

12

Traitements par approche cognitivo-comportementale

Parmi les nombreuses techniques psychologiques proposées pour le traitement du jeu pathologique, peu ont été évaluées, hormis dans le cadre de traitements ambulatoires.

Les traitements psychologiques évalués dans des études contrôlées sont généralement des traitements d'orientation cognitive et comportementale ou des thérapies brèves issues, le plus souvent, des techniques d'entretien motivationnel. L'accent est généralement mis dans ce type de prise en charge sur la modification des comportements et des cognitions liés au jeu et sur le développement de stratégies de *coping*²³.

Thérapies comportementales

Les méthodes comportementales sont fondées sur les principes de la théorie du conditionnement classique et opérant. Le jeu pathologique est, dans cette perspective, considéré comme un comportement appris qui s'est renforcé au cours du temps à la faveur de renforçateurs positifs (le gain), rapides et courts. Plusieurs techniques comportementales ont été proposées (seules ou en association) : techniques aversives, relaxation, désensibilisation en imagination, exposition *in vivo*. Les données concernant ces techniques sont contradictoires (Barker et Miller, 1968 ; Salzmann, 1982). Seules les techniques de désensibilisation par imagination ont montré une certaine efficacité (Daughters et coll., 2003).

23. *Coping* : de l'anglais *to cope* : faire face, désigne le processus par lequel l'individu cherche à s'adapter à une situation problématique.

Thérapies cognitives et cognitivo-comportementales

La thérapie cognitive dans le jeu pathologique repose principalement sur la restructuration cognitive et la prévention des rechutes (Petry et coll., 2007).

La restructuration cognitive inclut habituellement quatre composantes :

- la compréhension de la notion de loi du hasard (indépendance des tours) ;
- la compréhension des croyances erronées du joueur ;
- la prise de conscience des perceptions erronées lors du jeu ;
- la correction cognitive de ces perceptions erronées.

Une composante comportementale est souvent associée à la prise en charge cognitive. Cette composante doit aider le joueur à mettre en place des mesures concrètes afin de mieux affronter les situations à risque de rechute. C'est ce que l'on appelle la prévention des rechutes. Cette technique de prévention consiste le plus souvent en un apprentissage et la mise en place de stratégies de *coping* permettant d'éviter la rechute. Cette prévention des rechutes repose sur le modèle développé par Marlatt et Gordo (1985), pour qui les sujets addicts ont un déficit dans la capacité à gérer certaines situations de stress ou à risque. Ces situations de stress peuvent être liées à des événements externes ou internes. Ladouceur et coll. (2001), dans le jeu pathologique, décrivent cinq catégories de situations à risque : l'exposition au jeu ; la situation financière ; les problèmes relationnels ; le manque d'occupation ; la consommation d'alcool ou de drogue. Pour certains, les modifications de stratégies de *coping* pourraient être obtenues par diverses modalités de prise en charge comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et également les GA (*Gamblers Anonymous*) ou la prise en charge motivationnelle (Petry et coll., 2007).

Plusieurs études ont été conduites, le plus souvent avec un petit nombre de joueurs pathologiques, en utilisant les thérapies cognitives et cognitivo-comportementales. Sylvain et coll. (1997) ont mené une étude chez 29 joueurs pathologiques. Les patients ont été répartis en deux groupes : un groupe recevant le traitement cognitif et un groupe témoin (sujets placés sur liste d'attente). Chez 86 % des sujets traités par thérapie cognitive (contre 6 % pour les sujets témoins), une amélioration significative des conduites de jeu était constatée. Cette amélioration se retrouvait à 6 et 12 mois. Le nombre d'arrêts de traitement est cependant élevé. Echeburua et coll. (1996) ont montré que les sujets exposés à 3 traitements actifs (exposition-prévention de la réponse, groupe de restructuration cognitive et combinaison des deux) présentaient des taux plus importants d'abstinence à 6 mois post-traitement que le groupe témoin placé sur liste d'attente. Les auteurs ont également montré que le traitement de prévention de la réponse, administré de manière individuelle, avait une efficacité supérieure au traitement combiné ou de groupe à un an post-traitement.

Concernant la prévention des rechutes, Echeburua et coll. (2000) ont traité des sujets dépendants aux machines à sous en associant une exposition *in vivo* suivie par des stratégies de prévention de la rechute. Trois conditions

expérimentales concernant la prévention de la rechute ont été évaluées : prévention de la rechute individuelle, prévention de la rechute en groupe et absence de prévention de la rechute. Les deux groupes bénéficiant de stratégies cognitivo-comportementales de prévention de la rechute avaient à 3 et 12 mois un taux d'abstinence supérieur au groupe témoin. Ces données soulignent l'intérêt potentiel des TCC dans la prévention de la rechute. Comme le soulignent Petry et coll. (2007), les modifications de *coping* proposées par certaines formes de thérapie ne sont responsables que des changements immédiats et n'ont que peu d'effets sur les comportements à long terme. Il est indispensable de mettre en place des programmes spécifiques de prévention de la rechute.

Prise en charge individuelle ou de groupe

La question du format des prises en charge a également été évaluée. La possibilité de développer des prises en charges de groupe doit permettre une prise en charge d'un nombre plus important de patients et de leur faire bénéficier de la dynamique de groupe.

Ladouceur et coll. (2001) ont mené une étude contrôlée, randomisée et avec un groupe témoin (patients sur liste d'attente), visant à évaluer les effets des thérapies cognitives en groupe dans le jeu pathologique. Les résultats obtenus étaient équivalents à ceux rapportés pour la thérapie cognitivo-comportementale opérée sur un mode individuel par cette équipe. Environ 90 % des joueurs traités par thérapie cognitive n'étaient plus classés comme joueurs pathologiques alors que ce taux est de seulement 20 % dans le groupe témoin. Ces résultats se maintenaient après deux ans de suivi.

Bien que les effets immédiats des deux formats de thérapies cognitives (individuelles ou de groupes) soient équivalents pour la majorité des données disponibles (Echeburua et coll., 1996 ; Blazynski et coll., 2001), leurs effets comparés sur la prévention des rechutes sont plus discutés. Pour Ladouceur et coll. (2003), les prises en charge individuelles sont plus efficaces à long terme sur la prévention des rechutes. Ce résultat est retrouvé dans l'étude de Echeburua et coll. (1996) et de Dowling et coll. (2007). Toutefois, pour la prévention des rechutes, les prises en charge individuelles et de groupe s'avèrent équivalentes dans l'étude de Echeburua et coll. (2000). Des travaux complémentaires sont certainement nécessaires.

Problèmes des abandons de traitement au cours des prises en charge cognitivo-comportementales

La thérapie cognitivo-comportementale semble efficace chez certains joueurs pathologiques. Cependant, le taux élevé de mauvaise observance au

traitement et le taux élevé d'abandon au cours de la thérapie constituent une limite à la généralisation de ce type de traitement. Ce taux d'abandon élevé pourrait s'expliquer par une motivation au changement insuffisante chez certains joueurs. Certains joueurs pathologiques inclus dans les programmes structurés cognitivo-comportementaux seraient en fait aux stades de « pré-contemplation » ou de « contemplation » (modèle transthéorique de changement développé par Prochaska et Diclemente, 1983) et ne pourraient bénéficier de stratégies de traitement fondées sur l'action (arrêt ou bien contrôle des conduites de jeu). Ce type de difficultés de motivation à changer un « comportement-problème » est largement développé dans le cadre des entretiens motivationnels (proposés dans les années 1987 par Rollnick et Miller). Pour Petry et coll. (2007), les patients qui « décident » d'entrer dans un traitement ont déjà modifié leurs stratégies de *coping* et la prise en charge ne permettrait que d'aider à renforcer cette modification.

Le modèle transthéorique de changement des comportements identifie différentes étapes :

- la précontemplation : la personne n'a pas l'intention de faire un traitement ;
- la contemplation : la personne voudrait entreprendre un traitement dans les six mois à venir ;
- la préparation : la personne considère sérieusement le fait de faire un traitement dans le mois à venir ;
- l'action : la personne suit régulièrement son traitement ;
- le maintien : la personne suit régulièrement son traitement depuis plus de six mois.

Ces étapes doivent permettre de comprendre l'évolution des personnes concernées au fur et à mesure qu'elles passent d'un stade à un autre. Le processus de changement est constitué de changements de comportements et de changements d'expérience. Le processus de changement d'expérience se compose de la prise de conscience, du soulagement émotionnel, de la réévaluation personnelle et de la réévaluation environnementale, de l'ouverture sociale (*social liberation*). Le processus de changement comportemental se compose du contre-conditionnement (substitution d'un comportement par un autre), des relations d'aide (prise de confiance et acceptation de l'aide d'autres personnes pendant les premiers stades), du renforcement organisationnel (changement des contingences qui réglaient le comportement antérieur), de la libération de soi (engagement personnel dans le changement) et du contrôle des stimuli (contrôle des situations qui déclenchaient le comportement antérieur) (Prochaska et DiClemente, 1983 ; Marcus et Simkin, 1994 ; Prochaska et Velicer, 1997).

Pour décrire le passage d'une étape à une autre, d'autres concepts sont encore utilisés, qui permettent de comprendre comment on passe d'un stade à l'autre :

- confiance en soi (*self efficacy*) : être sûr de ne pas revenir à un comportement antérieur non désiré, même en cas de circonstance à haut risque ;

- tentation : l'intensité de l'envie de revenir à une habitude particulière dans une situation difficile ;
- équilibre décisionnel : évaluation entre avantages et désavantages.

Afin de diminuer le taux d'abandon en cours de traitement, Freidenberg et coll. (2002) ont évalué l'association d'une approche cognitivo-comportementale et des techniques motivationnelles faisant référence au modèle trans-théorique du changement. Cette association permet d'augmenter l'adhésion au traitement. Cette donnée est confirmée par Wulfert et coll. (2006), qui ont traité 9 joueurs pathologiques sévères (essentiellement des joueurs de PMU) en associant entretiens motivationnels et thérapie cognitivo-comportementale. Il n'y a eu aucun perdu de vue. Tous les patients ont participé à la phase active du traitement et ont été suivis pendant 12 mois. Sur les 9 joueurs ayant participé à l'étude, 6 ont été totalement abstinents pendant les 12 mois de suivi, 2 ont nettement réduit leur comportement de jeu et 1 n'a présenté aucune amélioration. Milton et coll. (2002) ont également utilisé la technique de l'entretien motivationnel, mais intégrée dans ce qu'ils dénomment les interventions destinées à augmenter l'observance, en plus de la thérapie cognitivo-comportementale chez 40 joueurs pathologiques. Ces interventions motivationnelles consistent, dans cette étude, en un envoi d'un courrier de rappel après un rendez-vous manqué, des renforcements positifs importants et un développement de l'estime de soi. Ces techniques améliorent de façon significative les taux de poursuite du traitement, par rapport à la thérapie cognitivo-comportementale seule (65 % au lieu de 35 %). Si l'adjonction de techniques améliore l'observance, elle semble de peu d'effets sur l'efficacité des techniques cognitivo-comportementales. Dans l'étude de Milton et coll. (2002), il n'y avait pas de différences en termes de résultats entre le groupe avec techniques motivationnelles et sans (dans les deux groupes, 30 % des patients ne remplissaient plus les critères du jeu pathologique).

Intérêt des thérapies brèves

Afin de faciliter l'accès aux soins, des formats « brefs » de thérapie se sont développés. Ces thérapies brèves reposent essentiellement sur les principes de la motivation au changement de la thérapie cognitive. Dickerson et coll. (1990) ont évalué des prises en charge psychologiques « minimalistes » chez des joueurs pathologiques. Ils ont comparé une « auto-prise en charge » des patients à qui l'on postait un manuel à d'autres patients qui recevaient eux aussi ce manuel mais qui bénéficiaient en plus de contacts téléphoniques ou postaux. Le groupe ayant reçu seulement le manuel a réduit le nombre de sessions de jeu hebdomadaire et le montant des sommes jouées chaque semaine 6 mois après avoir reçu le manuel. Le groupe ayant bénéficié des contacts téléphoniques ou postaux a vu cette réduction des symptômes survenir au bout de 3 mois de prise en charge.

Hodgins et coll. (2001) ont comparé un groupe sur liste d'attente avec des groupes bénéficiant soit d'un manuel d'auto-prise en charge seul (reçu par mail ou par courrier), soit d'un manuel d'auto-prise en charge (reçu aussi par mail ou par courrier) associé à des entretiens motivationnels (par mail ou par courrier). Cent deux sujets ont été randomisés dans les trois groupes et ont bénéficié d'un suivi de 12 mois. Une réduction significative des comportements de jeu a été rapportée par 84 % des sujets ayant au moins bénéficié du manuel après un an de suivi. En début de traitement, le groupe ayant bénéficié du manuel et des entretiens motivationnels a eu des résultats supérieurs au groupe « manuel seul » en ce qui concerne les comportements de jeu. Ce n'était plus le cas à 12 mois après le début du traitement excepté pour les joueurs les moins sévères.

Blaszczynski et coll. (2005) ont développé et évalué des techniques comportementales de type désensibilisation en imagination, reposant sur des méthodes de vidéo cassettes avec utilisation sur deux séances environ et auto-administrées au domicile du patient. L'étude conduite par ces auteurs montre des résultats équivalents à ce qui est rapporté pour les techniques de désensibilisation au cabinet du thérapeute.

Effet à long terme

Dans leur étude, Blaszczynski et coll. (1991) retrouvent seulement 14,2 % de joueurs pathologiques ayant reçu une prise en charge comportementale brève qui sont complètement abstinents à 5 ans. Cependant, dans leur méta-analyse, Pallesen et coll. (2005) montrent que les prises en charge psychothérapeutiques évaluées sont plus efficaces que l'absence de prise en charge à court et long terme. Certains auteurs ont proposé une approche thérapeutique éclectique appelée par ses auteurs « *Gambling decisions* ». Cette approche permet aux joueurs de choisir, s'ils le souhaitent, un objectif de contrôle du jeu plutôt que l'abstinence totale. Dans leur étude chez 117 joueurs pathologiques, Robson et coll. (2002) ont montré qu'avec ce type de stratégies de traitement, 75 % des patients ayant terminé l'étude (sur un an) ne remplissaient plus les critères de DSM-IV du jeu pathologique.

En conclusion, les données publiées sont en faveur d'une efficacité des différentes prises en charge cognitives et comportementales. Il semble toutefois que les effets à long terme de ce type de prise en charge soient modérés.

L'ensemble des données renforce l'idée que l'abstinence totale au jeu n'est pas un objectif raisonnable et réaliste pour la majorité des joueurs pathologiques.

Enfin, Diclemente et coll. (2000) soulignent que les interventions doivent tenir compte des processus de changement tels qu'ils sont proposés dans leur

modèle transthéorique du changement des comportements-problèmes. Les stratégies comportementales seraient plus importantes à mettre en place lors des phases d'action ou de maintenance. Les patients au stade de contemplation pourraient bénéficier d'une approche « structurée » psychothérapique (Derisley et Reynolds, 2000). Il semble que les programmes de prise en charge prenant en compte ce modèle obtiennent dans les addictions des résultats satisfaisants quelles que soient les méthodes et les théories des intervenants (Diclemente et coll., 2000).

BIBLIOGRAPHIE

- BARKER J, MILLER M. Aversion therapy for compulsive gambling. *J Nerv Ment Dis* 1968, **146** : 285-302
- BLASCZYNSKI A, MCCONAGHY N, FRANKOVA A. Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *Brit J Addiction* 1991, **86** : 299-306
- BLASCZYNSKI A, MACCALLUM F, JOUKHADOR J. A comparative evaluation of imaginal desensitisation and group cognitive therapy in the treatment of pathological gambling. In : *Lessons of the past*. COMAN G (ed). Australia, National Association of Gambling Studies, 2001 : 29-39
- BLASZCZYNSKI A, DROBNY J, STEEL Z. Home-based imaginal desensitisation in pathological gambling: short-term outcomes. *Behav Chang* 2005, **22** : 13-21
- DAUGHTERS S, LEJUEZ CW, LESIEUR HR, STRONG DR, ZVOLENSKY MJ. Towards a better understanding of gambling treatment failure: implications of translational research. *Int Psychol Rev* 2003, **23** : 573-586
- DERISLEY J, REYNOLDS S. The transtheoretical stages of change as a predictor termination, attendance and alliance in psychotherapy. *Brit J Clin Psychol* 2000, **39** : 371-382
- DICKERSON M, HINCHY J, ENGLAND S. Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation. *J Gambling Studies* 1990, **6** : 87-101
- DICLEMENTE CC, STOR M, MURRAY K. On a roll: the process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. *J Gambling Studies* 2000, **16** : 289-313
- DOWLING N, SMITH D, THOMAS T. A comparison of individual and group cognitive-behavioural treatment for female pathological gambling. *Beh Res Therapy* 2007, **45** : 2192-2202
- ECHEBURUA N, BAEZ C, FERNANDEZ-MONTALVO J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling. *Behav Cogn Psychother* 1996, **24** : 51-72
- ECHEBURUA E, FERNANDEZ-MONTALVO J, BAEZ C. Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcome. *Behav Therapy* 2000, **31** : 351-364

- FREIDENBERG B, BLANCHARD E, WULFERT E, MALTA LS. Changes in physiological arousal to gambling cues among participants in motivationally enhanced cognitive-behavior therapy for pathological gambling: a preliminary study. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002, **27** : 251-260
- HODGINS D, CURRIE S, EL-GUEBALY N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J Consult Clin Psychol* 2001, **69** : 50-57
- LADOUCEUR R, SYLVAIN C, BOUTIN C, LACHANCE S, DOUCET C, LEBLOND J. Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis* 2001, **189** : 774-780
- LADOUCEUR R, SYLVAIN C, BOUTIN S, LACHANCE C, DOUCET C, LEBLOND J. Group therapy for pathological gamblers : a cognitive approach. *Behav Res Ther* 2003, **41** : 587-596
- MARCUS BH, SIMKIN LR. The transtheoretical model: Application to exercise behavior. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1994, **26** : 1400-1404
- MARLATT GA, GORDOJ JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. Guilford Press, New York, 1985
- MILTON S, CRINO R, HUNT C, PROSSER E. The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: a preliminary study. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002, **27** : 251-260
- PALLESEN S, MITSEM M, KVALE G, JOHNSEN BH, MOLDE H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction* 2005, **100** : 1412-1422
- PETRY NM, LITT MD, KADDEN R, LEDGERWOOD DM. Do coping skills mediate the relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers? *Addiction* 2007, **102** : 1280-1291
- PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983, **51** : 390-395
- PROCHASKA JO, VELICER WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997, **12** : 38-48
- ROBSON E, EDWARDS J, SMITH G, COLMAN I. Gambling decisions: an early intervention program for problem gamblers. *J Gambling Studies* 2002, **18** : 235-255
- SALZMANN M. Treatment of compulsive gambling. *Br J Psychiatry* 1982, **141** : 318-319
- SYLVAIN C, LADOUCEUR R, BOISVERT J. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling : a controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 727-732
- WULFERT E, BLANCHARD E, FREIDENBERG B, MARETLL R. Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behav Modif* 2006, **30** : 315-340