

Aspects cliniques du jeu pathologique

Marie Grall-Bronnec / Service d'addictologie, Institut fédératif des addictions comportementales, CHU de Nantes

Le jeu pathologique représente, à bien des niveaux, le prototype de l'addiction comportementale. On retrouve en particulier les deux symptômes-clés, au cœur de l'addiction, selon le modèle présenté par Goodman : la perte de contrôle sur la pratique des jeux de hasard et d'argent (JHA), et la poursuite du comportement en dépit des dommages multiples¹. Pour résumer, le joueur pathologique est celui qui joue trop : trop souvent, trop longtemps, trop d'argent.

Le jeu pathologique n'est reconnu comme une entité nosographique à part entière par les experts du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux que depuis sa 3^e édition, en 1980² (lire les encadrés 1 et 2). Il est encore actuellement rattaché aux « troubles du contrôle des impulsions, non classés ailleurs », mais l'évolution progressive de son concept amènera à son glissement dans la catégorie des « addictions et troubles liés » dans la 5^e version, en 2013.

L'étude des facteurs de risque

Les parentés avec les addictions les plus classiques, c'est-à-dire aux substances psychoactives, sont nombreuses, en termes cliniques, psychopathologiques, neurobiologiques ou encore génétiques. Les facteurs de risque de devenir un joueur pathologique et de le demeurer, tout comme ceux des autres troubles addictifs, peuvent être envisagés selon le modèle trivarié proposé par Claude Olievenstein au début des années 1970,

résultant d'une interaction entre facteurs de risque liés à l'individu, au contexte socio-culturel et à l'objet de l'addiction, en l'occurrence ici la pratique des jeux de hasard et d'argent (voir figure 1 et l'article « Données actuelles sur le jeu problématique » p. 10).

Un autre modèle a été conceptualisé par Blaszczynski et Nower³. Il décrit les mêmes facteurs de risque, mais postule que les troubles liés à la pratique des JHA sont hétérogènes, quand le précédent modèle en assume une certaine homogénéité. Il s'agit d'un modèle intégrant les différents modèles théoriques du jeu pathologique, qu'ils soient psychanalytique, psychobiologique, comportemental, cognitif, sociologique, ou encore faisant référence aux addictions. Les auteurs ont défini une base commune, le « comportement conditionné », sur laquelle se greffent différentes formes de fragilité.

Trois stratégies thérapeutiques

À partir d'une évaluation multiaxiale, Blaszczynski et Nower différencient ainsi trois sous-types de joueurs, desquels découlent trois grandes stratégies thérapeutiques. Le premier type de joueurs est appelé joueur au « comportement conditionné ». Il s'agit des joueurs sans pathologie prémorbide. La première étape dans la constitution du trouble concerne les facteurs environnementaux, avec une augmentation de la disponibilité et de l'accessibilité des JHA. Le comportement de jeu est ensuite appris, selon les différents modèles d'apprentissage. Des schémas cognitifs particuliers se mettent en

¹ Goodman A. "Addiction: definition and implications", *Br J Addict*, 1990, 85, 11, 1403-8

² APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*, 1980, Washington DC, USA

³ Blaszczynski A, Nower L. "A pathways model of problem and pathological gambling", *Addiction*, 2002, 97, 5, 487-99



1 Le « Jeu pathologique » selon le DSM

Dans ses éditions de 1994 et 2000, le DSM-IV considère qu'il y a « jeu à risque » lorsque 3 ou 4 critères suivants sont présents, et « jeu pathologique » lorsqu'au moins 5 critères sont présents.

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu :

1. Préoccupation par le jeu (remémoration d'expériences de jeu passées, prévision de tentatives prochaines, moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
2. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire, arrêter la pratique.
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique.
5. Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (sentiments d'impuissance, culpabilité, anxiété, dépression).
6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour "se refaire").
7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
8. Commet des actes illégaux (vols, détournement d'argent...), pour financer la pratique du jeu.
9. Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
10. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*, 1994, Washington DC, USA

APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed text revised)*, 2000, Washington DC, USA

2 Deux questions pour dépister

Le questionnaire de dépistage Lie/Bet consiste en deux questions, dérivées des critères diagnostiques de la section « jeu pathologique » du DSM-IV, qui permettent de dépister les problèmes de jeu de façon rapide, avec une excellente sensibilité et une très bonne spécificité. Une réponse positive suffit à faire évoquer des problèmes de jeu :

« Avez-vous déjà menti à votre famille ou vos amis à propos de l'argent que vous avez dépensé en jouant ? »

« Avez-vous déjà ressenti le besoin de miser toujours plus d'argent ? »

Johnson EE, Hamer RM et al., "The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers", *Psychol Rep*, 1997, 80, 1, 83-8

Johnson EE, Hamer RM et al., "The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study", *Psychol Rep*, 1998, 83, 3, Pt 2, 1219-24

3 Les distorsions cognitives liées au jeu

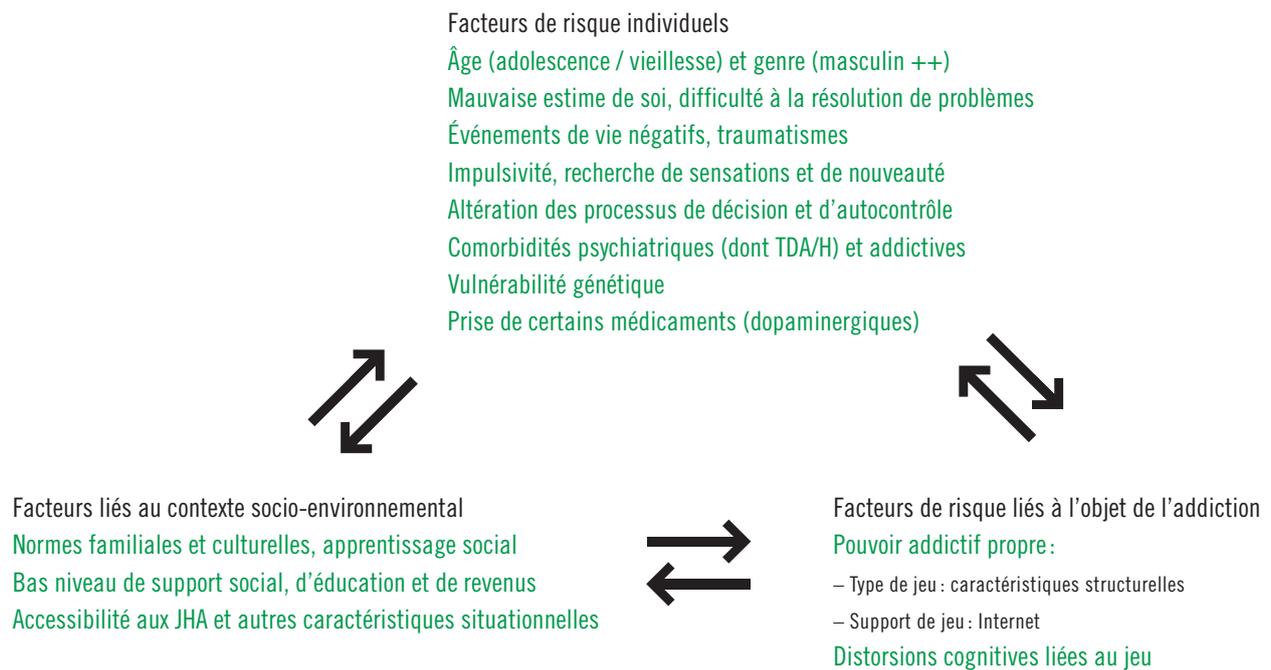
Les distorsions cognitives liées au jeu sont des pensées erronées, des croyances dysfonctionnelles, des erreurs d'appréciation ou de jugement liées à la situation de jeu, et plus spécifiquement au facteur « hasard » qualifiant le JHA. Ainsi, il a été démontré de façon expérimentale qu'elles existent chez tous les joueurs, même chez ceux qui n'ont pas perdu le contrôle sur leur pratique. Elles sont d'autant plus présentes que le sujet est en situation de jeu. Il est aussi établi que ces distorsions cognitives sont plus variées et plus envahissantes sur le plan psychique chez le joueur pathologique, avec un degré de conviction qui s'accroît au fur et à mesure qu'il joue, l'incitant ainsi à poursuivre le jeu.

Il s'agit principalement des biais d'interprétation (interprétation erronée des résultats du jeu, encourageant ainsi le sujet à continuer à jouer en dépit des pertes), de l'illusion de contrôle (croyance selon laquelle le sujet pourrait contrôler les résultats du jeu par l'intermédiaire de compétences, de capacités ou de connaissances personnelles), du contrôle prédictif (moyens par lesquels le sujet pourrait prévoir les résultats du jeu).

Gaboury A, Ladouceur R, "Erroneous perceptions and gambling", *Journal of Social Behavior and Personality*, 1989, 4, 411-420
Ladouceur R, Dubé D, "Erroneous perceptions in generating random sequences: identification and strength of a basic misconception in gambling behavior", *Swiss Journal of Psychology*, 1997, 56, 256-259

Ladouceur R, "Perceptions among pathological and nonpathological gamblers", *Addictive Behaviors*, 2004, 29, 555-565

Figure 1. Synthèse des facteurs de risque impliqués dans le développement et le maintien d'une pratique pathologique des JHA, selon le modèle biopsychosocial



place rapidement. On observe ainsi fréquemment des pensées erronées spécifiques du jeu, qui contribuent au maintien du problème de jeu (pour en savoir plus sur les distorsions cognitives liées au jeu, lire l'encadré 3). L'accoutumance survient, l'activité s'organise dans la durée. Le joueur continue de jouer, perd plus souvent qu'il ne gagne, avec une constante : il joue pour se refaire. Le deuxième type de joueurs concerne les sujets vulnérables sur le plan émotionnel. Cette vulnérabilité psychologique particulière se traduit par des comorbidités anxieuses et dépressives fréquentes et pré-existant au problème de jeu. Ces joueurs, fragiles sur le plan narcissique, se caractérisent par une faible estime d'eux-mêmes, un sentiment d'infériorité ou d'illégitimité. Par la pratique du jeu, ils sont à la recherche d'une réduction de l'attention portée à leurs difficultés existentielles. Ils tentent ainsi de moduler leurs états affectifs, de court-circuiter leur pensée. Ces sujets présentent des difficultés dans la gestion du stress, et font montre de peu de capacités d'adaptation. Ils rapportent fréquemment une impression de vide, un vécu abandonnique. Leur histoire, tant personnelle que familiale, est caractérisée par les traumatismes précoces, les événements de vie douloureux, les troubles addictifs chez les parents. Cette vulnérabilité psychologique repose aussi sur une vulnérabilité

biologique, avec la description d'états d'hypo ou hyper-arousal.

Le dernier type de joueurs, appelé « antisocial impulsif », se distingue des précédents par ses caractéristiques d'impulsivité, de troubles de la personnalité antisociale et de déficit attentionnel, se manifestant par des comportements inadaptés multiples et sévères. L'impulsivité ne se limite pas à la seule pratique du jeu, mais affecte l'ensemble du fonctionnement psychosocial de l'individu. L'hyperactivité sur le plan moteur est fréquente, de même que les abus de substances psychoactives, le risque suicidaire, l'irritabilité, la faible tolérance à l'ennui et les comportements délictueux. L'effet de l'impulsivité est aggravé par la pression et la présence d'émotions négatives.

Quels soins pour quels joueurs ?

Selon une perspective bio-psycho-sociale, et à l'instar des autres conduites addictives, il est classique de proposer aux joueurs pathologiques des prises en charge thérapeutiques multifocales. La psychothérapie individuelle est au centre de ce dispositif, s'appuyant sur différents outils ou champs théoriques (entretiens motivationnels, thérapie comportementale et cognitive, thérapie psychanalytique...). Il s'agit en premier lieu de créer une



alliance thérapeutique de qualité garantissant un accompagnement au long cours. Le désir de changement est suscité tout autant que la compréhension de la fonction de la conduite pathologique. La prévention des rechutes constitue une partie importante du travail psychothérapique. Des entretiens de couple, voire une thérapie familiale, peuvent compléter la psychothérapie individuelle. La participation à un groupe de parole peut être un soutien précieux.

Les médicaments psychotropes sont encore réservés au traitement des comorbidités psychiatriques ou addictives, aucune molécule n'ayant à ce jour obtenu d'autorisation de mise sur le marché, en France ou ailleurs⁴. Néanmoins, la recherche pharmacologique en matière de jeu pathologique existe depuis plus de 10 ans. Un article de synthèse très récent recensait 18 essais thérapeutiques menés en double aveugle et contre placebo, testant des molécules ayant aussi fait l'objet d'études dans le cadre des addictions à des substances psychoactives⁵. On retrouve ainsi des molécules déjà testées dans le vaste champ des addictions : les antagonistes des récepteurs opiacés, les antidépresseurs, les thymorégulateurs et les modulateurs glutamatergiques. Dans l'ensemble, l'effet de ces molécules est supérieur à celui du placebo, même si la taille de l'effet est relativement faible, en raison probablement d'un effet placebo rapporté particulièrement fort⁵.

La prise de conscience des dommages

Le volet social de la prise en charge peut s'avérer indispensable, compte-tenu des pertes financières souvent considérables. Le bilan des sommes perdues au jeu et des dettes constituées secondairement est une étape cruciale, qui participe à la prise de conscience des dommages de la conduite. Il peut aboutir au dépôt d'un dossier de surendettement à la Banque de France. L'aide à la gestion des biens peut passer par la proposition de mesures de curatelle. Enfin, certains joueurs décideront de se faire interdire l'entrée des casinos et seront pour cela inscrits sur une liste nationale par le ministère de l'intérieur.

Blaszczynski et Nower recommandent des soins différenciés selon la typologie précédemment décrite, avec une intensification progressive³. Ainsi, pour les joueurs « au comportement conditionné », la demande de

soin intervient au moment où les pertes financières commencent à avoir un impact sérieux sur la vie du sujet et celle de ses proches. Leur conscience du problème est relativement précoce et la motivation aux soins est authentique. On observe le plus souvent une bonne compliance thérapeutique. Les stratégies de soin visent à proposer des programmes d'intervention minimale (groupes de joueurs anonymes, approches visant la correction des cognitions erronées). Chez les joueurs « émotionnellement vulnérables », on associera psychothérapie, de préférence d'inspiration analytique, stratégies de gestion du stress et chimiothérapie anxiolytique et antidépressive en fonction des comorbidités. Enfin, les joueurs « antisociaux impulsifs » sont considérés comme peu compliant aux soins et peu accessibles aux instructions thérapeutiques. Les thérapies comportementales et cognitives sont intéressantes dès lors qu'elles visent le contrôle de l'impulsivité. On utilisera des médicaments pour contenir les angoisses massives et tenter d'élever le niveau de réactivité au stress.

⁴ Grant JE, Chamberlain SR et al., "Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study", *Psychopharmacology (Berl)*, 2010

⁵ Hodgins DC, Stea JN et al., "Gambling disorders", *Lancet*, 2011