

Caroline Sylvain

Université Laval et

Hôpital St-François D'Assise, Québec

Denyse Boivin

Hôpital St-François D'Assise, Québec

et RISQ, Montréal

Jacques Bergeron

Université de Montréal et RISQ, Montréal

## **Avantages et limites de l'approche cognitivo-comportementale dans le traitement de la toxicomanie et du jeu pathologique**

### **Résumé**

Cet article aborde la question du traitement des problèmes de toxicomanie et de jeu pathologique. Les divers facteurs associés à la récupération ou à la rechute sont d'abord décrits brièvement puis, certaines études évaluant l'efficacité des traitements et les facteurs en cause sont rapportées. Par ailleurs, le texte s'attarde principalement au traitement de ces dépendances avec une attention particulière à l'approche cognitivo-comportementale. En ce sens, les objectifs et les composantes de traitement liés à cette approche sont décrits. Finalement, la conclusion rappelle les avantages et limites de l'approche cognitivo-comportementale dans le traitement de ces troubles.

Mots-cléfs : toxicomanie, jeu pathologique, traitement

## **Advantages and limits of the cognitive-behavioral approach for the treatment of toxicomania and pathological gambling**

### **Abstract**

This article is about the treatment of alcohol and drug addictions and pathological gambling. First, the factors associated with recovery or relapse and several studies evaluating the efficacy of the treatments are reviewed. Then, the article addresses the treatment of these addictions, mostly from the cognitive-behavioral approach. The objectives and components of these treatments are described. Finally, the advantages and limits of the cognitive-behavioral approach for the treatment of these addictions is discussed.

Key words : toxicomania, pathological gambling, treatment

---

Le premier auteur a bénéficié d'une subvention octroyée par le Groupe de Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives - Québec. Cet article a été rédigé dans le cadre d'un stage de recherche doctoral effectué par le premier auteur, sous la supervision de Denyse Boivin et Jacques Bergeron, membres du RISQ.

La toxicomanie et le jeu pathologique comportent de nombreuses similitudes. Les similitudes et différences entre ces deux pathologies, quant à leur définition et aux diverses perspectives étiologiques, a été mis en évidence récemment (Sylvain, Boivin, & Bergeron, 1997). Si ces éléments offrent de nombreux points en commun, il apparaît pertinent d'étendre ce lien à d'autres aspects traités dans la littérature concernant ces troubles.

Le présent article discute du traitement de la toxicomanie et du jeu pathologique en soulignant d'abord les facteurs identifiés comme étant liés à la récupération ou à la rechute et en rapportant les résultats de certaines études évaluant l'efficacité des traitements. Il y est question plus spécifiquement du traitement de la toxicomanie et du jeu pathologique basé sur l'approche cognitivo-comportementale et certaines composantes de traitement à privilégier selon cette approche théorique sont suggérées.

#### *Prédicteurs de récupération et de rechute*

Existe-t-il des facteurs susceptibles de favoriser ou nuire aux individus dans leur quête de changement? La présente section discute des éléments considérés dans la littérature comme pouvant prédire la récupération ou la rechute après un traitement.

Les travaux de recherche dans le domaine de la toxicomanie ont permis d'identifier une série de facteurs impliqués dans la récupération et la rechute des individus ayant suivi une cure. L'identification de ces facteurs et des personnes à risque soit d'abandonner ou de rechuter s'avère cruciale pour le traitement et la gestion efficace des problèmes de toxicomanie (Glenn & Parsons, 1991). Des disparités liées à la méthodologie de recherche utilisée dans chaque étude rendent parfois difficile l'identification des prédicteurs de récupération et de rechute. Parmi les divers problèmes méthodologiques rencontrés dans les études, notons ceux liés à l'échantillon, à la définition et la mesure de la récupération et de la rechute, au temps de relance, au schéma expérimental, au mode de cueillette des données, à la validité des mesures ainsi qu'aux analyses statistiques utilisées. Ces problèmes sont susceptibles de remettre en question la validité des résultats obtenus, d'en limiter l'interprétation et d'empêcher la comparaison d'une étude à l'autre (Brown, 1985; Cernovsky, 1986; Duckitt, Brown, Edwards, Oppenheimer, Sheenan, & Taylor, 1985; Edwards, Brown, Oppenheimer, Sheenan, Taylor, & Duckitt, 1988; Emrick & Hansen, 1983; Finney, Moos, & Mewborn, 1980; Hall & Heather, 1991; Heather & Tebbutt, 1989; I.O.M., 1992; Ito, Donovan, & Hall, 1988; Miller, Leckman, Delaney, & Tinkom, 1992; Pettinati, Sugarman, Didonato, & Maurer, 1982; Siddall & Conway, 1988; Singer, 1983; Sobell, Brochu, Sobell, Roy, & Stevens, 1987; Wallace, McNeil, Gilfillan, Maclean, & Fanelia, 1988; Wells, Hawkins, & Catalano, 1988). Malgré certaines faiblesses, une série de facteurs sont rapportés dans la littérature. On mentionne donc des prédicteurs de flissance du traitement liés à l'individu et à son environnement, d'autres liés au traitement et finalement, certains autres prédicteurs seraient associés à une combinaison des caractéristiques de l'individu et du traitement.

Parmi les prédicteurs liés à l'individu et à son environnement, il semble que les variables démographiques telles l'âge, le sexe, le statut socio-économique et l'état civil (Havassy, Hall, & Wasserman, 1991; Mattson & Allen, 1991; Pettinati et al., 1982) de

même que la présence d'autres troubles psychiatriques tels la sociopathie, la dépression, l'anxiété et la sévérité de ceux-ci (Glenn & Parsons, 1991; Kadden, Cooney, Geter, & Litt, 1989; Mattson & Allen, 1991; Øjehagen & Berglund, 1986; Øjehagen, Skjaeris, & Berglund, 1988) peuvent avoir une influence sur la récupération. Les attentes qu'entretient un individu à l'égard du traitement et de son efficacité pourraient aussi en modifier l'issue. Ainsi, le fait de croire en l'efficacité du traitement pourrait accroître la motivation, susciter une plus grande implication dans la démarche et entraîner des résultats favorables.

Par ailleurs, les attitudes et comportements spécifiques à l'alcool comme la sévérité de la dépendance psychologique et physique ainsi que le patron de consommation constitueraient également des facteurs à considérer dans les prédicteurs de l'issue du traitement liés à l'individu et à son environnement (Mattson & Allen, 1991; Pettinati et al., 1982; Smart & Gray, 1978). En dernier lieu, les caractéristiques sociales et personnelles telles l'intelligence, le fonctionnement neurocognitif, la stabilité sociale et le soutien social constitueraient d'autres facteurs importants pour prédire la récupération ou la rechute après une cure (Brown, Yik, McQuaid, Patterson, Irwin, & Grant, 1990; Glenn & Parsons, 1991; Havassy et al., 1991; Mattson & Allen, 1991; Øjehagen et al., 1988; Parsons, Schaffer, & Glenn, 1990; Pettinati et al., 1982; Siddall & Conway, 1988; Wallace et al., 1988).

D'autre part, il est plausible que certaines caractéristiques du traitement puissent contribuer en soi à expliquer les gains ou échecs thérapeutiques (Wallace, 1991). Certains auteurs se sont donc attardés à l'identification de prédicteurs liés au traitement plutôt qu'à ceux liés aux patients ou à leur environnement, bien que ceux-ci soient difficilement dissociables. Selon Hall et Heather (1991), un traitement minimal pourrait être aussi efficace qu'un traitement intensif, du moins pour les individus dont le problème de dépendance est moins sévère. Wallace (1991) croit que certains patients aux prises avec plus de difficultés et un problème plus sévère bénéficieraient davantage d'un traitement à l'interne et d'un suivi à l'externe par la suite. Cet auteur souligne l'importance de s'assurer que les programmes de traitement offerts sont adéquats pour donner aux patients la possibilité de bien récupérer (Wallace, 1991).

Des auteurs croient que la combinaison des caractéristiques des patients et des traitements prédirait des taux de récupération différents (Hall & Heather, 1991; Wallace, 1991). En fait, certains traitements s'avèreraient plus efficaces lorsque mis en relation avec certaines caractéristiques des patients (Mattson & Allen, 1991). La recherche se centre de plus en plus sur ces aspects et tente d'identifier quels traitements s'avèrent plus efficaces (ou quels ingrédients) dans tel contexte et avec tel individu. Hall et Heather (1991) croient qu'une combinaison de facteurs tels le mode de recrutement, l'expérience du thérapeute et la nature de l'intervention peut aussi contribuer à prédire la récupération et la rechute.

Les facteurs rapportés précédemment sont donc considérés comme cruciaux pour l'établissement du pronostic lié au traitement de la toxicomanie. Bien que ces questionnements aient une place importante dans la littérature sur la toxicomanie, ils sont encore pratiquement inexistant dans le domaine du jeu pathologique. Seulement quelques auteurs y font allusion et soulignent la nécessité deffectuer de nombreux

travaux de recherche afin de répondre adéquatement à ces interrogations (Ciarrocchi, 1987; Ciarrocchi & Richardson, 1989; Lesieur & Blume, 1991).

Tout comme il a été observé chez les toxicomanes, l'on pourrait être tenté de croire que certains joueurs pathologiques étant aux prises avec un problème de comorbidité (comme par exemple les joueurs vivant parallèlement un problème de toxicomanie) pourraient eux aussi être davantage dysfonctionnels et avoir un cheminement plus ardu ainsi qu'un taux de récupération plus faible (Ciarrocchi, 1987; Ciarrocchi & Richardson, 1989). Mais, comme le soulignent Ciarrocchi et Richardson (1989), la recherche sur le jeu pathologique n'a pas encore permis de conclure que certaines différences observées chez les joueurs, quant à leur niveau de fonctionnement et leur cheminement après le traitement, puissent être liées à des facteurs particuliers et refléter l'existence de certains sous-groupes ayant des profils différents de récupération parmi cette population.

En somme, ces interrogations s'avèrent tout aussi pertinentes en ce qui concerne le jeu pathologique. Toutefois, il faut rappeler que ce domaine de recherche est relativement jeune puisque ce n'est que depuis 1980 que le jeu pathologique a été reconnu officiellement comme un trouble psychiatrique. Ce fait, à lui seul, permettrait d'expliquer en grande partie pourquoi les connaissances sont encore limitées quant à l'étiologie de ce trouble, son traitement et les facteurs liés au succès thérapeutique. Plusieurs de ces éléments demeurent encore à préciser. Il y a lieu de croire que les préoccupations retrouvées dans les études sur la toxicomanie pourront devenir de plus en plus présentes au fur et à mesure que le domaine de recherche sur le jeu pathologique évoluera.

#### *L'efficacité de l'approche*

Outre les variables liées aux caractéristiques des patients, il a été mentionné dans la section précédente que le traitement en soi pouvait aussi exercer une influence sur l'issue du traitement ou du moins, contribuer à expliquer les résultats obtenus (Wallace, 1991). Quelle est l'importance réelle du traitement ou de ses composantes pour l'issue du traitement? Qui bénéficie le mieux de quel type de traitement ou du moins d'une ou plusieurs de ses composantes? La section suivante discute de l'efficacité de divers traitements tels qu'évalués et rapportés dans la littérature, en soulignant les limites méthodologiques retrouvées dans certaines de ces études. Mentionnons, à titre de précision, que la majorité des études rapportées font appel à divers traitements basés sur l'approche cognitivo-comportementale et sont comparées dans certains cas, à des traitements inspirés d'une approche dite plus traditionnelle. Bien qu'il aurait été intéressant de commenter davantage les différentes approches de traitement, il convient de rappeler que le présent article a pour but de mettre en lumière l'approche cognitivo-comportementale. Soulignons également que la place importante accordée à cette approche reflète une tendance actuelle dans la littérature portant sur le traitement de la toxicomanie.

#### *Le traitement de la toxicomanie et du jeu pathologique*

Il existe diverses approches de traitement des problèmes de toxicomanie et du jeu pathologique. En effet, selon qu'on adhère à un modèle théorique plutôt qu'à un autre,

on développera un programme de traitement spécifique en fonction de celui-ci pour tenter d'aider l'individu à résoudre ses problèmes de dépendance. Comme le mentionne Miller (1980), les approches de traitement sont diverses : (a) pharmacologique; (b) thérapie aversive; (c) hypnose; (d) psychothérapie individuelle ou en groupe; (e) éducation spécifique par rapport au problème de dépendance; (f) thérapie familiale et (g) mouvement anonyme. Selon ce même auteur, les psychothérapies individuelle et de groupe dispensées à une clientèle toxicomane sont souvent peu spécifiques et très variables quant à leur contenu et aux procédures utilisées. Ces psychothérapies, généralement offertes en réadaptation interne et externe, sont liées à diverses orientations théoriques et plusieurs sont dérivées du modèle psychodynamique (Miller, 1980).

#### **Résultats d'études comparant l'efficacité de diverses composantes de l'approche cognitivo-comportementale avec d'autres approches**

Dans le but de venir en aide aux individus étant aux prises avec un problème de dépendance, la recherche en toxicomanie s'est intéressée à évaluer l'efficacité des traitements et à identifier des facteurs pouvant prédire un meilleur pronostic. Depuis quelques années, on tente d'identifier les ingrédients thérapeutiques menant à une issue de traitement favorable. Ainsi, plusieurs études comparant des traitements entre eux ont été effectuées afin de préciser leur efficacité relative. D'autres chercheurs ont également tenté d'évaluer l'influence de certains traitements en les mettant en relation avec certaines caractéristiques des personnes toxicomanes.

Monti, Abrams, Binkoff, Zwick, Liepman, Nirenberg et Rohsenow (1990) ont comparé trois traitements basés sur une approche cognitivo-comportementale : (a) entraînément aux habiletés de communication; (b) entraînément aux habiletés de communication avec la participation d'un membre de la famille et (c) thérapie cognitivo-comportementale de gestion de l'humeur. Bien que ces auteurs aient observé une amélioration significative des habiletés de communication et une diminution du niveau d'anxiété dans les situations sociales générales chez les sujets des trois groupes de traitement, il semble que les alcooliques bénéficieraient davantage d'une approche entraînément aux habiletés de communication avec ou sans membre de la famille. Monti et al. (1990) expliquent leurs résultats en suggérant que l'entraînément aux habiletés de communication aiderait davantage à composer avec les difficultés liées à diverses situations interpersonnelles et intrapersonnelles à risque élevé de rechute et permettrait parallèlement de mieux gérer les émotions négatives dans ces situations. En fait, l'entraînément aux habiletés de communication s'avérerait en quelque sorte plus complet que la thérapie centrée uniquement sur la gestion des affects. Dans un même ordre d'idées, Rohsenow, Monti, Binkoff, Liepman, Nirenberg et Abrams (1991) ont comparé les mêmes traitements que Monti et al. (1990). Leurs résultats ont démontré que le traitement entraînément aux habiletés de communication s'avérerait efficace pour les sujets, peu importe leur niveau d'instruction, leurs habiletés avant le traitement, leur degré d'anxiété, leur statut marital ou leur niveau de dépendance à l'alcool. Toutefois, la thérapie cognitivo-comportementale de gestion de l'humeur s'est avérée efficace seulement lorsque les sujets étaient plus instruits, moins anxieux et ressentait moins d'envie pressante de boire. De même, cette thérapie n'aurait que très peu d'effet chez des sujets dont les facultés cognitives sont limitées ou ont été altérées par une

consommation d'alcool excessive. Rohsenow et al. (1991) concluent que la thérapie d'entraînement aux habiletés de communication a un effet bénéfique chez un plus grand nombre de sujets et se démarque donc de la thérapie de gestion de l'humeur.

D'autres auteurs ont comparé 36 sujets sur leur niveau d'anxiété et leur consommation d'alcool selon l'assignation aléatoire à l'un de ces trois groupes : (a) groupe de gestion de l'anxiété; (b) groupe d'entraînement à la relaxation et (c) groupe d'éducation en matière de santé (groupe contrôle) (Ormrod & Budd, 1991). Les sujets assignés à l'un des deux groupes de traitement (gestion de l'anxiété et entraînement à la relaxation) ont démontré avoir réduit leur degré d'anxiété comparativement à ceux du groupe contrôle, le groupe de gestion de l'anxiété ayant eu des résultats significativement supérieurs à celui bénéficiant de l'entraînement à la relaxation. Quant à la consommation d'alcool des sujets, aucune différence n'a été observée entre les deux groupes de traitement. Ces résultats se sont maintenus à la relance de trois mois. Toutefois, il faut souligner que l'étude ne comportait qu'un petit échantillon, c'est-à-dire 12 sujets par groupe et que la relance a été effectuée sur une période de temps relativement courte, et probablement insuffisante pour vérifier si les acquis du traitement se sont réellement maintenus. Malgré ces faiblesses méthodologiques ces résultats demeurent intéressants. Ormrod et Budd (1991) croient qu'un grand nombre d'individus se présentent en traitement pour des problèmes d'alcool avec un niveau élevé d'anxiété. En ce sens, ils soulignent la pertinence d'inclure un entraînement aux habiletés de gestion de l'anxiété comme ingrédient thérapeutique.

Par ailleurs, Kadden et al. (1989) ont démontré que certaines caractéristiques liées à la personne telles la sociopathie, la psychopathologie en général (évaluée par le score obtenu sur l'échelle de sévérité psychiatrique de l'ASI, McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1983) et les troubles neuropsychologiques peuvent avoir une influence différente selon le type de traitement. Ces auteurs ont comparé des individus ayant ces caractéristiques ou non en fonction de deux traitements. Le premier traitement s'inspirait de l'approche cognitivo-comportementale et visait le développement d'habiletés pour mieux composer avec des situations à risque de rechute alors que l'autre consistait en une thérapie de groupe interactionnelle mettant l'accent sur l'inspection et l'expression affective dans un contexte interpersonnel. Selon les observations effectuées après le traitement, il semble que les deux approches se sont avérées équivalentes. Cependant lorsqu'on a évalué l'effet combiné de l'approche de traitement avec les caractéristiques des patients, on a observé des différences. En effet, l'entraînement aux habiletés s'est avéré plus efficace pour les patients aux prises avec des problèmes de sociopathie et de psychopathologie en général. À l'opposé, la thérapie de groupe interactionnelle s'est avérée significativement plus efficace pour les individus n'ayant peu ou pas de problèmes de comorbidité tels la sociopathie et la psychopathologie. Quant aux toxicomanes présentant des troubles neuropsychologiques, il semble que la thérapie interactionnelle soit plus efficace pour eux, bien que ce résultat ne soit pas significatif. Cooney, Kadden, Litt et Getter (1991) ont évalué les mêmes sujets, six mois et deux ans après la fin du traitement et révèlent que tous les résultats rapportés par Kadden et al. (1989) se sont maintenus à ces deux périodes de relance. De plus, les sujets ayant été bien apparés en prétraitement lors de l'assignation aléatoire aux groupes (c'est-à-dire les sujets dont l'appariement s'est

effectué en fonction des résultats observés), ont démontré prendre significativement plus de temps que les autres avant de rechuter (Cooney et al., 1991; Kadden et al., 1989). Ce résultat permet d'inférer que la combinaison de certaines caractéristiques des patients avec certains types de traitement pourrait réellement avoir un effet sur l'issue du traitement.

Par ailleurs, Annis (1990) rapporte une étude démontrant des différences dans l'efficacité d'un traitement par rapport à un autre et ce, en fonction des situations de consommation. Elle a évalué l'efficacité d'un traitement basé sur la prévention de rechute en comparaison à un traitement plus traditionnel auprès de sujets catégorisés selon l'IDS (Inventory of Drinking Situations; Annis, 1984) comme ayant un profil généralisé (dont le patron de consommation ne diffère pas selon les situations à risque de consommation) ou un profil différencié (dont le risque de consommer est plus élevé dans certaines situations plutôt que d'autres). Les résultats obtenus à la relance de six mois ne démontrent aucune différence entre les deux traitements quant à la quantité d'alcool consommé quotidiennement chez le groupe de sujets identifiés comme ayant un profil généralisé. Toutefois, les sujets ayant un profil différencié ont démontré avoir diminué de façon importante leur consommation quotidienne lorsqu'ils étaient traités dans le groupe de prévention de rechute comparativement au groupe de thérapie traditionnelle. Carroll, Rounsaville et Keller (1991), quant à eux, ont comparé un traitement de prévention de rechute avec une thérapie interpersonnelle de type moins directive chez des sujets dépendants de la cocaïne. Il semble que les deux traitements se sont avérés comparables lorsque les sujets étaient aux prises avec un problème moins sévère. Toutefois, lorsque la dépendance était beaucoup plus sévère, la prévention de rechute a été démontrée comme significativement plus efficace que la thérapie interpersonnelle.

Selon Mattson et Allen (1991), bien qu'il semble exister suffisamment de données pour supporter l'idée que l'appariement des patients alcooliques à divers traitements est une stratégie prometteuse, il n'est pas encore clair quelles interactions patient/traitement ou quelles classes de variables d'appariement apparaissent ultimement comme les plus efficaces. En effet, les chercheurs n'étudient pas nécessairement les mêmes variables et de nombreuses études sont requises pour faire avancer la recherche dans ce domaine (I.O.M., 1992). Ce type d'étude constitue un défi en soi et requiert que l'on mette tout en oeuvre pour confronter les difficultés méthodologiques inhérentes à toute recherche sur l'efficacité des traitements (Mattson & Allen, 1991).

Tel qu'il a été mentionné précédemment, ce n'est que depuis 1980 que le jeu pathologique est reconnu officiellement comme un trouble psychiatrique. Le domaine de recherche sur le jeu est donc encore très récent, tout comme l'est son traitement. En ce sens, l'évaluation de l'efficacité des traitements du jeu pathologique s'avère aussi une avenue de recherche relativement nouvelle (Lesieur & Blume, 1991; Lesieur & Rosenthal, 1991). Comme en discutent Taber et McCormick (1987), une majorité d'auteurs ont été très peu spécifiques quant aux méthodes utilisées pour traiter les joueurs. La plupart des études de traitement consistent en des thérapies individuelles et ont été réalisées auprès d'échantillons souvent très limités (Lesieur & Rosenthal, 1991; Taber & McCormick, 1987).

Plusieurs auteurs rapportent les résultats d'un traitement expérimenté auprès d'un seul joueur pathologique (Bannister, 1977; Cotler, 1971; Dickerson & Weeks, 1979; Goorney, 1968; Rankin, 1982; Tomcato & Sobell, 1990; Victor & Krug, 1967), limitant de façon évidente les conclusions pouvant en être tirées. La plupart de ces études faisaient appel soit à diverses approches de modification du comportement telles le conditionnement aversif et la désensibilisation ou encore à une approche cognitive-comportementale. En somme, ces traitements nécessiteraient une évaluation impliquant un plus grand nombre de sujets en insistant davantage sur la rigueur et le contrôle méthodologique afin de mieux préciser leur réelle efficacité.

D'autres auteurs ont évalué l'efficacité d'un traitement auprès d'un petit nombre de joueurs pathologiques. Seager (1970), par exemple, a traité quatorze joueurs selon un conditionnement aversif et rapporte l'abstinence chez cinq d'entre eux durant une période d'un à trois ans après le traitement alors qu'un autre sujet rapportait jouer de façon contrôlée. Toutefois, on ne mentionne pas explicitement les critères de jeu contrôlé. McConaghy, Armstrong, Blaszczyński et Allcock (1983) comparent l'efficacité de deux traitements auprès de deux groupes de dix sujets, soit la désensibilisation imaginée (s'imaginer être dans une situation à risque de jouer sans succomber au jeu) et une thérapie aversive par chocs électriques. De façon générale, la désensibilisation imaginée apparaît plus efficace que la thérapie aversive puisque dans le premier groupe, deux sujets sont abstinents et cinq jouent de façon contrôlée (défini comme jouer moins de \$10 par semaine sans que ceci n'occasionne de problèmes financiers) alors que dans le second, seulement deux sujets sur dix jouent de façon contrôlée et aucun n'est abstinent du jeu. De même, McConaghy et al. (1988) ont comparé la désensibilisation imaginée avec la relaxation imaginée (relaxation et visualisation d'images relaxantes sans lien avec le jeu) auprès de deux groupes de dix sujets. Les résultats obtenus à la fin du traitement de même qu'à la relance d'un an démontrent une efficacité équivalente des deux traitements. Les échantillons des deux études précédentes sont toutefois trop restreints pour permettre de tirer des conclusions significatives (McConaghy et al., 1983; McConaghy et al., 1988).

Par ailleurs, très peu d'études ont utilisé de plus grands groupes de sujets. En effet, Bergler (1958) a traité en psychoanalyse 200 joueurs pathologiques et rapporté un taux de succès d'environ 75%. Le traitement est cependant imprécis et on ignore de quelle façon ces succès thérapeutiques ont été mesurés. Russo, Taber, McCormick et Ramirez (1984) ont traité 124 joueurs à l'aide d'un traitement multimodal incluant une psychothérapie individuelle et de groupe et la participation aux réunions des Gamblers Anonymous (GA). Les données de 60 sujets ont été recueillies à la relance d'un an. De ce nombre, 33 joueurs (55%) étaient abstinents depuis un an. Treize autres sujets (22%) rapportaient jouer à l'occasion mais affirmaient avoir été abstinents durant le mois précédant l'évaluation. Au total, 54 sujets sur 60 (92%) ont rapporté jouer moins qu'avant. Ce critère n'est toutefois pas défini clairement. La situation financière, le niveau de dépression et les relations interpersonnelles ont démontré être pires pour les sujets qui ont poursuivi leur habitude de jouer comparativement à ceux qui ne jouaient pas. Finalement, Taber, McCormick, Russo, Adkins et Ramirez (1987) ont expérimenté un programme similaire auprès de 66 sujets dont 57 ont été évalués à la relance de six mois. Plus de la moitié des sujets (56%) rapportaient être abstinents.

Les efforts investis pour traiter les joueurs pathologiques sont relativement récents et les études rapportées dans la littérature comportent un certain nombre de limites, empêchant l'interprétation et la généralisation des résultats. En somme, les échantillons sont souvent trop restreints et les traitements peu détaillés et peu spécifiques. De nombreuses études sont requises afin d'identifier les traitements ou composantes susceptibles d'aider le plus efficacement possible les joueurs pathologiques à rompre avec leur habitude problématique. De même, il s'avérera sûrement pertinent, au fur et à mesure que les connaissances sur le jeu pathologique évolueront, de mettre en relation le type de traitement avec certaines caractéristiques des joueurs comme c'est le cas dans les études en toxicomanie puisque celles-ci font ressortir des résultats qui méritent beaucoup d'attention et qui fournissent la base des travaux futurs. Finalement, le besoin de nouvelles études concernant le traitement du jeu pathologique se fera de plus en plus pressant au cours des prochaines années, compte tenu de l'accessibilité croissante des jeux de hasard et d'argent dans la province de Québec et d'autres provinces canadiennes, suite à la légalisation et l'ouverture de casinos et du risque important d'augmentation du nombre de joueurs excessifs.

### Commentaire général sur les traitements et leur efficacité

Bien que nous constatons des différences dans l'efficacité des traitements selon les caractéristiques de l'individu, il semble qu'il n'existerait qu'un lien très faible entre la recherche empirique sur le traitement des toxicomanes et les approches traditionnellement utilisées dans les centres de traitement. En effet, malgré qu'il soit démontré empiriquement que certains types de traitement entraînent des résultats plus favorables que d'autres, peu de centres de traitement se préoccupent concrètement des résultats obtenus dans les études et rares sont ceux qui font appel à ces approches (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). Ainsi, les méthodes de traitement ayant fait l'objet d'études contrôlées incluent des traitements inspirés de l'approche cognitive-comportementale tels les thérapies aversives, l'entraînement à l'auto-contrôle comportemental, l'entraînement aux habiletés sociales et à la gestion du stress, la thérapie maritale et familiale alors que paradoxalement, les approches de traitement les plus couramment utilisées comprennent diverses méthodes comme les mouvements anonymes, l'éducation par rapport à la toxicomanie, la confrontation, la prise de médicaments, la thérapie de groupe et le counseling individuel. Selon Beck et al. (1993), il existe un urgent besoin de trouver des traitements efficaces pour les problèmes de toxicomanie. Les milieux de recherche et clinique devront donc éventuellement se concerter afin de dispenser des traitements qui soient les plus efficaces possibles et ce, à des coûts moins élevés. Bien que la recherche portant sur l'efficacité des traitements du jeu pathologique ne soit pas aussi avancée qu'en toxicomanie, les mêmes recommandations s'appliquent tout autant dans ce domaine afin que de telles réflexions puissent contribuer à éviter la constatation des mêmes écarts entre la recherche et la clinique.

### L'approche cognitive-comportementale dans le traitement de la toxicomanie et du jeu pathologique

La présente section aborde le traitement de la toxicomanie et du jeu pathologique en décrivant les diverses composantes suggérées par Beck et al. (1993) pour le traitement

des problèmes de toxicomanie, selon une approche cognitivo-comportementale. Ces composantes seront mises en relation avec un traitement du jeu pathologique basé sur cette même approche (Bujold, Ladouceur, Sylvain, & Boisvert, 1994; Sylvain, Ladouceur, & Boisvert, 1997).

De ce qui a été mentionné dans les sections précédentes, il appert que les traitements faisant davantage l'objet d'études contrôlées en toxicomanie sont ceux basés sur une approche cognitivo-comportementale. Il apparaît également que ceux-ci s'avèrent bénéfiques pour une clientèle toxicomane et dans certains cas supérieurs aux interventions dites traditionnelles. En effet, selon Oei, Lim et Young (1991), la thérapie d'approche cognitivo-comportementale constitue généralement un traitement efficace pour traiter les problèmes d'alcool et de drogues et les chercheurs et cliniciens semblent y accorder de plus en plus d'attention. C'est donc plus particulièrement cette approche qui sera considérée, en rappelant brièvement le modèle théorique sur lequel elle s'appuie et en soulignant les objectifs du traitement, les cibles d'intervention ainsi que les techniques thérapeutiques communément utilisées.

#### *La toxicomanie*

Comme le soulignent Beck et al. (1993), les individus qui dépendent de l'alcool ou des drogues ont développé la croyance que la consommation aiderait à mieux composer avec les frustrations et stress quotidiens. Ce soulagement ne serait toutefois qu'à court terme puisque sur une période de temps plus longue, leur comportement problématique fait souvent surgir des problèmes financiers, sociaux, psychiques et médicaux qui eux, à leur tour, peuvent susciter une humeur anxieuse et déprimée. Typiquement, ces émotions négatives les ramènent à vouloir consommer et ainsi s'installe un cercle vicieux.

Divers réseaux de croyances caractériseraient les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Il s'agit d'abord des croyances ou attentes liées à la substance comme telle. Par exemple, la substance serait nécessaire pour maintenir l'équilibre psychologique et émotif transformerait les expériences d'une façon positive. Elle améliorerait le plaisir social et physique ainsi que le fonctionnement intellectuel, augmenterait la performance et la satisfaction sexuelle, donnerait de l'énergie et un sentiment de pouvoir, aiderait à l'affirmation sociale, soulagerait les tensions, l'ennui, l'anxiété et susciterait un effet apaisant (Beck et al., 1993; Boivin, Violette, & Beaudry, 1995). D'autres croyances sont liées à l'anticipation d'un impact négatif si l'individu tente de cesser de consommer (par exemple, la crainte d'être malheureux et privé de satisfactions). Un troisième réseau de croyances est lié au fait que l'individu a la certitude d'être incapable de contrôler ou de résister à un urgent désir de consommer ("craving"; par exemple, la certitude de n'avoir aucun pouvoir sur la substance ou encore la croyance que si rien n'est fait pour soulager la détresse, celle-ci augmentera inévitablement). Finalement, d'autres croyances dites facilitantes ou permissives ("je le mérite" ou "ça va pour cette fois, je peux prendre un verre") enlèvent toutes restrictions et mènent l'individu vers la consommation (Beck et al., 1993). Selon ces auteurs, ce sont ces réseaux de croyances dysfonctionnelles entretenues à l'égard de la drogue ou l'alcool qui activeraient le désir de consommer, amèneraient l'individu à se comporter de façon mésadaptée et constitueraient un obstacle majeur à la cessation de la

consommation. De même, ces croyances auraient tendance à s'accroître davantage lorsque l'individu tenterait de rompre avec son habitude problématique, d'où la difficulté croissante d'y parvenir. Par ailleurs, avant de devenir dépendants, les individus répondraient à certaines caractéristiques qui les prédisposeraient à ce type de problèmes. Ces derniers présenteraient une faible tolérance aux frustrations ou émotions déplaisantes, valoriseraient la satisfaction immédiate plutôt que le contrôle du comportement, auraient un patron de comportements automatiques menant aux gestes impulsifs et des techniques inadéquates pour contrôler ces comportements et composer avec les problèmes (Beck et al., 1993; Boivin et al. 1995).

Selon Beck, Rush, Shaw et Emery (1979), la thérapie cognitive est une approche thérapeutique visant à réduire les réactions émotives excessives et les comportements malsains en modifiant les pensées erronées et les croyances mésadaptées sous-jacentes à ces réactions. En ce sens, cette thérapie comporterait quatre objectifs spécifiques au traitement des problèmes de toxicomanie : (1) identifier et modifier les croyances qui contribuent à exacerber les désirs pressants de consommer; (2) améliorer les états émotifs négatifs tels que la colère, l'anxiété et le désespoir qui déclenchent souvent les comportements de consommation; (3) enseigner aux individus à mettre en application une série de techniques et d'habiletés cognitives et comportementales plutôt que se centrer exclusivement sur la force de volonté pour atteindre l'abstinence et la maintenir (prévenir les rechutes) et (4) aider les personnes à aller au-delà de l'abstinence en les amenant à modifier leur perception d'eux-mêmes et celle entretenue à l'égard de leur vie et de leur futur, ceci leur permettant de développer de nouveaux styles de vie (Beck et al., 1993).

Ces auteurs rapportent une série d'éléments essentiels à la thérapie cognitive des problèmes de toxicomanie. Après avoir fait la conceptualisation (cognitive et comportementale) du problème de l'individu et recueilli de l'information à son sujet, la formulation de buts en termes concrets et spécifiques (mesurables) s'avère nécessaire et peut contribuer à l'efficacité du traitement puisqu'elle structure la thérapie, renforce la collaboration patient/thérapeute, stimule la motivation du patient et constitue en soi un outil important pour évaluer le progrès thérapeutique.

Diverses techniques cognitives permettent d'intervenir différemment sur les croyances liées à la consommation et les pensées automatiques qui contribuent à maintenir le désir de faire usage de la substance : (a) l'analyse des avantages et désavantages de consommer et de ne pas consommer afin de développer une perception plus réaliste et objective du problème et ainsi susciter la motivation à cesser et à simplifier dans la démarche thérapeutique; (b) l'identification et la modification des croyances liées à la substance pour mieux comprendre les raisons de la consommation et à développer les habiletés à reconnaître la chaîne d'événements qui la précèdent; (c) la technique de "la flèche descendante" qui permet d'identifier et de travailler les croyances de base (souvent catastrophiques) entretenues par l'individu à l'égard de lui-même, de sa vie ou de son avenir et la signification que celles-ci ont pour lui; (d) la réattribution qui vise à aider l'individu à se réattribuer la responsabilité à l'égard de sa propre consommation, dans le but de stimuler son engagement et implication pour la modification de ses comportements de consommation; (e) l'auto-notation quotidienne

des pensées automatiques afin d'en examiner la validité d'une façon systématique et objective et (f) l'imagerie qui permet à l'individu de se visualiser en contrôle et capable d'éviter la consommation.

Quant aux techniques comportementales, elles aident à tester la véracité des croyances liées à la substance qui déclenche et maintiennent la consommation et visent à enseigner des habiletés pour composer avec les situations à risque élevé et le désir pressant de consommer. Parmi ces techniques, notons : (a) l'auto-notation et la planification des activités qui peuvent contribuer à réduire le plus possible les activités liées à la consommation; (b) les expériences comportementales qui permettent de tester la validité des croyances de base; (c) la pratique comportementale (behavioral rehearsal) qui permet, à l'aide de jeux de rôles, de développer des habiletés d'écoute active et d'affirmation pouvant aider à résoudre les problèmes de communication interpersonnelle; (d) l'entraînement à la relaxation qui peut aider à remplacer la consommation dans les moments de tension et d'anxiété; (e) l'entraînement à la résolution de problèmes car ceux-ci s'avèrent souvent des facteurs de maintien du problème et déclencheurs pour la consommation; (f) l'exercice physique qui permet de pratiquer une activité incompatible avec l'abus de substance et (g) le contrôle du stimulus qui vise à identifier les stimuli internes et externes à risque élevé et à minimiser le contact avec les déclencheurs. Diverses combinaisons de ces techniques peuvent être sélectionnées en fonction de la conceptualisation individuelle du problème, afin de traiter le problème de dépendance et prévenir les rechutes (Beck et al., 1993).

#### *Le jeu pathologique*

De façon sommaire, le modèle théorique cognitivo-comportemental du jeu pathologique s'apparente à celui de la toxicomanie en ce que le joueur afficherait un réseau de croyances et de cognitions erronées à l'égard de son activité problématique et démontrerait avoir peu d'habiletés pour composer avec ses difficultés (Sharpe & Tarnier, 1993). Selon ces auteurs, les croyances ou cognitions erronées entretenues par rapport au jeu peuvent être reliées à divers événements survenant durant le jeu ou entre les périodes de jeu (gains, pertes...) et sont parfois de nature superstitieuses ("Je me sens chanceux aujourd'hui"). Langer (1983) nomme "l'illusion de contrôle" le phénomène selon lequel le joueur croit qu'il peut faire appel à des stratégies et influencer le jeu à son avantage. Selon Gaboury et Ladouceur (1989), ces perceptions erronées seraient responsables du développement et du maintien des habitudes de jeu problématiques.

Les composantes thérapeutiques proposées par Beck et al. (1993) pour le traitement de la toxicomanie s'avèrent tout aussi pertinentes pour le traitement du jeu, en adaptant l'intervention aux croyances et cognitions spécifiques au jeu. Toutefois, nous nous limiterons à présenter brièvement le traitement tel qu'utilisé par Bujold et al. (1994) ainsi que Sylvain et al. (1997), ce traitement ayant déjà démontré des résultats plus que prometteurs auprès de joueurs pathologiques en intervenant sur les différents aspects discutés. En effet, dans une étude contrôlée, Sylvain et al. (1997) ont démontré que 86% des patients ayant bénéficié d'un traitement cognitif et comportemental pour leurs problèmes de jeu n'étaient plus considérés comme joueurs pathologiques selon le DSM-III-R. De même, ces joueurs affichaient une plus grande perception de contrôle sur leur

problème de jeu ainsi qu'une perception d'efficacité personnelle supérieure envers des situations de jeu à risque.

Le traitement expérimenté par Bujold et al. (1994) ainsi que Sylvain et al. (1997) comporte donc quatre éléments principaux : (1) Information sur le jeu et correction cognitive. Une discussion avec le thérapeute à propos des différentes caractéristiques des jeux de hasard et d'argent et du phénomène de l'illusion de contrôle et des croyances associées permet à la personne de bien comprendre la notion de hasard, d'identifier et de corriger ses propres croyances erronées entretenues à l'égard du jeu; (2) Entraînement aux habiletés sociales en rapport avec le problème de jeu. Cette étape de traitement vise l'identification des situations sociales susceptibles de déclencher le comportement de jeu (pression sociale, difficulté à exprimer ses sentiments, etc.) et l'apprentissage de moyens et le développement d'habiletés pour mieux composer avec ces situations; (3) Entraînement à la résolution de problèmes. Cette étape permet à l'individu de mieux comprendre le lien entre sa difficulté à résoudre ses problèmes et le maintien de ses habitudes de jeu. En développant une attitude réaliste par rapport à ses problèmes, le patient apprend à identifier de façon systématique les situations difficiles et à mieux composer avec celles-ci; (4) Prévention de rechute. Cette étape, basée sur le modèle de prévention de rechutes de Marlatt (1985) vise à dramatiser les tentations de jouer et les "chutes" et à développer des moyens concrets pour y faire face. L'identification des situations à risque élevé de rechute et la description des rechutes passées permet le développement de stratégies spécifiques à ces situations. Ainsi, plusieurs des techniques cognitives et comportementales proposées par Beck et al. (1993) sont utilisées avec les joueurs pathologiques (ou du moins, la combinaison de certaines d'entre elles) dans la mise en application des différentes composantes de traitement énumérées précédemment.

#### **Conclusion**

La littérature portant sur les traitements de la toxicomanie et leur efficacité nous permet de constater, malgré certaines faiblesses méthodologiques, que les traitements basés sur une approche cognitivo-comportementale offrent des résultats prometteurs, du moins auprès de certains sous-groupes de toxicomanes, présentant des caractéristiques particulières. En ce sens, le défi des études futures sera d'identifier et de préciser pour quels individus (avec quelles caractéristiques) ces traitements fonctionnent le mieux. Malgré ceci, il demeure étonnant de constater que, bien que l'on reconnaisse l'apport important de cette approche pour le traitement de la toxicomanie, très peu de centres de traitement la mettent en application auprès de leur clientèle.

L'approche cognitivo-comportementale s'avère d'une grande utilité dans les études empiriques comparativement à d'autres approches de traitement dites plus traditionnelles puisqu'elle permet l'observation de résultats à court terme et les changements sont facilement mesurables. Toutefois, il importe de souligner que bien que cette approche de traitement permet de modifier les cognitions et comportements chez un certain nombre d'individus, les mêmes résultats ne sont pas toujours obtenus auprès d'autres sous-groupes. Comment expliquer ces faits? Selon Fals-Stewart et Schaffer (1992), il faut tenir compte du fait qu'en raison de leur consommation excessive, des déficits cognitifs sont souvent observés parmi la clientèle toxicomane,

rendant parfois l'individu incapable d'intégrer et de mettre en application les principes enseignés de façon à obtenir un changement cognitif et comportemental. Ainsi, les individus qui bénéficieraient le plus du travail sur le plan cognitif (au niveau des croyances et pensées dysfonctionnelles) seraient ceux qui démontreraient une bonne habileté à se questionner sur leur vie cognitive et émotionnelle et dont les fonctions cognitives seraient intactes, c'est-à-dire qu'elles n'auraient pas été altérées par l'usage abusif d'une ou plusieurs substances, ce qui n'est pas nécessairement le cas de tous les patients en traitement (Carroll et al., 1991). Les travaux de recherche sur les traitements et leur efficacité devraient ultimement se pencher sur ces interrogations afin de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de la clientèle.

Il va sans dire que dans certains cas, l'approche cognitivo-comportementale peut s'avérer insuffisante, particulièrement lorsque l'individu lui-même est en quête d'une réflexion plus analytique en ce qui concerne sa personnalité et son passé. En ce sens, il n'est pas exclu que la combinaison de diverses formes de traitement puissent contribuer à mieux aider certains individus à se départir de leur problème de dépendance. Il faut également souligner que l'approche cognitivo-comportementale peut comporter certaines limites ou du moins avoir un impact ou effet plus restreint si l'on tient compte d'autres modèles étiologiques. À titre d'exemple, le modèle médical suggère que les problèmes de toxicomanie sont liés à une vulnérabilité biologique, ce facteur n'étant évidemment pas directement adressé avec l'approche cognitivo-comportementale. De même, cette approche ne peut effacer certains facteurs liés à l'environnement et au vécu personnel tel la pauvreté, la violence, l'inceste, les caractéristiques familiales d'où l'individu vient, etc., elle ne peut qu'aider les individus à mieux composer avec les difficultés issues de ces facteurs ou leur étant associées.

En conclusion, en plus de posséder de nombreux points en commun quant à leur définition et leur étiologie (Sylvain et al., 1997), le traitement de la toxicomanie et du jeu pathologique selon une approche cognitivo-comportementale repose incontestablement sur les mêmes bases. En confiant à l'individu un rôle actif dans son traitement, lui permettant de se prendre en charge pour son propre changement, et en misant sur la modification des croyances erronées et le développement de nouvelles habiletés, cette approche offre des avantages indéniables pour le traitement des problèmes de dépendance. Il reste à espérer que les études futures puissent identifier avec encore plus de précision les ingrédients thérapeutiques et divers facteurs liés à l'efficacité des traitements de la toxicomanie et du jeu pathologique et que les centres de traitement de ces problèmes osent davantage faire appel à une telle approche.

### Références

- Annis, H. M. (1990). Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive-social learning approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, 117-124.
- Annis, H. M. (1984). *Inventory of Drinking Situations, short form*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Bannister, G., Jr. (1977). Cognitive and behavior therapy in a case of compulsive gambling. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 223-227.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.
- Bergler, E. (1958). *The psychology of gambling*. New York: International Universities Press.
- Boivin, M. D., Violette, F., & Beaudry, M. (1995). L'intervention auprès de conjointes de toxicomanes: Une expérience québécoise de recherche-intervention. Dans *Québec/Canada: approche pluridisciplinaire des toxicomanies*, Bulletin de liaison du CNDT, #20, Lyon, 171-189.
- Brown, S. A. (1985). Reinforcement expectancies and alcoholism treatment outcome in a one-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 304-308.
- Brown, S. A., Vik, P. W., McQuaid, J. R., Patterson, T. L., Irwin, M. R., & Grant, I. (1990). Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 344-348.
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C., & Boisvert, J. M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 25, 275-282.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Keller, D. S. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 249-265.
- Cernovsky, Z. Z. (1986). Control groups in routine evaluations of outcomes of alcoholism treatment. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 6, 77-87.
- Ciarrocchi, J., & Richardson, R. (1989). Profile of compulsive gamblers in treatment: Update and comparisons. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 53-65.
- Ciarrocchi, J. (1987). Severity of impairment in dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 16-26.
- Cooney, N. L., Kadden, R. M., Litt, M. D., & Geter, A. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 598-601.
- Cotler, S. B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behavior Therapy*, 2, 579-584.
- Dickerson, M. G., & Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 139-141.
- Duckitt, A., Brown, D., Edwards, G., Oppenheimer, E., Sheehan, M., & Taylor, C. (1985). Alcoholism and the nature of outcome. *British Journal of Addictions*, 80, 153-162.
- Edwards, G., Brown, D., Oppenheimer, E., Sheehan, M., Taylor, C., & Duckitt, A. (1988). Long-term outcome for patients with drinking problems: The search for predictors. *British Journal of Addictions*, 83, 917-927.
- Enrick, C. D., & Hansen, J. (1983). Assertions regarding effectiveness of treatment for alcoholism. Fact or fantasy? *American Psychologist*, 1078-1088.
- Finney, J. W., Moos, R. H., & Mewborn, C. R. (1980). Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 17-29.
- Gaboury, A., & Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 411-420.
- Glenn, S. W., & Parsons, O. A. (1991). Prediction of resumption of drinking in posttreatment alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 26, 237-254.

- Goorney, A. B. (1968). Treatment of a compulsive horse race gambler by aversion therapy. *British Journal of Psychiatry*, *114*, 329-333.
- Hall, W., & Heather, N. (1991). Issues of statistical power in comparative evaluations of minimal and intensive controls drinking interventions. *Addictive Behaviors*, *16*, 83-87.
- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, *16*, 235-246.
- Heather, N., & Tebbutt, J. (1989). Definitions of non-abstinent and abstinent categories in alcoholism treatment outcome classifications: A review and proposal. *Drug and Alcohol Dependence*, *24*, 83-93.
- Institute of Medicine (1992). Prevention and treatment of alcohol-related problems: Research opportunities. *Journal of Studies on Alcohol*, *53*, 5-16.
- Ito, J. R., Donovan, D. M., & Hall, J. J. (1988). Relapse prevention in alcohol aftercare: Effects on drinking outcome, change process, and aftercare attendance. *British Journal of Addictions*, *83*, 171-181.
- Kadden, R. M., Cooney, N. L., Getter, H., & Lit, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills training or interactional therapies: Posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 698-704.
- Langer, E. J. (1983). *The psychology of control*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction*, *86*, 1017-1028.
- Lesieur, H. R., & Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, *7*, 5-39.
- Martlat, G. A. (1985). Relapse prevention: General overview. In G. A. Martlat & J. R. Gordon (eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mattson, M. E., & Allen, J. P. (1991). Research on matching alcoholic patients to treatments: Findings, issues, and implications. *Journal of Addictive Behaviors*, *11*, 33-49.
- McConaughy, N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A., & Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling implications for behavioral assessment. *Behavior Modification*, *12*, 371-384.
- McConaughy, N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A., & Allcock, C. (1983). Controlled comparisons of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, *142*, 366-372.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, *168*, 26-33.
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D., & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, *53*, 249-261.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Binkoff, J. A., Zwick, W. R., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., & Rohsenow, D. J. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, *51*, 263-270.

- Oei, T. P. S., Lim, B., & Young, R. M. (1991). Cognitive processes and cognitive behavior therapy in the treatment of problem drinking. *Journal of Addictive Diseases*, *10*, 63-80.
- Öjehagen, A., & Berglund, M. (1986). Early and late improvement in a two-year out-patient alcoholic treatment program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *74*, 129-136.
- Öjehagen, A., Skyjaeris, A., & Berglund, M. (1988). Prediction of posttreatment drinking outcome in a two-year out-patient alcoholic treatment program. A follow-up study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *12*, 46-51.
- Orrrod, J., & Budd, R. (1991). A comparison of two treatment interventions aimed at lowering anxiety levels and alcohol consumption amongst alcohol abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, *27*, 233-243.
- Parsons, O. A., Schaeffer, K. W., & Glenn, S. W. (1990). Does neuropsychological test performance predict resumption of drinking in posttreatment alcoholics? *Addictive Behaviors*, *15*, 297-307.
- Pettinati, H. M., Sugerman, A. A., Didonato, N., & Maurer, H. S. (1982). The natural history of alcoholism over four years after treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, *43*, 201-215.
- Rankin, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behavior Research and Therapy*, *20*, 185-187.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Binkoff, J. A., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., & Abrams, D. B. (1991). Patient-treatment matching for alcoholic men in communication skills versus cognitive-behavioral mood management training. *Addictive Behaviors*, *16*, 63-69.
- Russo, A. M., Taber, J. I., McCormick, R. A., & Ramirez, L. F. (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital and Community Psychiatry*, *35*, 823-827.
- Seager, C. P. (1970). Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, *117*, 545-553.
- Sharpe, L., & Tarter, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 407-412.
- Siddall, J. W., & Conway, G. L. (1988). Interactional variables associated with retention and success in residential drug treatment. *The International Journal of Addictions*, *23*, 1241-1254.
- Singer, M. (1983). Evaluating alcoholism treatment programs: Considerations and caveats. *The International Journal of Addictions*, *18*, 1145-1155.
- Smart, R. G., & Gray, G. (1978). Multiple predictors of dropout from alcoholism treatment. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 363-367.
- Sobell, M. B., Brochu, S., Sobell, L. C., Roy, J., & Stevens, J. A. (1987). Alcohol treatment outcome evaluation methodology: State of the art 1980-1984. *Addictive Behaviors*, *12*, 113-128.
- Sylvain, C., Boivin, D., & Bergeron, J. (1997). *La toxicomanie et le jeu pathologique: Un parallélisme entre les définitions et les perspectives étiologiques*. Manuscrit soumis pour publication.
- Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 1-6.
- Taber, J. I., & McCormick, R. A. (1987). The pathological gambler in treatment. In T. Galski (ed.), *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- Taber, J. I., McCormick, R. A., Russo, A. M., Adkins, B. J., & Ramirez, L. F. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 757-761.
- Toneatto, T., & Sobell, L. C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behavior therapy: A case report. *Addictive Behaviors*, *15*, 497-501.
- Victor, R. G., & Krug, C. M. (1967). "Paradoxical intention" in the treatment of compulsive gambling. *American Journal of Psychotherapy*, *21*, 808-814.
- Wallace, B. C. (1991). Crack cocaine: What constitutes state of the art treatment? *Journal of Addictive Diseases*, *11*, 79-95.
- Wallace, J., McNeill, D., Gilfillan, D., Maclean, K., & Fanella, F. (1988). Six-month treatment outcomes in socially stable alcoholics: Abstinence rates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *5*, 247-252.
- Wells, E. A., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (1988). Choosing drug use measures for treatment outcome studies. I. The influence of measurement approach on treatment results. *The International Journal of the Addictions*, *23*, 851-873.