

LE JEU PATHOLOGIQUE : évolutions conceptuelles, caractéristiques cliniques et perspectives psychothérapeutiques

P. GIJSEN (1), R. JAMMAER (2), H. MOURAD (2), W. PITCHOT (3)

RÉSUMÉ : Les jeux de hasard et d'argent constituent une activité répandue dans la plupart des sociétés. Des formes de jeu ont été présentes tout au long de l'histoire et l'on constate ces dernières années, notamment depuis l'avènement d'internet, l'émergence de nouveaux comportements liés aux jeux, à tel point qu'on peut considérer que jamais la société n'a offert autant d'opportunités propices au développement de comportements addictifs. Les représentations sociales de péché, de déviance et de crime associées par le passé aux jeux de hasard ont disparu. Ceux-ci s'inscrivent désormais dans le champ des activités d'amusement répandues et socialement acceptables, dont les bénéfices ne sont pas négligeables. Cependant, les activités liées aux jeux de hasard et le retentissement qu'elles peuvent avoir sur la personne qui s'y adonne de façon inadaptée peuvent être compris comme un trouble psychiatrique caractérisé par une perte de contrôle, dont la nature et la place exacte au sein de la nosologie psychiatrique sont constamment remises en question. Des modalités de prises en charge psychothérapeutiques individuelles et en groupes existent. Les psychothérapies d'inspiration comportementale et cognitive ainsi que leurs développements actuels sont présentés dans l'article.

MOTS-CLÉS : *Jeu pathologique - Addictions - Thérapie cognitivo-comportementale*

Les jeux d'argent et de hasard constituent une activité répandue dans la plupart des sociétés. Des formes de jeu d'argent existaient déjà dans les sociétés primitives et ont été présentes tout au long de l'histoire (1). De nos jours, les jeux de hasard et d'argent sont disponibles sous des formes très variées: jeux de casino, machines à sous, loteries, billets à gratter, jeux sur internet, paris sportifs, courses hippiques, spéculation boursière, etc. et l'on constate, ces dernières années, l'émergence de nouveaux comportements liés aux jeux, en lien avec l'avènement d'internet (2). D'une façon générale, au-delà de la question des jeux de hasard et d'argent, on peut considérer que jamais la société n'a offert autant d'opportunités propices au développement de comportements addictifs (3). En conséquence, l'addiction au sens large du terme

PATHOLOGICAL GAMBLING : CONCEPTUAL EVOLUTION, CLINICAL CHARACTERISTICS AND PSYCHOTHERAPEUTICAL PERSPECTIVES

SUMMARY : Gambling is a common activity among almost all societies. Forms of gambling have been present all along history, but new gambling behaviours seem to emerge since the development of internet, in a way that we can consider that society has never offered so many opportunities of developing addictive behaviours. Social representations of sin, deviance and crime associated with gambling in the past have disappeared. Gambling now falls within the scope of widespread amusement and socially acceptable activities, whose benefits are not negligible. However, gambling and its impact on individuals who give themselves over to it can be understood as a psychiatric disorder characterized by a loss of control, whose nature and exact place within psychiatric nosology are constantly questioned. Individual as well as group psychotherapeutic care modalities exist. Cognitive-behavioural therapies and their current developments are presented in this article.

KEYWORDS : *Pathological gambling - Addiction - Cognitive behavioural therapy*

occupe une place de plus en plus importante dans la société actuelle et devient une notion courante (4). Les représentations sociales de péché, de déviance et de crime associées par le passé aux jeux de hasard ont aujourd'hui disparu (5). Ces jeux s'inscrivent désormais dans le champ des activités d'amusement répandues et socialement acceptables. En effet, les bénéfices engendrés par les activités liées aux jeux de hasard ne sont pas négligeables : revenus versés aux Etats et aux œuvres caritatives, création d'emploi, stimulation de la recherche dans le domaine de l'électronique et de l'informatique (1). Cependant, les activités liées aux jeux de hasard et le retentissement qu'elles peuvent avoir sur la personne qui s'y adonne de façon inadaptée peuvent être compris comme un trouble psychiatrique caractérisé par une perte de contrôle, dont la nature (6) et la légitimité au sein de la nosologie psychiatrique sont constamment remises en question (1). Des possibilités de prises en charge psychothérapeutiques individuelles et groupales existent. Nous en présenterons dans le présent article les modalités d'inspiration comportementale et cognitive, pour lesquelles les études ont fourni des données encourageantes (7).

(1) Psychologue, Psy Pluriel, Liège.

(2) Psychiatre, Psy Pluriel, Liège.

(3) Chef de Service Associé, Service de Psychiatrie, CHU de Liège.

LES JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Un jeu doit réunir trois conditions pour qu'il soit considéré comme un jeu de hasard et d'argent: un joueur doit miser de façon irréversible une somme d'argent ou un objet de valeur dans un jeu dont l'issue repose sur le hasard (8).

LE CONCEPT DE JEU PATHOLOGIQUE ET SES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

UNE POLÉMIQUE INCESSANTE SUR LA NATURE DU JEU PATHOLOGIQUE

Avec son apparition dans le DSM-III en 1980, le jeu pathologique est reconnu officiellement comme un trouble mental. Dorénavant, et c'est là un des apports de ce point de vue, la personne aux prises avec un problème de jeu excessif est un malade qu'il faut aider et traiter. D'un autre point de vue, les comportementalistes considèrent le jeu pathologique comme un apprentissage, une réponse conditionnée acquise notamment par le truchement d'un mécanisme puissant : le renforcement intermittent (9). Les tenants de l'approche expérientielle considèrent, quant à eux, que le jeu constitue «une tentative de recherche de plaisir et d'évitement du déplaisir, une tentative d'adaptation de l'individu à la pression de la vie sociale dans un monde qui se modernise et ne lui a jamais offert autant de possibilités de satisfaction immédiate» (3). Dans cette perspective, ce processus, au cœur du fonctionnement humain, ne peut être uniquement réduit à un syndrome. L'approche expérientielle des addictions propose de partir de l'expérience de l'individu et de mettre en perspective les différents aspects de ce vécu et, ainsi, les différentes disciplines scientifiques qui les étudient (3). Il s'agit en effet de favoriser un enrichissement mutuel des éclairages biologique, psychologique, social et politique au service d'interventions efficaces auprès des personnes aux prises avec un tel problème. Cependant, comme le soulignent Blaszczynski et Nower (10), il n'existe pas, à ce jour, de modèle théorique validé empiriquement qui puisse intégrer, en un cadre conceptuel cohérent, l'ensemble des facteurs biologiques, psychologiques et écologiques intervenant dans le développement de cette addiction.

LE JEU PATHOLOGIQUE DANS LA CLASSIFICATION ACTUELLE

Le jeu pathologique figure actuellement au sein du DSM-IV-TR dans la catégorie «troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs» et nécessite la présence de cinq critères – cinq pour le jeu problématique - au sein d'une liste de dix manifestations cliniques susceptibles d'émailler le décours du trouble (11). Ces critères sont présentés au tableau I ci-dessous. De nombreuses critiques ont été exprimées depuis la parution du DSM-IV en 2003. A titre d'exemple, l'approche catégorielle - selon laquelle il est nécessaire d'atteindre un nombre suffisant de critères diagnostiques pour dépasser un seuil pathologique - sous-tendant cette classification implique une grande hétérogénéité des profils de joueurs : pas moins de 256 combinaisons de critères sont en effet possibles pour cette catégorie diagnostique. De plus, s'il apparaît, d'une certaine façon, logique de rattacher le jeu pathologique à la catégorie des troubles du contrôle des impulsions au vu de l'importance de l'impulsivité chez les joueurs excessifs (12), il semble que celle-ci ne soit qu'un aspect du problème.

Ces dernières années, un consensus sur l'intérêt de rattacher le phénomène du jeu pathologique à la catégorie des «addictions comportementales» ou «addictions sans drogue» (4) semble se dégager. Des données

TABEAU I. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU JEU PATHOLOGIQUE SELON LE DSM-IV-TR

- Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
 - préoccupation par le jeu
 - besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
 - efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
 - agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
 - joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique
 - après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes
 - ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
 - commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournements d'argent pour financer la pratique du jeu
 - met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
 - compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu
- La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque.

issues de divers champs d'investigation suggèrent, en effet, que nombre de processus sous-jacents au jeu pathologique sont communs aux troubles liés à l'utilisation de substances. Ainsi, dans une revue récente des données issues des approches clinique et neurobiologique, Bowden-Jones et Clark (13) rappellent que les joueurs pathologiques peuvent présenter des signes de sevrage (par exemple, une irritabilité exacerbée lors des tentatives d'arrêt ou de limitation des sommes engagées) et de tolérance (reflétée par une tendance à parier des sommes de plus en plus importantes), manifestations considérées comme caractéristiques de l'addiction. Pour ces auteurs, la co-occurrence du jeu pathologique et du mésusage d'une substance dans environ un tiers à la moitié des cas, ainsi que la présence de facteurs de risques similaires – incluant des marqueurs génétiques influençant la neurotransmission de la dopamine – constituent autant de traits communs avec les addictions. Les chercheurs et cliniciens travaillant actuellement à l'élaboration du DSM-V ont, en conséquence, proposé de rebaptiser le dérèglement, «trouble du jeu» (*disordered gambling*), de façon à éviter la confusion entre «joueur problématique» et «joueur pathologique», le retrait de critères diagnostiques présents dans la précédente édition, ainsi que le nombre de critères requis pour correspondre au trouble (14).

Jouer constitue une activité répandue pour beaucoup de gens. Le processus addictif intervient lorsque cette activité prend une ampleur plus importante et interfère avec la qualité de vie de la personne (15). Pour le clinicien, un des aspects les plus frappants du jeu pathologique réside dans son association fréquente avec les troubles psychiatriques (un ou plusieurs) : abus de substances, troubles de l'humeur, troubles de personnalité et personnalité antisociale en particulier, (16) ainsi qu'avec le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (17), et les troubles anxieux (12). Ces désordres peuvent, en outre, constituer des facteurs de risque pour le jeu pathologique (12) ou le motif de la demande d'aide. Une considération importante concernant l'épidémiologie réside dans la façon avec laquelle le jeu pathologique affecte des groupes variés. Ainsi, il semblerait que les sujets de sexe masculin, d'âge jeune, les personnes célibataires, ou ayant de faibles revenus ainsi que les minorités ethniques constituent autant de groupes à risques (1).

APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES DU JEU PATHOLOGIQUE

QUEL(S) OBJECTIF(S) POUR LA PRISE EN CHARGE DU JEU PATHOLOGIQUE ?

Classiquement, la prise en charge psychothérapeutique du jeu pathologique a essentiellement eu pour objectif l'abstinence – définie comme l'absence totale de participation à toute forme de jeu, à quelque niveau que ce soit (18)–, et ce n'est que récemment qu'une série d'auteurs ont commencé à considérer le jeu contrôlé comme un but thérapeutique (19). Plusieurs raisons expliquent cet état de fait. Il existe d'abord un parallélisme avec l'objectif thérapeutique poursuivi habituellement dans le traitement des addictions à l'alcool et aux drogues, sous-tendu par le modèle médical : à partir du moment où le clinicien soupçonne l'existence d'une maladie, un seul épisode de jeu réactive le trouble dans son entièreté et il apparaît légitime de viser la suppression de celui-ci. D'un autre point de vue, il peut être pertinent de considérer les améliorations sur le plan de la qualité de vie de l'individu, des rapports conjugaux et familiaux et sur le plan professionnel, qu'apporterait l'adoption d'un comportement de jeu à un niveau qui ne soit pas nuisible, si toutefois celui-ci existe. Plusieurs recherches semblent attester de la viabilité du jeu contrôlé comme objectif de traitement du jeu pathologique (18, 19), et la préférence pour l'une ou l'autre option – jeu contrôlé ou abstinence – sera guidée par le choix du patient (20).

L'EFFICACITÉ DES PRISES EN CHARGE PROPOSÉES ET LES OBSTACLES AUX TRAITEMENTS

Il semblerait que la thérapie comportementale et cognitive, la plus étudiée ces dernières années, soit efficace dans la réduction des comportements de jeu (21). Il reste néanmoins qu'un manque d'accessibilité aux soins et des problèmes d'abandon en cours de traitement viennent assombrir le tableau (12). Plusieurs explications sont avancées pour rendre compte du faible pourcentage de patients qui accèdent aux soins (pour Rizeanu (17), 90% des patients ayant un problème de jeu ne s'engagent pas dans une prise en charge) et l'importance de l'abandon en cours de traitement (20). Une première raison concerne les hauts niveaux d'impulsivité et d'anxiété constatés chez nombre de personnes concernées par le jeu pathologique (10). De plus, il peut exister une certaine résistance au traitement lorsque le programme théra-

peutique, en individuel ou en groupe, a pour but l'interruption de toute forme de jeu ou lorsque la personne ne considère pas que ses difficultés relèvent d'une maladie et craint d'être stigmatisée (19). En outre, les coûts du traitement et les tentatives de « se refaire » en continuant à jouer peuvent, eux aussi, constituer un obstacle au traitement.

LES APPROCHES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

Le clinicien s'intéressant aux problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent peut compter sur un large éventail d'outils thérapeutiques. Parmi ceux-ci, citons la thérapie cognitivo-comportementale individuelle (et, plus spécifiquement, les techniques de désensibilisation en imagination, de relaxation) ou de groupe, les groupes d'entraide, la thérapie aversive (posant des problèmes éthiques et n'ayant heureusement plus cours aujourd'hui), la thérapie dérivée des Joueurs Anonymes (22). Plusieurs recherches indépendantes ont pu attester de l'efficacité des méthodes d'action psychothérapeutiques d'inspiration comportementale et cognitive (23). Celles-ci incluent une grande variété d'interventions.

Les interventions cognitives ont typiquement pour but de favoriser l'identification et la modification de distorsions cognitives ou croyances erronées associées au jeu. De façon non exhaustive, ces distorsions peuvent concerner :

- le fait de relier entre eux plusieurs tours de jeu alors qu'il s'agit en fait d'événements indépendants;
- l'illusion de contrôle, qui consiste en une surestimation de la probabilité de survenue de l'événement désiré par rapport à sa survenue objective;
- de façon générale, toute superstition sous-tendant les actions menées pendant les épisodes de jeu;
- les pensées soulageantes, définies comme les attentes de réduction du besoin impérieux de jouer, ou du mal-être («Je vais me changer les idées en jouant une partie»);
- les pensées permissives, qui autorisent la personne à jouer («Je rejoue juste une seule fois»);
- les attentes positives, qui concernent les conséquences positives anticipées («Avec ce gain, je vais me refaire et payer mes dettes»);

...

Les interventions comportementales ont pour but de développer des stratégies efficaces pour gérer les nombreux déclencheurs des envies de jouer. Ceci peut se faire, entre autres, via :

- des procédures d'exposition (*in vivo* ou en imagination) dont les objectifs et modalités sont discutés avec le patient (par exemple, se rendre au café où la personne a l'habitude de jouer);
- la désensibilisation par imagination (24), qui consiste en une exposition en imagination, à l'aide d'un script, d'un contexte de jeu élaboré à partir d'éléments-clés très évocateurs du vécu du patient (par exemple, des images mentales, des éléments du contexte, des sensations physiologiques, des cognitions), associée à un état préalable de relaxation;
- l'apprentissage de techniques de relaxation;
- le contrôle du stimulus, qui consiste à réorganiser l'environnement (agir sur la nature d'un stimulus discriminatif) afin de réduire la probabilité d'apparition du comportement de jeu (par exemple, en remplissant et en renvoyant une demande d'interdiction d'accès aux casinos et aux salles de jeux);
- l'apprentissage de stratégies de résolution de problèmes, de façon à développer d'autres réponses aux stress que la réponse de jeu (par exemple, imaginer, puis sélectionner, et implanter une réponse appropriée à une dette financière ou à une difficulté interpersonnelle).

NOUVELLES PERSPECTIVES EN PSYCHOTHÉRAPIE

Ces dernières années ont vu l'émergence de nouvelles perspectives ayant considérablement enrichi le champ des psychothérapies comportementales et cognitives et, de façon générale, d'un grand intérêt pour le clinicien rencontrant des patients aux prises avec un problème lié au jeu. Nous évoquerons ci-après l'entretien motivationnel et la thérapie d'acceptation et d'engagement.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel, mis au point par Rollnick et coll. (25), est utilisé ces dernières années dans des situations diverses lorsque le clinicien considère qu'il y a lieu pour le patient de changer un comportement actuel et d'adopter des comportements de santé. C'est le cas en addictologie, mais aussi dans le traitement de maladies chroniques, lorsque la motivation du patient constitue un véritable enjeu (maladies cardiovasculaires, diabète, régimes, prévention

du sida, psychose, pour ne citer que quelques exemples). Il ne s'agit pas à proprement parler d'un type de psychothérapie, mais plutôt d'un style de communication destiné à mobiliser les propres motivations du patient au changement afin de favoriser l'adhésion au traitement (25). Cet état d'esprit est poursuivi en développant un rapport collaboratif, en favorisant la prise de décision conjointe, en structurant l'entretien de façon à faire émerger les propres raisons et arguments du patient en faveur du changement et en favorisant son autonomie et sa liberté. A l'instar de nombreux autres troubles psychiatriques, la proportion de personnes ayant développé un jeu pathologique ou problématique qui entreprennent une démarche d'aide est faible. L'entretien motivationnel constitue, dans ce contexte, une occasion d'agir sur une des deux variables supposées influencer la décision d'entreprendre une démarche d'aide, à savoir le manque de motivation et la difficulté d'accès aux soins (26).

*LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT
(ACCEPTATION AND COMMITMENT THERAPY – ACT)*

La thérapie d'acceptation et d'engagement, élaborée depuis les années nonante aux Etats-Unis, connaît un développement considérable (27). Cette thérapie s'inscrit dans ce que l'on nomme communément la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives. Pratiquement, la thérapie d'acceptation et d'engagement propose de développer chez le patient une flexibilité psychologique, définie comme la capacité de pouvoir agir de manière souple pour avancer en direction de ce qui est important, même en présence d'obstacles intérieurs et extérieurs (28), à travers trois axes de travail (27).

1) Développer l'acceptation et la défusion des événements psychologiques désagréables

Les événements psychologiques – pensées, émotions, sensations – désagréables conduisent habituellement l'individu à développer des stratégies d'évitement pouvant prendre des formes diverses comme l'usage de substances psychoactives, les ruminations, l'évitement de personnes ou de lieux, les automutilations, les épisodes de jeux, ... Ces stratégies de contrôle, si elles peuvent apparaître efficaces à court terme pour réduire l'inconfort, rétrécissent le champ d'action de l'individu à travers le temps (29). Dans cette perspective, le symptôme n'est plus l'événement psychologique désagréable en soi, mais l'ensemble des stratégies infruc-

tueuses mises en place pour l'annihiler. Les stratégies d'acceptation et de défusion ont pour but de limiter les effets délétères du langage, à savoir l'évitement et la rigidité.

2) Augmenter le contact avec l'instant présent et le changement de perspective sur ses propres événements psychologiques

L'objectif est ici d'augmenter l'attention portée sur tout ce qui entoure l'individu ou sur ses événements psychologiques au détriment du jugement et de l'évaluation via le développement de compétences de pleine conscience.

3) Permettre une clarification des valeurs et le développement d'actions sous-tendues par ces valeurs

Il s'agit ici de permettre à la personne de choisir librement et éventuellement de clarifier les directions de vie qui guident l'action (28) et de favoriser des comportements sous-tendus par ces valeurs. Ces actions engagées en direction des valeurs agissent comme des renforçateurs positifs.

Dans cette perspective, la pratique du jeu peut se concevoir comme une tentative infructueuse de réduire des événements psychologiques vecteurs de souffrance. Ce faisant, tout en passant une partie de sa vie dans des activités liées au jeu, la personne perd le contact avec ce qui lui tient à cœur – ses valeurs – (par exemple, «être un parent disponible»). La thérapie aura ainsi pour but de développer chez la personne un changement de perspective par rapport aux événements psychologiques susceptibles d'orienter les actions à l'encontre de ce qui est important à ses yeux.

La thérapie d'acceptation et d'engagement appartient à la lignée des approches dites processuelles. Ces approches s'appuient sur une compréhension des troubles mentaux en identifiant les processus psychologiques communs et en expliquant leur comorbidité par des facteurs explicatifs communs (30).

En conclusion, ces nouvelles perspectives constituent autant de promesses d'un regard neuf sur la problématique du jeu pathologique, allié à la rigueur d'une démarche scientifique. Espérons que celles-ci soient à la mesure des évolutions radicales qu'ont connues les pratiques de jeu de hasard et d'argent au cours des dernières décennies.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alegria A, Okuda M, Blanco C.— Gambling addiction: epidemiology, in Korsmeyer P & Kranzler HR Ed., *Encyclopedia of Drugs, Alcohol, & Addiction Behaviour*. Gale, Farmington Hills, 2009, 190-195.
2. Lejoyeux M.— Impact social et psychologique des jeux d'argent en ligne chez les jeunes adultes. *Bull Acad Natle Méd*, 2012, **1**, 27-36.
3. Morel A, Couteron JP.— *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Dunod, Paris, 2008.
4. Valleur M.— Les addictions sans drogue et les conduites ordaliques. *L'information Psychiatrique*, 2005, **81**, 423-428.
5. Swissa AJ.— Dépendance au gambling. Repères pour le médecin de famille. *Le Médecin du Québec*, 2004, **39**, 87-96.
6. Widiger TA, Clark LA.— Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychol Bull*, 2000, **126**, 946-963.
7. Ledgerwood DM, Petry NM.— Current trends and future directions in the study of psychosocial treatments for pathological gambling. *Curr Dir Psychol Sc*, 2005, **14**, 89-94.
8. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, et al.— *Le jeu excessif : comprendre et vaincre le gambling*. Les Éditions de l'Homme, Québec, 2000.
9. Strickland BR.— *The Gale Encyclopedia of Psychology*. Farmington Hills, Gale Group, 2001.
10. Blaszczynski A, Nower L.— A pathway model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 2005, **97**, 487-499.
11. American Psychiatric Association.— *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (4e ed. rev.; traduit par J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq). Masson, Paris, 2003.
12. Inserm.— *Jeux de hasard et d'argent : contextes et addictions*. Rapport. Paris, Les éditions Inserm, 2008.
13. Bowden-Jones H, Clark L.— Pathological gambling : a neurobiological and clinical update. *Br J Psy*, 2011, **199**, 87-89.
14. Petry NM.— Pathological gambling and the DSM-V. *Int Gamb Studies*, 2010, **10**, 113-115.
15. Cungi C.— *Faire face aux dépendances*. Paris, Retz, 2005.
16. Sher KJ, Slutske WS.— Disorders of Impulse Control, in Weiner B Ed., *Handbook of Psychology*, *Clinical Psychology*. Hoboken, Wiley, 2003, **8**, 195-228.
17. Rizeanu S.— The specificity of pathological gambling. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2012, **33**, 1082-1086.
18. Ladouceur R, Lachance S, Fournier PM.— Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behav Res Ther*, 2009, **47**, 189-197.
19. Ursua MP.— Control gambling as a therapeutic option. *J Gamb Iss*, 2008, **21**, 1-5.
20. Khazaal Y.— Approches psychothérapeutiques du jeu pathologique. *Rev Méd Suisse*, 2010, **6**, 1756-1759.
21. Gooding P, Tarrier N.— A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behav Res Ther*, 2009, **47**, 592-607.
22. Carlbring P, Jonsson J, Josephson H, Forsberg L.— Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cognitive Behav Ther*, 2010, **39**, 92-103.
23. George S, Murali V.— Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Adv Psych Treat*, 2005, **11**, 450-456.
24. Grant J, Donahue C, Odlaug B, et al.— Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling : randomised controlled trial, *Br J Psychiatry*, 2009, **195**, 266-267.
25. Rollnick S, Miller S, Butler C.— *Pratique de l'entretien motivationnel*. Paris : InterEditions-Dunod, Paris, 2009.
26. Hodgins D, Diskin KM.— Motivational interviewing in the treatment of problem and pathological gambling, in Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S. Ed., *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. Guilford Press, New York, 2008, 225-248.
27. Monestès JL, Villate M.— *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Elsevier Masson SAS, Issy-les-Moulineaux, 2011.
28. Schoendorff B, Grand J, Bolduc MF.— *La thérapie d'acceptation et d'engagement. Guide Clinique*. De Boeck, Bruxelles, 2011.
29. Kotsou I, Schoendorff B.— L'acceptation en psychothérapie : une revue empirique et conceptuelle, in Kotsou I, Heeren A. Ed., *Pleine conscience et acceptation. Les thérapies de la troisième vague*. De Boeck, Bruxelles, 2011, 181-205.
30. Nef F, Philippot P, Verhofstadt L.— L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée, *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 2012, **17**, 4-23.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr P. Gijsen, Service de Psychiatrie, PSY Pluriel, Liège, Belgique.
Email : pierre.gijsen@chrcitadelle.be