](https://doi.org/10.1007/s10899-009-9142-z).
- [8] Brody AL, Mandelkern MA, London ED, et al. Brain metabolic changes during cigarette craving. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:1162–72.
- [9] Bucher C. L'addiction au jeu ou l'éternel retour à la machine à perdre. *Psychotropes MIT* 1997;2:65–79.
- [10] Carton S. Aspects psychologiques de la régulation émotionnelle dans la dépendance tabagique? *Ann Med Interne* 2001;152:1S60–1S.
- [11] Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescent: a critical period of addiction vulnerability. *Am J Psychiatry* 2003;160:1041–52.
- [12] Charles-Nicolas A, Valleur M. Du sens dans la prise de risque : les conduites ordaliques. *Neuro Psy* 1996;11:324–30.
- [13] Clarke D. Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Pers Indiv Diff* 2006;40:5–15.
- [14] Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson; 2001.
- [15] Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, et al. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders-Results from the St-Louis Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Public Health* 1998;88:1093–6.
- [16] Daughters SB, Lejeuz CW, Lesieur HR, et al. Towards a better understanding of gambling treatment failure: implications of transitional research. *Clin Psychol Rev* 2003;23:573–86.
- [17] Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, et al. *Le jeu excessif*. Paris: Les Éditions de L'Homme; 2000.
- [18] Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, et al. *Understanding and treating the pathological gambler*. New York: John Wiley and Sons; 2002.
- [19] Langer EJ. The illusion of control. *J Pers Soc Psychol* 1975;32:311–28.
- [20] Leblond J, Ladouceur R, Blaszczynski A. Which pathological gamblers will complete treatment? *Br J Clin Psychol* 2003;42:205–9.
- [21] Ledgerwood DM, Petry NM. Current trends and future directions in the study of psychosocial treatments for pathological gambling. *Curr Dir Psychol Sci* 2005;14:89–94.
- [22] Ledgerwood DM, Petry NM. Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Res* 2006;144:17–27.
- [23] Ledgerwood DM, Steinberg MA, Wu R, et al. Self-reported gambling-related suicidality among gambling helpline callers. *Psychol Addict Behav* 2005;19:175–83.
- [24] Lumley MA, Roby KJ. Alexithymia and pathological gambling. *Psychother Psychosom* 1995;63:201–6.
- [25] Maccallum F, Blaszczynski A. Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33:88–98.
- [26] Marcelli D. Une psyché vide d'émotions exige un corps plein de sensations. *Cah Psychol Clin* 1996;6:111–27.
- [27] Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à s'engager dans le changement*. Paris: Dunod; 2006.
- [28] Morel A, Coueron JP. *Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner*. Paris: Dunod; 2008.
- [29] Newman SC, Thompson AH. A population-based study of the association between pathological gambling and attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33:80–7.
- [30] Orford J. *Problem gambling and other behavioural addictions*. London: Office of Science and Technology; 2006.
- [31] Parker JDA, Wood LM, Bond BJ, et al. Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. *Psychother Psychosom* 2005;74:51–5.
- [32] Perkins KA, Marcus MD, Levine MD, et al. Cognitive-behavioral therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:604–13.
- [33] Petry NM. A comparison of treatment-seeking pathological gamblers on preferred gambling activities. *Addiction* 2003;98:645–55.
- [34] Petry NM, Kiluk BD. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:462–9.
- [35] Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviours. In: Marlatt GA, VandenBos GR, editors. *Addictive behaviors: reading on etiology, prevention and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997. p. 671–96.
- [36] Rankin H. Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behav Res Ther* 1982;20:185–7.
- [37] Rossé E, Codina I. Internet : un amplificateur pour les addictions comportementales. *Psychotropes* 2009;15:77–91.
- [38] Speranza M, Corcos M, Guilbaud O, et al. Alexithymia, personality and psychopathology. *Am J Psychiatry* 2005;162:1029–30.
- [39] Steel Z, Blaszczynski A. Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. In: Marotta JJ, Cornelius JA,

- Eadington WR, editors. The downside: problem and pathological gambling. University of Nevada Reno, NV: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gambling Institute, College of Business Administration; 2002. p. 107–23.
- [40] Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
- [41] Tostain R. Le joueur, essai psychanalytique. *Inconscient* 1967;2:117–32.
- [42] Valleur M. L'ordalie : au risque du hasard. In: Venisse JL, Bailly D, Reynaud M, editors. *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelles préventions?* Paris: Masson; 2002. p. 59–73.
- [43] Valleur M, Bucher C. Le jeu pathologique. *Toxibase* 1999;3:1–23.
- [44] Zangeneh M. Suicide and gambling. *Austr E J Adv Ment Health* 2005;4:1–3.