

Psychologie du joueur et thérapie cognitive du jeu pathologique

Laurence Aufrère, Infirmière spécialisée en thérapie cognitive et comportementale, thérapeute du jeu pathologique, département universitaire de psychiatrie adulte, Centre Saint Martin, Lausanne

(réd.) Robert Ladouceur a élaboré, au Québec, une technique pour soigner les personnes dépendantes au jeu. Basée sur la thérapie cognitive, elle part de l'hypothèse que la compréhension des mythes liés au gain des jeux de hasard permet de guérir le patient. Présentation de cette approche.

Introduction

Avant de développer le traitement cognitif du jeu pathologique, nous allons aborder ce qu'est un joueur compulsif tant sur le plan comportemental que sur le plan psychologique et plus précisément, cognitif. En effet, puisque la thérapie découle de la connaissance de ces processus de fonctionnement, ne pas les aborder rendrait peu compréhensibles les techniques thérapeutiques. Pour commencer, nous allons définir le terme "cognitif" et expliquer brièvement l'objectif global d'une thérapie comportementale et cognitive.

La cognition renvoie à notre système de pensées, nos croyances, nos mythes et plus globalement à l'idée que nous nous faisons de nous-mêmes, des autres, de ce qui nous entoure, de nos actions... C'est l'ensemble de nos savoirs sur nous-mêmes et sur le monde et le sens que nous leur donnons.

L'objectif de la thérapie cognitive va être de travailler sur ce sens à travers nos croyances, nos perceptions qui sont supposées être à la base de nos comportements ou émotions perturbés. En fait, les thérapeutes cognitivo-comportementalistes admettent que ce n'est pas tant la présence ou l'absence de croyances ni même le système de pensées en soi qui sont à l'origine de la "normalité" ou de la pathologie mais plutôt leurs caractères modéré ou excessif, pertinent ou peu pertinent, souple ou rigide. C'est à travers le comportement (verbal et moteur) et les émotions que le thérapeute va accéder aux croyances ou au système de pensées de l'individu. Il va les étudier avec le

patient afin de les modifier ou de les assouplir et permettre ainsi au sujet de moins souffrir ou de résoudre le problème pour lequel il a consulté.

Le comportement de jeu est un comportement qui peut vérifier les critères de modération ou d'excès, de pertinence ou non, de rigidité ou non. Le DSM-IV définit les critères et leur quantité pour qualifier l'activité de jeu de "disproportionnée". Celle-ci est dite "pathologique" si le sujet remplit au moins cinq des dix critères et se caractérise par une perte de contrôle comportementale et monétaire face aux jeux de hasard et d'argent. L'individu devient progressivement préoccupé par le jeu, compromet son avenir professionnel ou une relation affective significative, tente de cacher ses habitudes de jeu et peut aller jusqu'à commettre des actes délictueux pour obtenir l'argent du jeu. Les conséquences individuelles et sociales de cette psychopathologie, potentiellement très dommageables, ainsi que l'expansion fulgurante des jeux à travers le monde, corrélée au développement de cette dépendance (Volberg, 1984; Ladouceur & al, 1999), ont fait de celle-ci un problème de santé publique (Volberg, 1984). Pourtant, la compréhension des mécanismes psychologiques à la base de cette pathologie est récente. Les mécanismes qui la sous-tendent sont spécifiques mais peu connus, et ce, particulièrement en Europe. Souvent considérés comme la réplique de ceux d'une autre addiction (alcool ou drogue), ils sont souvent abordés comme tels lors des prises en charge thérapeutiques. Malheureusement, les expériences montrent que ces thérapies sont insuffisantes

voire inefficaces et que les rechutes et la reprise excessive des activités de jeu sont fréquentes malgré une abstinence parfois observée au cours de ces thérapies.

Définir le problème

Dans la compréhension spécifique des mécanismes psychologiques liés aux jeux de hasard et d'argent, le professeur de psychologie Robert Ladouceur, de l'université Laval à Québec, a fait œuvre de pionnier, il y a vingt ans, en développant la recherche clinique dans ce domaine. En tant que chercheur en psychologie expérimentale, comportementale puis cognitive, ses protocoles de recherche se sont basés sur l'étude du joueur "occasionnel" et "compulsif" aux prises avec ce type de jeu. Il a montré que certains critères cognitifs et comportementaux distinguent fondamentalement le joueur excessif du joueur occasionnel qui, lui, joue pour le plaisir et peut cesser son activité par sa propre volonté. Ces critères peuvent se mesurer en termes d'intensité de présence ou d'absence car il existe un continuum entre le joueur dit occasionnel et celui qui est devenu pathologique. L'intensité de certains de ces critères peut en quelque sorte définir le joueur "non pathologique", le joueur "à risque de le devenir" et le joueur "supposé l'être déjà". Il a montré, en revanche, que des similitudes comportementales et cognitives existent également chez ces trois catégories de joueurs. En effet, tous les joueurs s'adonnent à cette activité dans l'espoir de gagner de l'argent. Tous utilisent aussi les mêmes raisonnements logiques et des stratégies similaires lorsqu'ils se trouvent en situation de jeu; celles-ci leur confèrent une illusion de contrôle sur le jeu (Langer, 1975). Chacun d'entre eux, pour gagner au jeu, va tenter de défier le hasard bien que ces moyens soient inefficaces car incompatibles avec les lois du hasard. La différence fondamentale entre le joueur occasionnel et le joueur excessif réside dans la force de la conviction que ce dernier a en ses propres habiletés stratégiques et, par conséquent, en ses propres raisonnements pour battre ce hasard. Ces convictions vont transformer l'espoir de gain en certitude de gain. Ainsi, le paradoxe du joueur qui perd et qui continue malgré tout de miser et qui, comble du paradoxe, va augmenter ses mises est sans doute lié à la sévérité de ces convictions. L'importance de vaincre le hasard réside dans la dimension financière, inhérente à

ce type de jeu, et dans le fait que le joueur excessif a misé l'argent qu'il ne pouvait se permettre de perdre, proportionnellement à sa situation financière. Ainsi, vaincre le hasard est devenu son objectif principal pour, au moins, récupérer ses pertes, même si souvent l'espoir de gagner un gros lot persiste secrètement, en dépit de l'expérience contraire et des désillusions subies.

Des croyances

Selon Custer et Milt (1985), le joueur pathologique va traverser trois phases: **la phase de gain(s)**, celle où, le plus souvent, fortuitement il va gagner une somme d'argent importante ou des sommes d'argent répétées au cours d'une séance de jeu. Ce gain d'argent facile va "accrocher" le joueur d'autant plus qu'il s'attribuera le succès ou qu'il l'attribuera aux faveurs de la chance à son égard. Dans cette phase, le joueur va être euphorique, généreux et va utiliser l'argent pour se faire plaisir. Il va également retourner jouer puisqu'il a été capable de gagner de l'argent aussi facilement et, de surcroît, en s'amusant. Or, l'espérance de gain est négative pour le joueur, il va donc fatalement entrer dans une **phase de perte**. Cependant, il ne reconnaît pas ces pertes comme un processus normal inhérent à la structure même du jeu, mais il les interprète comme "une absence de gain temporaire" contre laquelle il va lutter en tentant d'attirer à nouveau la chance à lui, soit en émettant des comportements superstitieux, soit en tentant de nouvelles stratégies supposées, selon lui, gagnantes. Ainsi, le joueur va s'acharner pour retrouver ce qu'il appelle "cette phase de gains" dont il a la certitude qu'elle existe. Il va progressivement miser l'argent qu'il ne pouvait se permettre de perdre et va donc tout faire pour le récupérer. Le joueur va commencer à s'endetter, à être extrêmement préoccupé par le jeu et l'argent du jeu. Il va devenir irritable et va entrer dans une spirale infernale d'augmentation croissante de ses mises pour "se refaire", en vain. Malheureusement, au cours de ces séances de jeu, certains petits gains vont venir renforcer l'idée que le gros gain est à venir, qu'il a "presque gagné". Ce "presque gagné" rend d'autant plus improbable l'abandon de cette activité que le sujet a la conviction que le gain doit arriver. Cette croyance rigide qui engendre sa lutte pour le gain et son absence de succès vont entraîner le

joueur dans une dépression, celle-ci pouvant le mener au suicide. C'est la **phase de désespoir**. Il se culpabilise d'avoir tout perdu ou d'avoir entraîné son entourage à la faillite. Son estime de lui s'effondre. Il va perdre progressivement tout soutien, son emploi, les divorces sont fréquents... Malgré ces conséquences et, en toute bonne foi, il continuera de jouer parce qu'il n'est pas conscient des processus mentaux qui le piègent et qui maintiennent son activité de jeu.

Avant d'aborder le chapitre sur le traitement, il faut mentionner qu'il existe encore de nombreuses inconnues sur cette psychopathologie, même si les facteurs cognitifs semblent être fondamentaux dans son acquisition puis son maintien. A l'heure actuelle, les facteurs discriminants qui précipitent un joueur "occasionnel", plutôt qu'un autre, vers la pathologie, sont encore ignorés. Cette même inconnue existe pour ceux qui précipitent le joueur "à risque" vers la pathologie ou qui lui permettent de se maintenir "à risque" ou encore de redevenir un joueur "occasionnel". En effet, il existe de grandes disparités interindividuelles quant au délai d'acquisition de cette maladie et quant à la possibilité même de sa survenue. Pourtant, de nombreuses études ont montré que la pratique de cette activité augmente la probabilité d'apparition de la pathologie du jeu. Il est donc vraisemblable de penser que des facteurs protecteurs puissent éviter ce processus d'acquisition mais leur nature n'a pas encore été établie.

La thérapie cognitive

La thérapie cognitive du jeu pathologique a deux objectifs principaux:

- travailler sur les facteurs cognitifs qui entretiennent cette psychopathologie afin de réduire voire annuler la motivation à jouer,
- prévenir les possibles rechutes liées à cette dépendance.

L'investigation du patient

• Les habitudes de jeu

Avant de débiter la thérapie du jeu excessif et après avoir établi le diagnostic, il est important de procéder à l'investigation minutieuse des habitudes de jeu du patient. Quels sont les motifs de consultation? A quel(s) type(s) de jeu(x) s'adonne-t-il, depuis combien de temps,

les circonstances de déclenchement de l'activité, l'évaluation de la progression du jeu en termes de temps passé à cette activité et de fréquence. Estimer la période de début de la dépendance, comment se manifeste-t-elle, existe-t-il un syndrome de sevrage à l'arrêt de l'activité de jeu? Pour faire le bilan de la situation du joueur au moment où il consulte il faut connaître le(s) type(s) de jeu(x) au(x)quel(s) il participe, mesurer la fréquence de jeu et la durée de chaque séance, s'il y va seul ou accompagné, s'il consomme de l'alcool pendant les séances de jeu et quelle quantité. Quelles sont les sommes d'argent habituellement dépensées par séance, par semaine ou par mois? Les mises augmentent-elles en cours de séance de jeu? Estimation de l'argent dépensé au jeu depuis le début de l'activité. Etat des dettes de jeu et des dettes en général. Demander d'où provient l'argent du jeu, doit-il mentir pour économiser l'argent du jeu ou pour cacher ses habitudes de jeu? Se sent-il coupable de cette activité. A-t-il tenté de cesser son activité, en vain? Perd-il le contrôle dès qu'il commence à jouer? A-t-il dû commettre des actes répréhensibles selon ses propres critères ou aux yeux de la loi pour obtenir de l'argent pour jouer, si oui, lesquels? A-t-il un jugement en cours, vient-il en traitement sous contrainte judiciaire? Quelles sont ses motivations personnelles à consulter, veut-il arrêter de jouer ou souhaite-t-il jouer de manière contrôlée? Evaluer le degré de la motivation à cesser le jeu....

• L'anamnèse du patient

Dans un second temps, une anamnèse classique approfondie du patient doit être entreprise. On procédera à l'évaluation de l'ampleur des dégâts familiaux, sociaux, professionnels occasionnés par le jeu. On fera le bilan des ressources encore disponibles. Vérifier si le patient est au bénéfice d'une tutelle ou d'une curatelle. On évaluera les antécédents de jeu dans la famille et si des membres (conjoint, fratrie,...) jouent actuellement, avec ou sans lui.

• Les comorbidités psychiatriques et somatiques

Un aspect très important à évaluer est l'état dépressif et le risque de suicidalité. On procédera au(x) diagnostic(s) psychiatrique(s) et somatique(s) antérieur(s) ou actuel(s). On vérifiera la prise ou non d'une pharmacothérapie. Cette évaluation sera suivie d'explications sur le style thérapeutique, le dérou-

lement de la thérapie du jeu, sa durée moyenne, son taux de succès moyen, ses objectifs habituels. Si le patient désire s'engager dans le traitement, il faudra établir un contrat de base consensuel liant le thérapeute et le patient. Il est important de dire clairement au patient qu'une motivation suffisante et sa participation active sont nécessaires, pendant et en dehors des consultations, s'il souhaite enrayer sa dépendance au jeu.

Le travail cognitif

La thérapie cognitive du jeu pathologique est complexe. Les joueurs sont très subtils pour déjouer certaines techniques ou pour faire croire au thérapeute que leurs croyances sont exactes. Comme il n'est pas possible d'aborder toutes les subtilités de cette thérapie, nous traiterons des deux points principaux sur lesquels il est crucial de travailler.

• Le travail sur la motivation à jouer

Si certains joueurs perçoivent clairement leur motivation à s'adonner au jeu comme le désir de gagner de l'argent, ce n'est pas le cas pour tous les joueurs. La plupart donnent des raisons toutes différentes comme explication de cette activité (besoin de s'évader, de fuir la réalité, tout oublier, notamment, les soucis du quotidien...). Pourtant, ce désir de gain monétaire a été mis en évidence comme facteur de motivation principal par les recherches menées sur la psychologie cognitive des joueurs. En réalité, cette motivation n'est pas toujours directement accessible à la conscience. Dans ce cas, elle ne peut être mise à jour que par un travail cognitif spécifique utilisant la méthode de questionnement socratique. Il est pourtant fondamental que le joueur puisse en prendre conscience pour la suite du traitement. Une technique simple et efficace pour modifier la croyance que le jeu est dû aux divers problèmes mentionnés plus haut est de recréer, avec le patient, une séance de jeu habituelle. La seule différence réside dans le fait que tout gain monétaire serait exclu suite aux mises que le patient aurait parié. Le thérapeute demande alors si le patient continue à jouer et si oui, combien de temps? Ensuite seront analysées les différences entre les deux situations (avec gain possible et sans gain possible); si elles existent, quels sont les éléments qui les produisent? Grâce à cette technique, le patient réalisera par le biais d'une réflexion, dirigée par le théra-

peute, que sa motivation première est bien celle de gagner de l'argent. Ceci n'exclut pas que les autres raisons soient tout à fait valables mais elles ne sont pas la cause profonde du jeu. Lorsque le patient aura pris conscience de ce processus il sera possible de passer au travail cognitif sur la certitude de gain puis travailler sur " l'erreur fondamentale ".

• L'erreur fondamentale des joueurs

La particularité des jeux de hasard et d'argent est liée à l'engagement irréversible d'une somme d'argent consentie par le joueur pour espérer gagner à un jeu dont l'issue repose entièrement ou en majorité sur le hasard. Ce rappel est important car le joueur, en situation de jeu, va oublier ou ignorer la dimension du hasard (Ladouceur, 1996). En réalité, la plupart du temps, le joueur confond le hasard avec la chance. Or, nous parlons de hasard quand des événements sont indépendants les uns des autres, lorsque nous ne pouvons pas prédire quand ils arrivent, ni agir sur eux. La chance est tout autre, c'est une probabilité ; celle qu'un événement heureux apparaisse. Une partie importante du travail cognitif consiste à faire prendre conscience au joueur qu'il ne tient pas compte du hasard pendant qu'il joue. On l'appelle "l'erreur fondamentale" (Ladouceur et al, 2000). Le joueur va être informé de ce que sont le hasard et la chance et quelles en sont les implications pour ces types de jeux. Pour mettre en évidence cette absence de référence au hasard et de la faire réaliser au joueur, nous utilisons la méthode de Perkins (1979). Il s'agit de simuler une séance de jeu, par exemple en imagination, et de faire verbaliser, à voix haute, tout ce que le joueur se dit à lui-même, sans aucune censure. Le thérapeute enregistre ces monologues habituellement intérieurs et va les travailler avec le patient puis les corriger. Par exemple, si le joueur joue au vidéo poker, il fait des liens entre chaque tour de cartes, conserve certaines cartes en fonction de ce qui est sorti avant, afin d'augmenter ses possibilités de prédire le jeu suivant. Ces monologues erronés sont appelés "verbalisations irrationnelles" et représentent chez le joueur excessif 70 à 80% de tout ce qu'il se dit en jouant. Ces verbalisations font référence à la chance "*Je vais garder la dame et le valet, j'ai plus de chance*", aux liens entre les tours "*maintenant que j'ai eu un full, je ne vais rien avoir pendant quelque temps*", à des règles fausses "*c'est moi qui choisis les cartes*

que je veux jouer”, à des prédictions “là, ça m’étonnerait que je fasse quelque chose”, à des superstitions “il faut que je tape doucement pour ne pas me tromper, je croise les doigts pour éloigner la malchance”, à l’habileté “Il vaut mieux changer toutes les cartes quand il n’y a rien”, aux capacités personnelles “si j’avais gardé la reine, j’aurais fait la suite... quelle imbécile!”, à la personnalisation de la machine “elle fait exprès de mettre un dix pour me contrarier”....(Aufrère, 1998).

Ces raisonnements erronés sont très ancrés chez le joueur et se mettent en place spontanément. Le travail cognitif qui consiste à corriger ces erreurs avec le patient doit être réalisé minutieusement et en situation de jeu.

• La prévention de la rechute

Au terme de ce travail cognitif, il est possible que le patient rechute, comme dans toute pathologie de la dépendance. Un suivi à long terme est souhaitable, si possible au minimum une année en espaçant progressivement le suivi. Si des rechutes apparaissent, il faudra refaire des séances de rappel et analyser si l’ensemble des facteurs cognitifs ont été travaillés. Il faudra regarder quelles sont les croyances qui peuvent persister ou rechercher d’autres situations à risques qui ont pu générer un retour vers le jeu. Souvent, des croyances erronées, non perçues initialement ou mal corrigées par le thérapeute, peuvent entretenir une sur-estimation des possibilités de gain ou un

doute sur les possibilités de contrôler le jeu. Aussi faible ce doute soit-il, il peut participer à un “manquement à l’abstinence” qui, non repris peut entraîner un processus de rechute totale. Pourtant, le joueur a pu penser qu’il pouvait tenter sa chance “une seule fois, juste pour voir”...

Conclusion

L’impact thérapeutique est sans doute lié à la perte des convictions profondes du sujet de pouvoir contrôler l’issue du jeu par le biais de l’utilisation de stratégies supposées adéquates (Bondolfi & al, 2000). La perte de la certitude de gain est probablement un autre élément qui va peser dans la résolution de cette psychopathologie complexe (Bondolfi & al, 2000).

Le jeu pathologique continue de représenter un défi pour la recherche et pour les thérapeutes. Le développement de l’industrie du jeu et les problèmes de santé publique qui en découlent nécessitent de développer et d’appliquer des traitements efficaces. La thérapie du Professeur Ladouceur a montré son efficacité grâce à des études contrôlées. Son taux de succès est voisin de nonante pour-cent. Bien que cette thérapie soit très prometteuse, il est souhaitable que de futurs travaux puissent élucider les dix ou quinze pour-cent d’échec au traitement. Pour espérer encore mieux, il faudrait connaître les facteurs discriminants d’entrée dans cette dépendance afin de

développer des programmes de prévention primaire efficaces. Ainsi, pourrions-nous oser tenter la chance à moindre risque.

Références

- Aufrère, L. (1998). Thérapie cognitive du jeu pathologique: protocole de cas unique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 3, (2), 8-13.
- Bondolfi, G., Osiek, C., Aufrère, L. & Ferrero, F. (2000). Diagnostic et traitement du jeu pathologique. *Médecine et Hygiène*, 58, 1864-1866.
- Custer, R., & Milt, H. (1985). *When luck runs out*. New York: Facts on File Publication.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1999). Prevalence of problem gambling: A replication study 7 years later. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 802-804.
- Ladouceur, R., Paquet, Cl. Lachance, N., & Dubet, D. (1996). Examen d’une erreur fondamentale dans la perception du hasard. *Journal International de psychologie*, 31, 93-99.
- Ladouceur, R. Sylvain, C., Boutin, Cl., & Douce, C. (2000). *Le jeu excessif: comprendre et vaincre le gambling*. Québec: Les Editions de l’Homme.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Social Psychology*, 32, (2), 311-328.
- Perkins, D. N. (1979). A primer on introspection. Communication présentée au Congrès de l’American Theatre Association Convention, New York.
- Volberg, R.A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, (2), 237-241.