

Dr Marie Grall-Bronnec*, Dr François-Xavier Poudat**, Pr Jean-Luc Vénisse***

* Psychiatre, Praticien hospitalier, Centre de référence sur le jeu excessif, Pavillon Louis Philippe, Hôpital Saint-Jacques, 85, rue Saint-Jacques, F-44093 Nantes Cedex 1. Courriel : marie.bronnec@chu-nantes.fr

** Psychiatre, Nantes, France

*** Psychiatre, Professeur des universités, CHU de Nantes, France

Reçu juillet 2008, accepté septembre 2008

Jeu pathologique

Exemple de thérapie cognitive centrée sur les pensées dysfonctionnelles

Résumé

Le jeu pathologique, s'il semble encore être un problème mineur pour beaucoup, fait l'objet d'une attention particulière et récente, tant des autorités sanitaires que des opérateurs de jeu. La prise en charge "structurée" des joueurs pathologiques est encore à ses débuts et l'affaire d'équipes spécialisées. Il s'agit le plus souvent de thérapie cognitivo-comportementale. Cet article vise à présenter la situation d'Antoine, jeune joueur pathologique, à qui un programme thérapeutique insistant particulièrement sur la dimension cognitive du trouble a été proposé.

Mots-clés

Jeu pathologique – Évaluation – Distorsion cognitive – Thérapie comportementale et cognitive.

Le jeu pathologique est considéré par beaucoup comme un modèle d'addiction comportementale. Parmi les différentes approches théoriques, les modèles cognitivo-comportementaux sont particulièrement pertinents dans la compréhension de sa psychopathologie. Ainsi, on peut voir dans les conditionnements répondant et opérant un modèle explicatif du développement et du maintien de la dépendance au jeu. Il semble aussi que les joueurs pathologiques se caractérisent par des pensées dysfonctionnelles spécifiques qui contribuent à initier et surtout à entretenir le comportement de jeu (1-2). La prise en charge thérapeutique des joueurs pathologiques est souvent longue et difficile, incitant à adopter une approche globale, au plus près de leurs difficultés tant psychologiques que socio-

Summary

Pathological gambling. Example of cognitive therapy focusing on dysfunctional thoughts

Pathological gambling, although it is considered by many to be still a minor problem, has recently been the subject of particular attention by health authorities and gaming operators. The structured management of pathological gamblers is still at an early stage and is confined to specialized teams. It usually consists of cognitive and behavioural therapy. This article presents the situation of Antoine, a young pathological gambler, in whom a therapeutic programme particularly insisting on the cognitive dimension of the disorder was proposed.

Key words

Pathological gambling – Evaluation – Cognitive distortion – Cognitive and behavioural therapy.

affectives, financières, voire judiciaires. De longue date, les pays nord-américains ont développé des approches psychothérapeutiques spécifiques et structurées, sous la forme de thérapies cognitivo-comportementales (3).

Cas clinique

Antoine a souffert d'un problème de jeu entre 2001 et 2005, date à laquelle il prend rendez-vous pour la première fois dans le service. Les conséquences négatives sont nombreuses : isolement socio-affectif, vols (30 000 euros à deux employeurs successifs), licenciements, condamnations (remboursement des sommes volées, obligation de

Tableau I : Liste des occasions de jouer : autoquestionnaire explorant neuf situations propices au jeu excessif (6)

Occasion de jouer	Exemple de question : "J'ai joué de manière excessive lorsque..."
Exposition au jeu	... je me rendais dans un établissement où il était possible de jouer"
Consommation d'alcool ou de drogues	... j'avais consommé de l'alcool"
Manque d'occupation	... je m'ennuyais"
Problèmes financiers	... je pensais aux emprunts que j'avais faits et que je devais rembourser"
Émotions agréables	... j'avais envie de célébrer quelque chose"
Émotions déplaisantes	... je me sentais mal dans ma peau"
Problèmes relationnels	... j'étais en conflit avec d'autres personnes"
Pression sociale incitant à jouer	... quelqu'un m'invitait à l'accompagner pour jouer"
Test de la maîtrise de soi	... je voulais vérifier si je pouvais jouer avec modération"

soins). Contraint par son jugement, il débute alors un suivi (consultations mensuelles et groupe de parole). Il insiste à la première consultation sur son "abstinence" depuis plusieurs semaines, "sans aucune difficulté" dit-il. Il apparaît cependant évident que l'abstinence n'est rendue possible que par des mesures externes (interdiction de casino, curatelle renforcée, menace d'incarcération). Antoine convient qu'il reste fragile. Surtout, il conserve des distorsions cognitives fortes. Une thérapie cognitive lui est alors proposée, avec l'objectif de prévenir une rechute.

Évaluation précédant la thérapie cognitive

Concernant le problème de jeu :

- . Motif de la demande de prise en charge : maintenir l'abstinence vis-à-vis du jeu.
- . Diagnostic DSM-IV (4) : jeu pathologique en 2001-2005, abstinence actuelle.
- . Jeux posant problème : machines à sous dans les casinos (vidéo-poker).
- . Acquisitions des habitudes de jeu : initié au casino par un ami, Antoine a développé un problème de jeu vers l'âge de 28 ans. Il passait alors en moyenne 15 heures par semaine au casino et y dépensait 700 euros. Actuellement, il estime son problème de jeu maîtrisé à 75 %. Au cours de la semaine écoulée, son envie de jouer est de 0 %, et il n'a pas passé de temps ni perdu d'argent au jeu.
- . Sévérité du problème de jeu (*South Oaks Gambling Screen* – SOGS) (5) : en 2001-2005, score rétrospectif de 12/20 ("problème de jeu grave"). Actuellement, score de 0/20 ("bon contrôle des habitudes de jeu").
- . Principales situations à risque et perception d'efficacité personnelle : avoir un libre accès au casino (capacité à s'abstenir de jouer de 0 %); disposer d'un gros capital (0 %); cumul d'événements désagréables (50 %).
- . Liste des occasions de jouer (6) : il s'agit d'un autoquestionnaire explorant neuf situations propices au jeu excessif par 48 questions (tableau I). Dans le cas d'Antoine, "l'expo-

sition au jeu" et "le manque d'occupation" se dégagent nettement.

. Exercice sur la motivation : Antoine dresse la liste des conséquences positives ("excitation", "ne plus penser à sa solitude"...) et négatives ("vol d'argent", "perte des liens amicaux"...) du jeu, et des avantages ("ne plus mentir", "trouver d'autres centres d'intérêt"...) et inconvénients ("plus de montée d'adrénaline"...) à ne plus jouer. Il constate que les avantages à ne plus jouer ont plus de poids que les inconvénients.

Concernant les variables autres que les habitudes de jeu :

- . Examen des autres conduites de dépendance : dépendance à la nicotine (critères du DSM-IV).
- . Inventaire d'anxiété de Beck (7) : score de 1/63 (absence de trouble anxieux).
- . Inventaire de dépression de Beck (8) : score de 1/63 (absence de dépression qui aurait alors nécessité un traitement en priorité).

Concernant ses conditions de vie actuelles : Antoine vit chez ses parents. Sa mère est sa curatrice. Il n'a pas d'autres activités en dehors de son travail comme chef de rayon dans une grande surface.

Grille d'analyse fonctionnelle SECCA

Synchronie (9) :

- . Problème-cible : dépendance aux jeux de hasard et d'argent.
- . Situation : exposition aux jeux de hasard et d'argent dans les casinos, avec pour référence la période de jeu pathologique entre 2001 et 2005.
- . Émotions : tension avant la séquence de jeu, plaisir intense pendant, avec disparition de l'ennui, puis culpabilité tout aussi intense après.
- . Cognitions :
 - dialogue intérieur : Antoine était convaincu de gagner de l'argent en jouant, qu'il avait des compétences lui permet-

tant de gagner, que jouer réduirait son stress (exemples de pensée extraits de son discours : “au casino, j’ai toujours gagné de l’argent...”, “j’étais fier de miser de grosses sommes... je doublais mes mises grâce à l’expérience, parce que je savais que la chance allait tourner en ma faveur...”, “je me battais contre la machine, j’arrivais à la dominer...”). Actuellement, il pense que développer des stratégies l’aiderait à gagner ;

- signification personnelle : Antoine ne trouve pas un sens particulier à ses problèmes de jeu ou à ses envies de jouer ;

- imagerie mentale : bonnes capacités à se représenter mentalement une scène (en particulier, il peut s’imaginer au casino et décrire tous les stimuli environnants (lumières clignotantes des machines à sous, “design sonore” accompagnant leur fonctionnement...), les sensations et émotions ressenties, les pensées concomitantes.

. Comportement : évitement des casinos (interdiction de fréquenter les casinos).

. Entourage : hébergé gracieusement par ses parents, il a en outre confié la gestion de ses biens à sa mère qui est sa curatrice.

. Anticipation : il était impatient d’arriver au casino, imaginait les gains qu’il allait obtenir. Actuellement, pas d’anticipation.

Diachronie :

. Données structurales possibles :

- génétiques : pas d’antécédents familiaux de jeu pathologique ;

- personnalité : pas de troubles de la personnalité selon le DSM-IV.

. Facteurs historiques de maintien : Antoine continuait à jouer “pour se refaire” (les pertes d’argent croissantes “justifiaient” de poursuivre le comportement de jeu, avec l’espoir irrationnel de gain). On note aussi que des événements de vie pénibles sont liés à une aggravation du problème de jeu (licenciements, condamnations).

. Facteurs déclenchant initiaux invoqués : plaisir intense ressenti lors de la première séquence de jeu, lorsqu’il était accompagné de son ami. Il précise n’avoir jamais ressenti une telle excitation.

. Événements précipitant les troubles : Antoine n’en voit pas.

. Autres problèmes : aucun.

. Traitements précédents : psychothérapie d’inspiration analytique pendant six mois en 2003, puis consultations mensuelles et groupe de parole dans le service depuis 2005.

. Maladies physiques : aucune

Thérapie

Programme d’évaluation et de traitement des joueurs excessifs

Ce programme en six étapes a été adapté à la situation particulière d’Antoine, en réduisant le nombre des séances prévu par les auteurs (6) :

. Évaluation initiale (une séance) : telle qu’elle a été décrite précédemment.

. Traitement – dimension cognitive (sept séances) :

- analyse d’une séance de jeu (une séance) : identifier les pensées erronées, déterminer ce qui déclenchait l’envie de jouer, ainsi que les pensées et les émotions associées, préciser le style de jeu spécifique ;

- définition du hasard et des situations à risque (deux séances) : clarifier la définition du “hasard”, distinguer jeux de hasard et d’adresse, sensibiliser aux situations à risque, démontrer l’influence du discours intérieur sur la décision de jouer ;

- erreurs de pensées (deux séances) : informer sur les différents pièges des jeux afin de reconnaître les erreurs de pensée ;

- exercices “à moi de jouer” (deux séances) : remettre en question les pensées erronées, et faire prendre conscience que le contrôle du jeu appartient au joueur.

. Prévention des rechutes (une séance) : préparer le patient à cette éventualité, et travailler avec lui les mesures d’urgence à mettre en place.

. Évaluation post-traitement (une séance) : faire le point sur ce qui a été acquis, faire des évaluations des habitudes de jeu, mesurer la perception d’efficacité personnelle devant les situations à risque, ainsi que la perception de contrôle sur le jeu, évaluer l’impact de la modification des habitudes de jeu.

. Suivi (trois, six et 12 mois après l’évaluation post-traitement) : vérifier le maintien des améliorations, faire les mêmes évaluations qu’en post-traitement.

Entre chaque séance, Antoine consigne dans un carnet d’autonotation son envie de jouer et fait divers exercices (par exemple, en début de thérapie, l’exercice sur la motivation, en précisant les avantages et inconvénients à changer) en lien avec la séance précédente.

Description d’une séance sur les erreurs de pensées

La cinquième séance débute par la reprise du carnet d’autonotation. Elle se poursuit par la lecture d’un texte

sur les pièges des jeux pour qu'Antoine prenne conscience que ses pensées dysfonctionnelles limitent sa perception d'efficacité personnelle. Ce texte est ensuite discuté, point par point. Nous nous arrêtons particulièrement sur le concept d'indépendance des tours : "La compréhension que chaque tour est un nouveau tour implique de renoncer à l'observation et à l'adresse" (8). Antoine ne respecte pas ce concept. Nous travaillons alors avec un exemple. Trois séries de piles et faces lui sont dévoilées : P F P F P F P F P F / F F F P F P F F P P / P P P P P P P P P P. Pour prédire le prochain lancé de pièce de la troisième série, il répond qu'"il faut faire un calcul de probabilité, mais ce sera sûrement à 80 % le pile"... Analyser les trois séries et tenter de rationaliser les résultats sont des erreurs de logique. Au fil de la séance, Antoine réalise alors que penser que la machine était programmée l'incitait à poursuivre le jeu. La séance s'achève par la prescription des tâches pour le rendez-vous suivant : remplir le carnet d'autonotation et repérer ses propres "pièges", c'est-à-dire ses convictions erronées concernant le hasard et le jeu.

Discussion

Il est important de noter que l'alliance thérapeutique est d'emblée de qualité et qu'Antoine se sent à l'aise dans le cadre qui lui est proposé. Lors de la dernière séance, nous évaluons ensemble le résultat du traitement :

. Score au DSM-IV pour le jeu pathologique de 0/10 (pas de problème de jeu).

. Questions liées au jeu : impression que le problème est maîtrisé = 85 % ; envie de jouer = 0 ; temps passé à jouer = 0 ; argent perdu au jeu = 0.

. Perception d'efficacité personnelle face aux situations à risque : avoir un libre accès au casino (capacité à s'abstenir de jouer = 80 %) ; disposer d'un gros capital (30 %) ; cumul d'événements désagréables (70 %). Antoine précise que son sentiment d'efficacité personnelle est en fait de 100 % pour les trois situations en raison de l'interdiction de fréquenter les casinos.

. Inventaires d'anxiété et de dépression de Beck de 0/63 pour les deux.

Il semble que, par ces dix séances, le doute vis-à-vis de la maîtrise du hasard ait pu s'insinuer dans l'esprit d'Antoine. Par cette prise de conscience, qui lui révèle sa fragilité, il a pu petit à petit trouver des pistes pour "faire autrement", en particulier apporter d'autres réponses que le jeu aux événements pénibles qui jalonnent une vie. Les évaluations finales le confirment, permettant de conclure que la thérapie répondait à une bonne indication et a été efficace,

puisqu'elle améliore sensiblement le problème cible d'Antoine. Celui-ci a depuis été réévalué à deux reprises, trois et six mois après la dernière séance : il maintient l'abstinence vis-à-vis du jeu.

Conclusion

Ce travail amène certaines critiques et perspectives. Il aurait été très intéressant de mettre en œuvre ce type de thérapie avec un joueur ayant encore un comportement actif de jeu et de vérifier ainsi si la restructuration cognitive permettait bien de faire cesser le comportement pathologique. Le travail inter-séance aurait été aussi probablement plus riche et pertinent. Il serait sûrement efficace de développer ce type de prise en charge sous forme de groupe. La rencontre avec d'autres sujets souffrant des mêmes difficultés conduit à des mouvements d'identification tout à fait intéressants. Dans le champ de l'addictologie, les prises en charge de groupe ont montré tout leur intérêt. Elles permettent d'éviter au thérapeute de se mettre dans une position d'expert, qui aurait pour unique objectif la rédition du patient et l'abandon de la conduite pathologique, ce qui aboutit bien souvent à la rupture thérapeutique. ■

M. Grall-Bronnec, F.-X. Poudat, J.-L. Vénisse
Jeu pathologique. Exemple de thérapie cognitive centrée sur les pensées dysfonctionnelles

Alcoologie et Addictologie 2009 ; 31 (2) : 159-162

Références bibliographiques

- 1 - Breen RB, Zimmerman M. Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers. *J Gamb Stud* 2002 ; 18 (1) : 31-43.
- 2 - Petry NM. A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction* 2003 ; 98 (1) : 61-70.
- 3 - Toneatto T, Millar G. Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. *Can J Psychiatry* 2004 ; 49 (8) : 517-525.
- 4 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition, DSM-IV). Washington, DC : APA, 1994.
- 5 - Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks gambling screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987 ; 144 : 1184-1188.
- 6 - Ladouceur R, Boutin C, Doucet C, Lachance S, Sylvain C. Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs. Laval, QC : CQEPTJ, Université Laval, 2000.
- 7 - Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Cons Clin Psychol* 1988 ; 56 (6) : 893-897.
- 8 - Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the Depression inventory. In : Pichot P. Psychological measurements in psychopharmacology. *Modern Trends in Pharmacopsychiatry* 1974 ; 7 : 151-159.
- 9 - Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. 3^{ème} édition. Paris : Masson, 2001.