

PRATIQUE CLINIQUE

Intervention clinique dans le trouble du jeu : un programme thérapeutique protocolisé développé au sein de l'unité des addictions comportementales de l'hôpital universitaire de Bellvitge, en Espagne

Isabel Baenas^{1,2,3}, Fernando Fernández-Aranda^{1,2,3,4}, Susana Jiménez-Murcia^{1,2,3,4*}

¹ Service de psychologie clinique, Hôpital universitaire de Bellvitge – Institut de recherche biomédicale de Bellvitge (IDIBELL), Barcelone, Espagne

² Groupe de psychoneurobiologie des comportements alimentaires et addictifs, Programme de neurosciences, IDIBELL, Barcelone, Espagne

³ CIBER de physiopathologie de l'obésité et de la nutrition (CIBERObn), Institut de santé Carlos III, Barcelone, Espagne

⁴ Département des sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Barcelone, campus de Bellvitge, Barcelone, Espagne

* Correspondance : Susana Jiménez-Murcia. Hôpital universitaire de Bellvitge – IDIBELL et CIBEROBN. Feixa Llarga s/n, 08907 L'Hospitalet del Llobregat, Barcelone, Espagne. sjimenez@bellvitgehospital.cat

Résumé :

Contexte : Le trouble du jeu d'argent (TJA) est reconnu comme une addiction comportementale dans les principales classifications diagnostiques. Il se caractérise par un comportement de jeu problématique persistant et récurrent, entraînant une altération du fonctionnement adaptatif dans différents domaines de la vie de l'individu. À ce jour, les interventions psychologiques, en particulier la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), ont démontré la plus grande efficacité dans la prise en charge des personnes présentant un TJA. Dans ce contexte, l'élaboration de protocoles d'intervention peut améliorer les résultats cliniques en guidant les praticiens vers des approches fondées sur les preuves, plus structurées et mieux adaptées. **Objectifs.** Décrire et diffuser le programme thérapeutique protocolisé pour le TJA développé à l'Unité des addictions comportementales de l'Hôpital universitaire de Bellvitge (Barcelone, Espagne). **Méthodes et résultats.** Le protocole standardisé, basé sur la TCC, comprend 16 séances hebdomadaires de groupe en ambulatoire. Il cible des domaines clés tels que la psychoéducation, le contrôle comportemental, les compétences émotionnelles et la prévention des rechutes. Il intègre également des composantes motivationnelles ainsi que l'implication de la famille. L'intervention est précédée d'une évaluation diagnostique formalisée et se prolonge par un suivi de deux ans. Des adaptations ont été développées pour des formats individuels et en hospitalisation, en tenant compte de la diversité des profils cliniques au sein des groupes thérapeutiques. **Discussion et conclusions.** La protocolisation des interventions cliniques est essentielle pour garantir des soins standardisés et fondés sur les preuves, contribuant à améliorer la prise en charge clinique et les résultats en termes de rétablissement dans le TJA. Le programme thérapeutique proposé par l'Hôpital universitaire de Bellvitge constitue un modèle pertinent d'outil protocolisé et complet pour les professionnels de santé mentale à l'échelle internationale. Il a été validé avec succès en pratique clinique, et de nombreuses publications portant sur les résultats thérapeutiques et les trajectoires cliniques ont découlé de son application opérationnelle, avec une large diffusion aux niveaux scientifique, clinique et communautaire.

Mots-clés : addiction comportementale ; trouble du jeu d'argent ; intervention clinique ; traitement ; protocole

Abstract:

Context: Gambling disorder (GD) is recognized as a behavioral addiction in the main diagnostic classification systems and characterized by persistent and recurrent problematic gambling behavior that disrupts adaptive functioning in different areas of the individual's life. So far, psychological interventions, particularly cognitive-behavioral therapy (CBT), have demonstrated the greatest efficacy for treating people with GD. In this regard, establishing interventional protocols could enhance clinical outcomes by guiding practitioners through more tailored and structured evidence-based approaches. **Aims:** To detail and disseminate the protocolized therapeutic program for GD designed at the Behavioral Addictions Unit of the Bellvitge University Hospital (Barcelona, Spain). **Methods and Results:** The standardized CBT-based protocol includes 16 weekly group sessions in an outpatient setting, addressing key areas such as psychoeducation, behavioral control, emotional skills, and relapse prevention. It integrates motivational components and family involvement. The intervention is preceded by a formal diagnostic assessment and extends into a two-year follow-up. Adaptations have been developed for individual and inpatient formats and take into account the diversity of clinical profiles within group settings. **Discussion & Conclusions:** The protocolization of clinical interventions is essential for ensuring standardized, evidence-based care treatments that helps to improve clinical management and recovery outcomes in GD. The therapeutic program proposed by the Bellvitge University Hospital represents a valuable model of a protocolized and comprehensive tool for mental health practitioners worldwide, which has been successfully tested in clinical settings. Numerous publications related to treatment outcomes and clinical trajectories have been derived from its operational application and widely disseminated at the scientific, clinical, and community levels.

Key-words : behavioral addiction, gambling disorder, clinical intervention, treatment, protocol

1. INTRODUCTION

Le trouble du jeu (Gambling Disorder, GD) est la première addiction comportementale à avoir été formellement reconnue en tant qu'entité unique dans la dernière édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (1), où il est classé parmi les troubles addictifs sans substance et

n'est plus considéré comme un trouble du contrôle des impulsions. Cette reconnaissance est également reprise dans la dernière édition de la Classification internationale des maladies (CIM-11) (2). Ce trouble se caractérise par un comportement de jeu persistant et récurrent, associé à une perte progressive du contrôle, et entraîne une souffrance émotionnelle significative ainsi que des conséquences négatives majeures dans l'ensemble des sphères de la vie de l'individu (par exemple, l'état de santé, le développement professionnel et académique, la vie familiale et l'environnement social) (1).

Au cours des dernières années, le GD est de plus en plus considéré comme un problème de santé publique, avec des estimations de prévalence en Europe variant de 0,1 % à 4 % (3-5). L'appréhension du trouble selon une perspective biopsychosociale permet de mettre en évidence sa nature complexe et multifactorielle, façonnée par des caractéristiques neurobiologiques et psychologiques (p. ex. impulsivité, fonctionnement exécutif, régulation émotionnelle, stratégies de coping face au stress), des facteurs de personnalité (p. ex. traits impulsifs et évitants), des caractéristiques sociodémographiques (p. ex. sexe et âge), le type d'activité de jeu (p. ex. jeux stratégiques ou non stratégiques, pratique hors ligne ou en ligne), ainsi que la présence de comorbidités psychiatriques, entre autres éléments (6-8). Plus précisément, l'identification de différents phénotypes chez les personnes présentant un GD souligne l'hétérogénéité du trouble, tant sur le plan neurobiologique que clinique (9-12).

À ce jour, l'approche psychologique fondée sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) constitue la stratégie thérapeutique disposant du niveau de preuve le plus élevé dans la prise en charge du GD, tant en format individuel qu'en groupe (13-15). Cette intervention a montré de bons résultats à court et moyen terme (15,16), la TCC guidée par un professionnel s'avérant plus efficace que les interventions auto-administrées (17). Bien que d'autres stratégies psychologiques n'aient pas démontré de supériorité clinique par rapport à la TCC, la combinaison de la TCC avec d'autres approches, telles que l'intervention motivationnelle et la psychoéducation, a donné des résultats positifs (14,15). Néanmoins, des études supplémentaires sont nécessaires pour consolider ces données, notamment concernant l'efficacité à long terme. Dans cette optique, une harmonisation des programmes thérapeutiques fondés sur la TCC pourrait favoriser la réalisation d'études d'efficacité reposant sur des échantillons plus larges et comparables. Toutefois, cette standardisation ne doit pas se faire au détriment de l'identification des facteurs individuels modulant la réponse au traitement, afin de permettre une prise en charge thérapeutique personnalisée. Dans cette perspective, une caractérisation plus globale et intégrative des profils de GD pourrait également contribuer de manière significative à l'optimisation des interventions thérapeutiques, dans une approche de médecine de précision.

Cela étant, les données disponibles concernant la structure et la mise en œuvre des interventions cliniques au sein des unités spécialisées à l'échelle internationale restent limitées. Afin de combler cette lacune, la présente étude décrit le programme thérapeutique du GD développé au sein de l'Unité des addictions comportementales de l'Hôpital universitaire de Bellvitge à Barcelone (Espagne), un centre disposant d'une vaste expérience clinique et de recherche dans le domaine des addictions comportementales. Cette intervention protocolisée et fondée sur les données probantes est présentée comme un modèle potentiel de réplication et d'adaptation pour les communautés clinique et scientifique à l'échelle internationale.

2. MATERIELS ET METHODES

Le programme thérapeutique protocolisé utilisé au sein de l'Unité des addictions comportementales de l'Hôpital universitaire de Bellvitge (Barcelone, Espagne) a été conçu grâce à une collaboration multidisciplinaire entre psychologues et psychiatres experts, disposant d'une vaste expérience clinique dans le domaine des addictions comportementales, et a été publié pour la première fois en 2006 (18). Depuis lors, ce protocole a fait l'objet de révisions périodiques par le Service de sécurité et de qualité des soins du même établissement, permettant d'adapter son contenu afin d'optimiser son applicabilité et son efficacité, notamment en tenant compte de l'intégration progressive du jeu en ligne comme motif de consultation et de l'évolution des profils de joueurs (p. ex. type de jeux, caractéristiques sociodémographiques et cliniques, etc.).

Cette évolution a conduit à la définition de plusieurs protocoles spécifiques visant à l'individualisation du projet thérapeutique, garantissant la prise en compte des besoins idiosyncratiques de certains groupes, tels que les jeunes, les femmes et les personnes présentant des comorbidités mentales ou neurologiques (p. ex. la maladie de Parkinson). Les dernières mises à jour de ces protocoles s'échelonnent entre 2019 et 2023, selon le protocole concerné.

Dans l'ensemble, l'application du programme thérapeutique a été pensée dans un cadre ambulatoire. Toutefois, certains patients peuvent nécessiter, à un moment donné, une prise en charge en hospitalisation en raison de la sévérité de leur comportement de jeu. En conséquence, un programme thérapeutique protocolisé en hospitalisation a également été développé et sera présenté de manière synthétique dans les sections suivantes.

Au cours de plus de 20 années de fonctionnement de l'Unité, des données ont été recueillies auprès de 5 832 personnes (données arrêtées à décembre 2024), parmi lesquelles 5 105 ont consulté pour des motifs liés au jeu et ont bénéficié d'une prise en charge reposant sur ce programme thérapeutique protocolisé. Cette vaste expérience clinique a permis d'approfondir la recherche clinique relative aux aspects

thérapeutiques du GD, notamment en ce qui concerne les résultats du traitement (19–21), les facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique (22–24), l'utilité de stratégies complémentaires telles que l'auto-exclusion (25), ou encore l'identification de sous-types cliniques et de trajectoires de réponse (26–28), entre autres.

3. PROGRAMME THÉRAPEUTIQUE PROTOCOLISÉ

3.1. Évaluation clinique et psychométrique du comportement de jeu

Le diagnostic des addictions comportementales repose principalement sur les critères cliniques définis dans les principaux manuels diagnostiques des troubles mentaux (DSM et CIM) (1,2). Néanmoins, la complexité clinique de ces troubles rend nécessaire l'évaluation de ces critères dans le cadre d'un entretien clinique, garantissant une caractérisation plus globale et approfondie du trouble. Le présent programme thérapeutique protocolisé comprend une phase diagnostique initiale en trois étapes, réalisée au cours des deux premières semaines suivant l'admission du patient au sein de l'Unité et menée en ambulatoire.

La première étape consiste en une anamnèse détaillée reposant sur un entretien semi-structuré en face à face, conduit en une seule séance par l'un des psychologues expérimentés de l'Unité (18). Le recueil d'informations relatives aux antécédents somatiques et psychiatriques, personnels et familiaux, ainsi qu'aux prises en charge et traitements antérieurs en lien avec le motif de consultation, est essentiel pour définir le profil clinique du patient. Il est également recommandé de procéder à une évaluation approfondie du comportement de jeu, en explorant notamment l'âge de début, la durée du problème, les préférences en matière de type de jeu, ainsi que le niveau d'insight du patient, entre autres éléments. L'intégration de stratégies issues de l'entretien motivationnel peut s'avérer utile pour explorer l'état motivationnel intrinsèque et l'ambivalence face au changement comportemental, dans une approche empathique, non jugeante et basée sur l'acceptation. Ce style d'intervention est particulièrement recommandé pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité, susciter des disaccords, éviter la confrontation directe et gérer la résistance au changement. Par ailleurs, le renforcement de l'alliance thérapeutique et de l'engagement du patient constitue un bénéfice supplémentaire fréquemment associé à ce type d'intervention.

D'autres éléments clés à explorer au cours de l'entretien incluent la présence et le type de distorsions cognitives, ainsi que l'existence d'autres comportements addictifs (p. ex. liés à la consommation de substances), en raison de leur impact sur la prise en charge thérapeutique. De plus, la comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques rend nécessaire l'évaluation d'une éventuelle coordination avec d'autres spécialistes du réseau de soins du patient. L'examen de l'état psychopathologique aigu peut également mettre en évidence des tableaux symptomatiques justifiant une réévaluation en service d'urgence, en raison de leur sévérité et de leur retentissement fonctionnel potentiel à court terme. Ces situations incluent notamment une altération comportementale et fonctionnelle secondaire à une décompensation aiguë d'un trouble mental sévère (diagnostiqué antérieurement ou épisode inaugural) et/ou la détection d'un risque auto-agressif. Il est également essentiel que le clinicien procède à un diagnostic différentiel avec d'autres troubles mentaux. Dans le cas du comportement de jeu, il convient notamment de déterminer s'il s'agit d'un jeu problématique ou pathologique, d'évaluer la co-occurrence de troubles de la personnalité (tels que le trouble de la personnalité antisociale, dans lequel le jeu peut s'inscrire dans des conduites transgressives avec des antécédents fréquents d'actes illégaux), ou encore d'identifier la présence d'un épisode affectif aigu de type maniaque pouvant, à lui seul, expliquer le comportement de jeu.

Enfin, l'accumulation de dettes et la commission d'actes illégaux figurent parmi les conséquences les plus graves associées au comportement de jeu et doivent être systématiquement évaluées. À cet égard, il est recommandé que le clinicien connaisse les principales ressources disponibles au niveau communautaire en matière de gestion financière et de conseil juridique, afin de pouvoir les proposer au patient si nécessaire. Par ailleurs, l'impact négatif sur l'environnement social et familial constitue souvent l'une des conséquences majeures du trouble, les mensonges et la perte de confiance étant fréquemment rapportés lors de l'entretien clinique. Il est donc essentiel d'évaluer le niveau de conscience des difficultés par la famille, ainsi que l'existence d'un soutien externe. Dans certains cas, l'entourage social peut représenter un facteur déclenchant de la demande de soins ; le clinicien doit alors être attentif à l'ampleur de cette pression externe, laquelle doit être travaillée conjointement avec la motivation intrinsèque du patient. À ce titre, une meilleure conscience des problèmes liés au jeu est associée à une meilleure observance des recommandations et consignes thérapeutiques (29).

L'utilisation d'instruments psychométriques dans l'évaluation des addictions comportementales constitue la deuxième étape du processus diagnostique et vient compléter l'entretien clinique (18). Dans le cadre du protocole décrit, la batterie psychométrique sélectionnée couvre l'évaluation de dimensions cliniques liées à la structure de la personnalité, à l'état psychopathologique aigu, aux difficultés de régulation émotionnelle, aux traits d'impulsivité, aux distorsions cognitives et à la présence d'autres comportements addictifs. Cette évaluation est réalisée au sein de l'Unité, sous la supervision de l'équipe de psychologie, afin d'accompagner les patients en cas de doute ou de difficulté de compréhension.

Selon les situations, certains outils peuvent être hétéro-administrés, notamment en cas de barrières linguistiques ou de niveau d'instruction limité. De manière générale, l'inclusion d'une batterie standardisée de questionnaires est fortement recommandée, car elle permet d'explorer une large gamme de processus psychologiques influençant le comportement de jeu. Ces outils doivent être validés dans la langue maternelle du patient et présenter des propriétés psychométriques adéquates.

Enfin, la troisième étape du processus diagnostique consiste à fournir un retour structuré des résultats au patient. Les conclusions de l'évaluation sont présentées lors d'une seconde consultation avec le thérapeute ayant conduit l'entretien clinique initial, au cours de laquelle sont également exposés les modalités et objectifs de l'intervention thérapeutique. Dans l'ensemble, le processus diagnostique est complété sur une période de deux semaines.

3.2. Intervention thérapeutique

Le programme thérapeutique décrit s'inscrit dans un modèle ambulatoire public destiné aux adultes âgés de 18 ans et plus, conformément aux caractéristiques du système de couverture des soins de l'établissement concerné. En tant qu'unité spécialisée suprasectorielle au sein de la région de Catalogne, elle accueille des patients provenant de l'ensemble du territoire catalan et national.

La durée de la prise en charge est de quatre mois, suivie d'une phase de suivi de deux ans, qui sera détaillée dans les sections suivantes. L'intervention thérapeutique repose sur une approche cognitivo-comportementale (TCC) et est guidée par l'un des thérapeutes cliniciens de l'Unité. Ces professionnels (psychologues ou psychiatres) disposent d'une large expérience clinique dans le domaine des addictions comportementales et de la TCC, et sont également impliqués dans le processus diagnostique.

3.2.1. Approche thérapeutique standard

La modalité de groupe est l'approche thérapeutique conventionnelle. Cette modalité permet d'étendre la prise en charge thérapeutique à un plus grand nombre de patients simultanément, avec les bénéfices sociaux correspondants issus de la dynamique de groupe, tout en maintenant l'efficacité thérapeutique. Dans le cadre du protocole, différents critères d'inclusion sont définis pour la modalité de groupe : a) avoir un insight du problème comportemental ; b) être motivé au changement (p. ex. stades de préparation et d'action) ; c) accepter l'abstinence de tous les types de jeux (et pas uniquement du type de jeu ayant motivé la demande de soins) ; d) l'absence d'autres comorbidités, à l'exception des troubles de l'adaptation réactionnels aux conséquences du problème de jeu ; e) disposer d'un soutien familial ou social durant le processus thérapeutique. Dans le programme, nous désignons par la figure du co-thérapeute un membre de la famille ou de l'entourage proche du patient qui collabore au traitement. Cette personne est généralement l'un des individus ayant accompagné le patient lors du processus d'admission à l'Unité et/ou durant la phase diagnostique, et est typiquement affectée de manière indirecte en raison du problème de jeu du patient. Si plusieurs personnes participent à l'accompagnement du patient tout au long du processus diagnostique, il est recommandé que le patient en désigne une afin de collaborer à la fois avec le thérapeute et le patient durant la phase de traitement. En alternative, une intervention thérapeutique en modalité individuelle est proposée aux patients dont les circonstances diffèrent de celles exposées ci-dessus et sera abordée plus en détail tout au long du manuscrit.

L'intervention consiste en 16 séances hebdomadaires en ambulatoire (90 minutes/séance) avec un nombre optimal de participants compris entre 10 et 14 patients par groupe. Le co-thérapeute assiste à 7 des 16 séances : la première et la deuxième (séances de psychoéducation), la quatrième, la septième, la dixième, la treizième et la seizième, en plus des réunions de suivi. Les principaux objectifs thérapeutiques sont : a) la réduction du craving et du besoin de jouer ; b) la récupération du contrôle de soi et l'augmentation de l'estime de soi ; c) un changement de mode de vie vers des habitudes plus saines et des activités de loisirs alternatives et plus adaptées ; d) être capable d'identifier les situations à risque de jeu et d'acquiescer des stratégies de coping plus adaptées ; et e) retrouver un fonctionnement familial et social. À cette fin, le programme thérapeutique intègre plusieurs techniques : psychoéducation, contrôle des stimuli, assertivité et autres entraînements aux compétences, stratégies de prévention de la réponse, acquisition de nouveaux comportements sains pour remplacer ceux associés au jeu, intervention familiale, stratégies de prévention de la rechute, restructuration cognitive, ainsi que le renforcement et l'auto-renforcement. Ce qui suit fournit un aperçu contextualisé de l'application des différentes stratégies au sein de cette intervention protocolisée.

a. Psychoéducation et contrôle des stimuli

La psychoéducation a été jugée très utile dès la première séance pour les patients. En conséquence, les deux premières séances du programme de traitement se concentrent sur ce sujet. Tout au long de ces séances, les thérapeutes et les patients peuvent également se présenter. Plus précisément, lors de la première séance, le thérapeute fournit des informations détaillées sur ce que comporte le trouble du jeu (TDJ) : les principaux symptômes, la conceptualisation du trouble comme une addiction, quelques données épidémiologiques intéressantes, le modèle biopsychosocial du TDJ, la différenciation des types de jeux et des profils cliniques, ainsi que les facteurs de risque et de maintien. La deuxième séance est

globalement axée sur la fourniture d'informations concernant l'intervention thérapeutique : l'approche TCC et les principaux résultats obtenus jusqu'à présent, les objectifs thérapeutiques avec une importance particulière accordée à l'abstinence définitive et absolue, les rechutes, la durée du programme de traitement et sa structure.

Au cours de ces séances, le thérapeute fournit également aux patients des informations bibliographiques pertinentes et explore des aspects liés à leur comportement de jeu au début du traitement (p. ex., type de jeu, utilisation de la modalité en ligne, état de motivation, abstinence). Dans cette phase initiale du traitement, l'un des objectifs du thérapeute est de constituer une image globale du comportement de jeu du patient (ou de chaque patient, dans le cas de la modalité de groupe). Cette procédure ne repose pas sur une interview structurée ni sur des questionnaires, comme durant la période diagnostique, car le professionnel dispose de ces informations consultables. Cela dit, explorer ces données durant les premières séances du traitement est utile pour construire l'alliance thérapeutique, car parfois le professionnel ayant suivi le patient durant la phase diagnostique n'est pas le même que celui qui assure le traitement et n'a pas rencontré le patient auparavant. De plus, il est utile pour les patients de se présenter et d'exposer leurs motifs de consultation aux autres patients en modalité de groupe. Par ailleurs, cela permet d'examiner le degré de motivation au changement et à l'abstinence de chaque patient à ce premier stade du traitement, et de mettre l'accent sur des aspects tels que la recommandation de l'auto-exclusion ou le travail sur la résistance via des stratégies motivationnelles. Dans cette logique, la disponibilité de mesures utiles de motivation au changement permettrait d'optimiser les résultats du traitement par l'application d'interventions thérapeutiques spécifiques (30). De même, des mesures préventives telles que l'auto-exclusion pourraient être envisagées comme une variable facilitatrice dans le processus thérapeutique, étant associées à de faibles taux de rechute (25).

À ce stade, le thérapeute explique également les directives générales du traitement relatives au contrôle des stimuli. Cette stratégie implique un contrôle financier externe basé sur le fait de ne porter que le montant d'argent prévu pour chaque jour, l'utilisation de cartes de portefeuille, la demande de reçus de dépenses, une revue périodique des comptes bancaires avec le co-thérapeute, et la fermeture de comptes bancaires alternatifs susceptibles de financer le jeu. De plus, le contrôle des stimuli comprend d'autres mesures telles que l'évitement des situations à risque et la recherche de routines alternatives, le blocage des publicités, la reconnaissance des dettes et la planification de leur remboursement, ainsi que l'auto-exclusion des sites de jeu hors ligne et en ligne. Les stratégies de contrôle des stimuli peuvent être flexibles en fonction de l'évolution du patient.

Lorsque le traitement est initié, le thérapeute, le patient et son co-thérapeute doivent également signer un contrat thérapeutique, dans lequel chacun s'engage à remplir son rôle dans le cadre du programme de traitement. En ce sens, le thérapeute renforce l'importance de respecter les directives, d'assister aux séances et explique comment remplir les auto-questionnaires relatifs au comportement de jeu et au contrôle des dépenses. Ces auto-questionnaires constitueront une tâche quotidienne pour le patient, devant être vérifiés par le co-thérapeute et analysés chaque semaine lors de chaque séance clinique. Ci-dessous se trouve une brève explication de la nature de ces rapports périodiques :

- o Auto-questionnaire sur le comportement de jeu : une série d'items doit être complétée, que le patient joue activement ou soit abstinent (dans ce dernier cas, en cochant les cases avec un « X »). La plupart des sections requièrent des réponses ouvertes, telles que : date, lieu de jeu, moyens d'accès, type de jeu, si le patient a joué seul (oui/non), montant d'argent (avant le jeu, somme mise, et argent restant), et temps passé à jouer. De plus, la présence de craving et l'exposition potentielle à des situations à haut risque doivent être enregistrées, car ces informations permettent un travail thérapeutique axé sur la gestion et la réduction de l'envie de jouer — une envie pouvant influencer le comportement de jeu et mettre en péril l'abstinence.

- o Auto-questionnaire sur les dépenses : il comprend la date, le plafond de dépenses quotidiennes convenu, les dépenses quotidiennes réelles et l'argent restant, ainsi que la signature du co-thérapeute si ce dernier approuve la gestion financière du patient. Ce registre doit être accompagné de reçus ou de documents justificatifs vérifiant les dépenses déclarées par le patient. L'objectif de cet auto-questionnaire est d'améliorer la conscience du patient sur la gestion de l'argent et sa valeur — un domaine souvent distordu et représentant un problème pré-morbide dans de nombreux cas.

b. Assertivité, stratégies de prévention de la réponse et acquisition d'habitudes adaptatives

Les techniques d'assertivité jouent un rôle crucial dans le traitement du TDJ en fournissant aux individus des compétences efficaces pour communiquer de manière claire, directe et respectueuse dans des situations liées au jeu. Ces techniques leur permettent d'exprimer leurs besoins, limites et désirs de manière appropriée, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du contexte thérapeutique. En apprenant à être assertifs, les individus peuvent résister à la pression sociale les incitant à participer à des activités de jeu, établir des limites saines avec la famille et les amis susceptibles d'influencer leur comportement, et défendre leurs intérêts lorsqu'ils cherchent du soutien et des ressources pour leur rétablissement. De plus, l'assertivité les aide à développer une plus grande confiance en eux et une meilleure estime de soi, ce qui renforce leur capacité à faire face aux défis de leur trouble et à maintenir une voie de rétablissement solide et durable. Lors de la troisième séance, le thérapeute travaille à identifier les styles

de communication utilisés par chaque patient dans différents contextes, en explorant et en expliquant des réponses assertives à des situations quotidiennes. Pour mettre cela en pratique, des jeux de rôle sont proposés au cours de cette séance. Les patients doivent apprendre à anticiper les situations quotidiennes qui déclenchent des comportements non assertifs.

De plus, le thérapeute travaille sur des stratégies de prévention de la réponse, conçues pour empêcher l'individu d'adopter des comportements inadaptés lorsqu'il est exposé à des déclencheurs ou à des envies. En réduisant systématiquement le renforcement du comportement addictif, les patients peuvent apprendre à faire face aux cravings et éviter d'agir sur des impulsions, ce qui conduit à un rétablissement durable à long terme. Ces stratégies encouragent les individus à affronter des situations qui déclenchent typiquement leur comportement, mais sans céder à l'impulsion de s'engager dans le comportement addictif. Dans cette logique, des difficultés de régulation émotionnelle et d'adaptation face à des situations stressantes peuvent conduire à utiliser le jeu comme un moyen inadapté de réguler les états émotionnels, ainsi que comme une façon de « fuir » la détresse émotionnelle liée à une perte de contrôle et aux conséquences du jeu, telles que des problèmes financiers ou l'isolement social. Ce cercle vicieux impliquant cognition, émotion et finalement comportement contribue à perpétuer le problème et à augmenter sa gravité. Avec le temps, le processus thérapeutique aidera à affaiblir le lien entre les déclencheurs et leur réponse comportementale, ainsi qu'à renforcer des stratégies d'adaptation plus adaptées. À ce stade, il est essentiel que les patients identifient les facteurs qui agissent comme déclencheurs dans leur cas avec l'aide du thérapeute et du co-thérapeute, et restent vigilants quant à l'apparition ou à la modification de ces déclencheurs au fil du temps, afin de les détecter précocement. Étroitement lié à ce fait, le thérapeute introduit la nécessité de changer les habitudes/le mode de vie en promouvant des activités alternatives et en encourageant les patients à développer leur propre plan de loisirs dans le but de favoriser l'acquisition d'habitudes adaptatives. À cette fin, les patients sont encouragés à créer leur propre liste d'activités récréatives alternatives, qu'ils devront intégrer dans leur plan de vie. Tout au long de la thérapie, le degré d'établissement et d'engagement envers ces nouvelles habitudes sera suivi.

c. Intervention familiale

Comme mentionné précédemment, le co-thérapeute assiste à certaines séances thérapeutiques et est généralement représenté par le conjoint ou un autre membre de la famille du patient. Au cours du traitement, cette figure est très précieuse pour fournir des observations supplémentaires, faciliter la communication et le soutien émotionnel, ou aider le patient à se sentir plus à l'aise et plus confiant dans le traitement. Sa présence enrichit l'expérience thérapeutique en offrant différentes perspectives et compétences complémentaires, ce qui peut favoriser un changement de comportement plus complet et efficace chez le patient. L'introduction de l'intervention familiale joue un rôle crucial dans le traitement du TDJ, car ce trouble affecte non seulement l'individu, mais également ses proches et le fonctionnement global de l'environnement familial. En impliquant le co-thérapeute dans le processus thérapeutique, des facteurs socio-familiaux susceptibles de contribuer au problème, tels que le manque de communication, les conflits interpersonnels ou les dynamiques dysfonctionnelles, peuvent être abordés. Cette intervention ne se contente pas de fournir un soutien émotionnel à la personne en traitement, elle informe également son entourage sur le TDJ, favorise la compréhension et l'empathie, et facilite la création d'un environnement plus propice au rétablissement et au maintien du changement. L'intervention familiale peut contribuer à renforcer les liens socio-familiaux, améliorer la qualité de vie de tous les membres concernés, initier un processus de restauration de la confiance envers le patient, rompue par le problème de jeu, et favoriser un processus thérapeutique plus efficace et durable.

Dans cette optique, certaines séances spécifiquement dédiées au patient et au co-thérapeute (c.-à-d. la quatrième, la septième, la dixième et la treizième) visent à analyser les relations famille-patient (par ex. attitudes de méfiance et de confiance), à comprendre l'impression de la famille sur le problème, ainsi qu'à examiner leurs signes globaux de détresse émotionnelle et de souffrance en raison de ces circonstances. Dans les cas où le co-thérapeute n'appartient pas à l'environnement familial du patient mais à son réseau social, ces séances servent également à explorer l'alliance thérapeutique et les dynamiques relationnelles établies entre le patient et le co-thérapeute. De plus, ces séances permettent d'effectuer une évaluation conjointe de l'évolution thérapeutique avec le co-thérapeute.

d. Prévention de la rechute

Cette technique désigne l'ensemble des stratégies visant à éviter ou réduire la probabilité de rechute dans les comportements addictifs après avoir entamé un processus de rétablissement. La prévention de la rechute consiste à identifier les déclencheurs pouvant conduire à une rechute, à développer des compétences d'adaptation efficaces pour gérer les situations à risque, et à renforcer les ressources personnelles et de soutien afin de maintenir un mode de vie sain. La prévention de la rechute constitue un élément essentiel du traitement des différentes addictions, car elle aide les individus à consolider les changements positifs et à maintenir les progrès réalisés vers une vie exempte de comportements problématiques.

Dans le contexte de l'addiction, le thérapeute doit expliquer la différence entre « incident » (lapse) et « rechute » (relapse). Le terme « incident » renvoie à un épisode ponctuel de jeu au cours d'une période

où une personne tente de s'abstenir, tandis que « rechute » implique un retour soutenu au comportement de jeu après une période d'abstinence. Il est important d'aborder les incidents et les rechutes avec compréhension et soutien, car les deux peuvent constituer des occasions d'apprendre et de renforcer les stratégies de prévention de la rechute sur la voie d'un rétablissement durable. À cette fin, l'analyse des avantages/inconvénients à court et à long terme de cacher ou de communiquer un incident ou une rechute doit être reconnue afin d'encourager les patients à signaler ces épisodes dès que possible. De plus, expliquer le phénomène de dissonance cognitive, l'effet de violation de l'abstinence attribué à des facteurs internes de vulnérabilité, ainsi que les stratégies d'adaptation pour gérer la dissonance cognitive, constituent d'autres objectifs inclus dans le cadre des techniques de prévention de la rechute.

Habituellement, le modèle de rechute de Marlatt et Gordon (31) est utilisé pendant le traitement pour décrire le processus de rechute dans le contexte des addictions. Il propose que la rechute soit un processus graduel impliquant une série d'étapes, débutant par des facteurs de vulnérabilité tels que le stress, les émotions désagréables ou des situations déclenchantes. Ces facteurs peuvent déclencher des pensées automatiques et une recherche de comportement addictif. L'étape suivante implique la prise de décision concernant l'usage, où les avantages et inconvénients sont pesés. L'absence d'application de stratégies d'adaptation efficaces conduit à une rechute. Cependant, le modèle souligne également l'importance des stratégies de prévention de la rechute, qui incluent la reconnaissance précoce des signes de rechute, le développement de compétences alternatives d'adaptation et le renforcement de l'auto-efficacité pour éviter la rechute. En résumé, le modèle de rechute de Marlatt et Gordon offre une compréhension détaillée du processus de rechute et fournit un cadre pour la prévention et la gestion de la rechute dans le traitement de l'addiction (31).

En pratique, de la cinquième à la huitième séance, la thérapie est axée sur la prévention de la rechute, en mettant l'accent sur différents aspects. Ensuite, lors des quatorzième et quinze séances, les connaissances acquises sont renforcées et leur mise en œuvre est consolidée.

e. Renforcement et auto-renforcement

L'auto-renforcement constitue le sujet principal de la neuvième séance. Cette stratégie vise à apprendre aux individus à se récompenser pour les comportements positifs et pour l'atteinte des objectifs liés au contrôle du jeu. Ainsi, les patients apprennent à identifier et à valoriser leurs accomplissements, que ce soit en résistant à l'envie de jouer, en participant à des activités alternatives ou en atteignant les objectifs thérapeutiques. En renforçant leurs propres succès, les individus renforcent leur motivation intrinsèque et leur sentiment d'auto-efficacité, ce qui les aide à maintenir leur engagement dans le changement et à résister à la tentation de rechuter dans des schémas de jeu problématiques. Cette technique favorise l'autonomie et l'empowerment du patient, en lui fournissant des outils efficaces pour gérer ses difficultés sur le long terme. La formation à l'auto-renforcement peut inclure l'analyse de la qualité de vie atteinte pendant le traitement et des améliorations à différents niveaux. Il est également important que le thérapeute renforce l'abstinence obtenue et le respect des consignes.

f. Restructuration cognitive

Il s'agit d'un processus fondamental dans le développement humain, au cours duquel les croyances, pensées et perceptions sont révisées et adaptées afin d'intégrer de nouvelles informations ou expériences. La restructuration cognitive consiste à modifier des schémas mentaux ancrés, ouvrant ainsi la voie à une compréhension plus profonde et plus flexible du monde qui nous entoure. Grâce à la restructuration cognitive, les individus peuvent remettre en question et transformer leurs pensées automatiques et leurs biais cognitifs, favorisant ainsi la croissance personnelle et une meilleure adaptabilité face aux défis de la vie.

Lors des onzième et douzième séances, les pensées irrationnelles dans le contexte du jeu (telles que l'illusion de contrôle sur le jeu, la pensée magique, etc.) sont explorées. De même, le thérapeute travaille sur les pensées/comportements à risque, tels que se tester soi-même, des croyances comme « je suis guéri », etc., et explique le concept de « hasard » — en tant qu'aléa / incontrôlabilité — en le confrontant au concept de « chance » — en tant qu'expérience subjective.

g. Techniques de résolution de problèmes

À ce stade du traitement, l'introduction de techniques de résolution de problèmes peut contribuer à renforcer la prise de décision du patient – ces patients sont généralement caractérisés par des difficultés de planification et une prise de décision impulsive – et à éviter les situations à risque basées sur la tentative du patient de « fuir » des états émotionnels désagréables. Ainsi, certaines stratégies associées consistent à définir opérationnellement les problèmes et à générer plusieurs solutions alternatives, ainsi qu'à établir des critères pour l'évaluation de ces solutions possibles. Ensuite, le patient doit sélectionner les solutions les plus appropriées et vérifier leur efficacité (32).

À chaque séance, le thérapeute évalue systématiquement la présence de craving et toute rechute, travaille à identifier les déclencheurs potentiels et insiste sur l'importance de signaler toute rechute éventuelle. Le thérapeute explore également l'état émotionnel actuel du patient, y compris les

sentiments de culpabilité ou une éventuelle idéation suicidaire liée au problème de jeu, tout en renforçant l'objectif thérapeutique d'atteindre et de maintenir une abstinence totale. Pour soutenir ce processus, le thérapeute complète un enregistrement structuré pour chaque séance, qui comprend : a) la motivation du patient à assister ; b) la présence du co-thérapeute ; c) l'abstinence ou un comportement de jeu actif ; d) les détails des épisodes de jeu (type de jeu, montant dépensé, réinvestissement des gains, fréquence) ; e) la présence d'une rechute ; et f) les détails de la rechute, le cas échéant.

À partir de la deuxième séance, un temps est prévu au début et à la fin de chaque rencontre pour traiter tout incident ou toute question liée à la séance précédente ou au contenu de la séance en cours. Lors de la séance finale (c.-à-d. la seizième), le groupe évalue le processus thérapeutique et les changements obtenus, et discute des attentes futures concernant le maintien des habitudes saines et l'engagement dans des activités alternatives. Cette dernière rencontre est également utilisée pour que les patients complètent la même batterie de tests psychométriques auto-administrés réalisée au début, ainsi que pour planifier les séances de suivi.

Le tableau 1 présente une forme schématique du programme de traitement, spécifiant le thème et le contenu principal de chaque séance, l'assistance du co-thérapeute, ainsi que les séances qui intègrent une évaluation psychométrique pendant la période de traitement et de suivi.

3.2.2. Adaptations à l'approche thérapeutique standard

Comme indiqué précédemment dans la section précédente, une approche thérapeutique individuelle est généralement indiquée dans des circonstances spécifiques, notamment : a) la présence d'une psychopathologie comorbide sévère (par ex. troubles de l'axe I ou II) ; b) des facteurs limitant la compréhension et/ou la participation active au traitement, tels que des barrières linguistiques, un retard mental ou tout trouble neurodéveloppemental et/ou neurologique entraînant une altération fonctionnelle ; c) l'absence de soutien socio-familial pouvant être impliqué dans le processus thérapeutique en tant que co-thérapeute ; et d) la préférence personnelle du patient pour cette modalité thérapeutique. Cette intervention individuelle protocolisée conserve une structure et un contenu comparables à ceux de l'approche en groupe. Lorsqu'un co-thérapeute est disponible pour soutenir le patient, sa présence doit suivre la même séquence décrite dans le protocole de traitement de groupe.

Treatment -Session	Subject	Objectives	Assistants	Home Tasks	Psychometric Evaluation
I	Psychoéducation	Donner des informations sur le trouble du jeu	Patient + co-thérapeute	Auto-enregistrement de l'activité de jeu	Au début (pré-traitement)
II	Psychoéducation	Donner des informations sur le traitement et les règles Signature du contrat thérapeutique	Patient + co-thérapeute	Auto-enregistrement de l'activité de jeu	-
III	Activités alternatives et habitudes – entraînement à l'assertivité	Analyse des situations à risque et identification d'activités de loisirs alternatives	Patient	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	-
IV	Relation patient-famille	Exploration des liens familiaux et de la confiance	Patient + co-thérapeute	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	
V	Prévention de la rechute	Identification des facteurs de risque et apprentissage de leur anticipation	Patient	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	
VI	Prévention de la rechute	Définition de la rechute, considération de la rechute comme	Patient	Auto-enregistrements de l'activité de	

		une opportunité d'apprentissage Intégration d'activités alternatives et d'habitudes saines		jeu et des dépenses Collecte des tickets	
VII	Prévention de la rechute	Favoriser une communication efficace et reconstruire la confiance avec les réseaux sociaux et familiaux du patient. Travailler sur le modèle de rechute de Marlatt et Gordon	Patient + co-thérapeute	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	
VIII	Prévention de la rechute	Analyse des distorsions cognitives, des stratégies d'adaptation et des conséquences de la non-abstinence	Patient	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	
IX	Auto-renforcement	Travailler à renforcer les changements et les acquis, et améliorer la qualité de vie	Patient	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	
X	Relation patient-famille	Analyse des changements dans les relations interpersonnelles et la confiance au cours du traitement	Patient + co-thérapeute	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	
XI	Restructuration cognitive	Identifier et travailler sur les distorsions cognitives du patient Différencier les concepts de hasard et de chance	Patient	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	
XII	Restructuration cognitive	Explorer les pensées et comportements à risque Réaliser une évaluation préliminaire du traitement	Patient	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	
XIII	Analyse des progrès	Analyse des changements dans les relations interpersonnelles, la confiance et l'économie familiale/personnelle au cours du traitement	Patient + co-thérapeute	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	

XIV	Analyse de la conscience de la maladie	Travail sur la prise de conscience du trouble, sa chronicité et des comportements alternatifs adaptatifs	Patient	Auto-enregistrements de l'activité de jeu et des dépenses Collecte des tickets	
XV	Prévention de la rechute	Renforcer les stratégies de prévention	Patient		
XVI	Évaluation thérapeutique et clôture	Débat sur l'évaluation du traitement, les perspectives futures et le maintien de l'abstinence complète Les dates de la première séance de suivi sont fixées	Patient + co-thérapeute		X
Follow-up	Subject	Objectives	Assistants		Psychometric Evaluation
1, 3, 6, 12, and 24 months after treatment	Revue des stratégies apprises pendant le traitement (par ex. assertivité, prévention de la rechute, contrôle des stimuli, restructuration cognitive, relations interpersonnelles)	Analyse de l'évolution du comportement, du maintien de l'abstinence, et de la survenue éventuelle d'une rechute ; identification de nouvelles situations à risque après le traitement ; renforcement de certaines stratégies spécifiques ; examen de l'état des relations interpersonnelles et de la confiance	Patient + co-thérapeute		X

Tableau 1. Schéma du programme thérapeutique protocolisé pour le trouble du jeu (modalité de groupe) – Unité des addictions comportementales, Hôpital universitaire Bellvitge (Barcelone, Espagne)

L'une des adaptations apportées au protocole standard de notre Unité concerne l'admission de patients développant une addiction comportementale dans le contexte d'une pathologie neurologique telle que la maladie de Parkinson. En plus de recommander une modalité de traitement individuelle, une attention particulière doit être portée aux caractéristiques et facteurs contributifs associés à la maladie neurologique (par ex. traitement dopaminergique, impulsivité, altération du contrôle inhibiteur) susceptibles de déclencher ou de maintenir des problèmes de jeu (33). Les thérapeutes doivent également renforcer le développement d'activités de loisirs alternatives et adaptatives et souligner l'importance de l'adhésion au suivi neurologique. De plus, des situations de risque spécifiques et d'autres comportements impulsifs doivent être activement abordés afin d'apporter un soutien adéquat dans la gestion de maladies chroniques.

Par ailleurs, un nombre croissant d'études indique une évolution des profils de jeu, en partie liée à l'intégration généralisée d'Internet et des dispositifs technologiques dans la vie quotidienne, ainsi qu'à l'expansion des jeux d'argent en ligne (34–39). Ce phénomène a conduit cliniciens et chercheurs à se concentrer sur des groupes de population spécifiques dont le comportement de jeu et la trajectoire du trouble peuvent différer du profil typique de patient traditionnellement observé en traitement — généralement des hommes d'âge moyen pratiquant majoritairement le jeu sur machines à sous terrestres (40,41). À cet égard, il a été proposé d'adapter le protocole standard de traitement en groupe afin d'obtenir une plus grande homogénéité au sein des groupes thérapeutiques, en se basant sur des facteurs tels que l'âge, le sexe ou le type de jeu. Bien que ces protocoles adaptés conservent la structure fondamentale, ils incluent un contenu personnalisé abordant les facteurs de vulnérabilité et de risque,

les variables psychosociales (par ex. traits de personnalité, régulation émotionnelle, stratégies d'adaptation, psychopathologie comorbide) et les rôles socioculturels pouvant influencer de manière significative le développement et l'expression du comportement addictif chez des populations telles que les jeunes ou les femmes. Ainsi, l'intégration de tels éléments dans l'intervention — même dans des contextes de groupe hétérogènes où coexistent des profils cliniques divers — peut aider les individus à se sentir mieux représentés dans le processus thérapeutique, renforçant ainsi l'alliance thérapeutique et améliorant l'adhésion au traitement. Dans ce contexte, les aspects socioculturels liés à la stigmatisation du comportement de jeu, en particulier chez les femmes, pourraient également exercer une influence négative sur la motivation à demander de l'aide (42). Par conséquent, ces adaptations peuvent également contribuer à réduire la stigmatisation associée au trouble et encourager une recherche de traitement proactive. En outre, les mises à jour conceptuelles et la familiarité avec les nouveaux formats de jeu permettent aux thérapeutes d'identifier plus efficacement les situations à risque et d'aborder les distorsions cognitives qui peuvent varier selon les modalités de jeu.

3.3. Période de suivi

Jusqu'à présent, la plupart des études portant sur l'évaluation de la réponse au traitement souffrent d'un manque de période de suivi permettant de démontrer si l'efficacité thérapeutique est maintenue après la fin du traitement, à moyen et long terme. De plus, il existe un manque de consensus sur les outils d'évaluation les plus appropriés à utiliser durant cette période et sur le cadre temporel établi pour définir sa durée. Bien que certains obstacles, tels que des problèmes structurels et économiques, puissent limiter la continuité des soins de suivi pour ces patients, cette période fournit des informations précieuses sur des aspects cliniques cruciaux (par ex. le maintien de l'abstinence de tous types de jeu, l'identification de situations à risque, etc.). Par conséquent, la période de traitement devrait être accompagnée d'une phase de suivi périodique au cours de laquelle l'état du patient en lien avec le comportement addictif est réévalué.

Dans ce cadre, notre programme thérapeutique protocolisé inclut des rencontres uniques à un, trois, six, douze et vingt-quatre mois après la dernière séance de traitement. Ces séances durent environ 60 minutes et sont réalisées selon la même modalité que la période de traitement (c'est-à-dire en groupe ou en individuel). Lorsque ce rôle est présent, il est également recommandé que le co-thérapeute y assiste. Cela permet au clinicien d'évaluer l'état des relations interpersonnelles du patient et le maintien de certaines dynamiques sociales adaptatives visant à promouvoir une communication efficace et à renforcer la confiance au sein de son environnement social. Lors de chaque séance, les patients complètent également la même batterie de tests psychométriques auto-administrés qui avait été utilisée au moment de l'évaluation initiale.

3.4. Hospitalisation

Bien que l'hospitalisation dans le contexte du trouble du jeu (TJ) soit généralement un événement peu fréquent, il est important de connaître les situations dans lesquelles le professionnel prescripteur devrait envisager cette option.

L'Unité des addictions comportementales de l'Hôpital universitaire Bellvitge (Barcelone, Espagne) dispose de jusqu'à quatre lits d'hospitalisation en cas d'admission nécessaire en raison d'une addiction comportementale. Les raisons d'une admission en hospitalisation peuvent découler de divers scénarios étroitement liés au comportement de jeu et/ou à ses conséquences. Les situations considérées comme indicatives d'une admission en hospitalisation seraient la présence d'un diagnostic formel de TJ et d'un ou plusieurs des éléments suivants : a) un comportement de jeu sévère et/ou des conséquences négatives significatives ; b) échec répété du traitement ambulatoire ; c) conflit familial important et/ou absence de soutien socio-familial en raison du comportement de jeu ; d) impulsivité élevée associée au comportement de jeu ; e) comportement auto- ou hétéro-agressif lié au jeu ; f) comportement auto-injurieux en raison du jeu.

Le professionnel prescripteur doit déterminer si l'admission peut être planifiée à l'avance (programmée) ou si elle doit être urgente, en fonction du contexte clinique du patient. En termes généraux, l'admission sera volontaire et un formulaire de consentement signé sera requis. L'hospitalisation permet d'envisager une approche thérapeutique intensive, généralement d'une durée d'une semaine. À la sortie, une évaluation en ambulatoire sera programmée avec le professionnel référent de l'Unité afin de poursuivre le plan thérapeutique au niveau ambulatoire.

Dans certains cas, les raisons de l'admission en hospitalisation peuvent être plus directement liées à un contexte clinique et/ou psychosocial qu'à cette unité spécialisée. Bien que le comportement de jeu puisse toujours être présent et potentiellement sévère, la situation motivant la demande d'hospitalisation n'est pas le TJ en tant que tel. En excluant les raisons somatiques, un exemple déterminant serait la présence de troubles psychiatriques comorbides décompensés. Par conséquent, la communication entre les professionnels prescripteurs est cruciale afin d'assurer une évaluation globale et continue des différents processus cliniques et psychosociaux affectant le patient. Dans de tels cas, le professionnel prescripteur durant l'hospitalisation et/ou les patients eux-mêmes devraient contacter l'unité spécialisée pour reprendre l'intervention clinique pour le TJ après la sortie.

3.5. Résultats du traitement

Enfin, cette section vise à présenter de manière succincte les principaux résultats liés à la réponse au traitement, issus de l'application du programme d'intervention décrit.

3.5.1. Rémission

Dans la littérature, une hétérogénéité existe lorsqu'il s'agit de mesurer et de rapporter les résultats du traitement dans le trouble du jeu, avec un manque de consensus quant aux aspects qui devraient être universellement considérés comme faisant partie de la réponse au traitement pour définir un bon ou un mauvais résultat, ainsi qu'une rémission complète ou partielle (43). Certes, l'un des principaux objectifs du traitement du trouble du jeu est axé sur la rémission symptomatique, qui est comprise comme l'obtention d'un état d'abstinence complète et maintenue de tout type de jeu. À l'échelle mondiale, les résultats à court terme (c'est-à-dire généralement compris comme moins de 6 mois) et à moyen terme (période allant de 6 mois à 1 an, bien que dans certains cas elle puisse être prolongée) soutiennent l'efficacité de la TCC dans la prise en charge du trouble du jeu (15), décrivant des taux d'abstinence au jeu supérieurs à 75 %, ce qui est en accord avec les résultats issus de l'application de notre programme thérapeutique (16,22,44). Néanmoins, l'intervention thérapeutique dans le trouble du jeu devrait également viser l'atteinte d'une récupération fonctionnelle en restaurant les niveaux prémorbides. C'est l'une des raisons pour lesquelles des études longitudinales supplémentaires sont nécessaires, incluant une période de suivi post-traitement à moyen et long terme, tant au niveau clinique que de la recherche.

3.5.2. Abandon et rechute

La rechute et l'abandon du traitement sont généralement considérés comme des résultats thérapeutiques défavorables. De manière générale, l'abandon du traitement a été défini comme l'interruption d'un programme de traitement spécifique avant son achèvement ou, dans le cas d'un protocole particulier, le fait de ne pas assister à un nombre donné de séances (45). Plus précisément, notre programme thérapeutique protocolisé décrit l'abandon comme la non-présentation injustifiée à au moins trois séances de traitement consécutives. À l'échelle mondiale, les taux d'abandon du traitement dans le trouble du jeu ont été rapportés comme variant entre 14 % et 50 %, nos résultats dans la population espagnole montrant un taux approximatif de 32 % (27). À l'instar de la rechute, l'abandon du traitement était plus fréquent au cours des premières séances thérapeutiques (19), ce qui souligne la nécessité d'aborder les aspects motivationnels et d'introduire des stratégies motivationnelles dès la phase diagnostique et la restitution des résultats.

3.5.3. Facteurs prédictifs des résultats du traitement

Notre groupe a publié plusieurs travaux portant sur l'analyse de la réponse au traitement et la détection de facteurs modulateurs et prédictifs à la suite du développement et de l'application du programme thérapeutique protocolisé. Ces études ont pris en compte de larges échantillons cliniques, et certains résultats ont été rapportés à moyen/long terme. Au cours des deux dernières décennies, différents profils cliniques de réponse au traitement ont également été décrits, ainsi que des classes latentes et des trajectoires évolutives dans une perspective longitudinale.

a. Caractéristiques psychologiques

L'impulsivité et la compulsivité constituent des processus multidimensionnels cruciaux qui modulent la réponse au traitement. D'une part, une sensibilité accrue à la récompense et des traits de personnalité impulsifs (c.-à-d. une recherche élevée de sensations et une recherche élevée de nouveauté) augmentent le risque d'abandon (46), même lors d'un suivi à 2 ans (23,24). De même, ces tendances impulsives prédisaient également une faible observance et une rechute au cours des premières séances de

l'intervention clinique (24,29), un profil clinique plus impulsif étant associé à la commission d'infractions liées au jeu (47) — ce qui pourrait également avoir un impact négatif sur la gravité du trouble du jeu et l'adhésion au traitement (48). Fait intéressant, la gravité du trouble du jeu semble être un facteur de médiation dans l'association entre impulsivité, traits de personnalité et résultats moins favorables de la TCC (49). D'autre part, une flexibilité cognitive plus faible était également liée à des taux d'abandon plus élevés, une moindre observance et un risque plus élevé de rechute à court et moyen terme (24). La présence de difficultés plus importantes dans la régulation émotionnelle est un autre aspect crucial intimement lié aux traits d'impulsivité dirigés par l'affect et considéré comme un prédicteur de rechute (24) et d'abandon chez les patients atteints de trouble du jeu (50). À cet égard, les patients ont montré des améliorations significatives tant dans la détresse émotionnelle que dans la gravité du comportement de jeu après ce programme basé sur la TCC (22).

b. Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

Les préférences de jeu ont suscité un intérêt considérable dans l'analyse de la réponse au traitement. Dans ce sens, les patients ayant des préférences pour les jeux stratégiques présentaient un risque plus élevé de résultats thérapeutiques défavorables dès les premiers stades du trouble, soulignant l'importance d'une intervention précoce chez ces patients (51). De plus, les individus pratiquant à la fois les jeux en ligne et les jeux stratégiques présentent des biais liés au jeu plus prononcés, associés à une cessation prématurée du traitement et à la rechute (52).

En ce qui concerne les facteurs sociodémographiques, le rôle modulateur de l'âge et du sexe sur les résultats du traitement a été principalement exploré. Dans ce cadre, les femmes ont montré un risque plus élevé de résultats thérapeutiques défavorables que les hommes dès les premiers stades du trouble (51,53). De manière remarquable, les travaux de notre groupe ont approfondi les prédicteurs spécifiques aux femmes concernant les résultats thérapeutiques. L'un des principaux résultats est que le risque d'abandon était plus élevé chez les femmes présentant une gravité du trouble plus faible et une détresse émotionnelle plus élevée. De même, un niveau d'éducation inférieur était un prédicteur significatif du risque de rechute, et la fréquence des rechutes était plus élevée chez les femmes ayant une préférence pour les jeux non stratégiques et une consommation de substances (19). Une analyse de classes latentes réalisée chez des femmes atteintes de trouble du jeu a montré que la classe caractérisée par une bonne progression vers la récupération regroupait les patientes présentant les meilleurs résultats en TCC (c.-à-d. le risque le plus faible d'abandon et de rechutes), qui présentaient une structure de personnalité plus fonctionnelle (c.-à-d. faible évitement du danger et forte autodétermination) et une détresse émotionnelle plus faible (54). Cette constatation a été confirmée par une analyse de clusters contemporaine visant à identifier des sous-types de réponse au traitement chez les femmes atteintes de trouble du jeu (55).

Une autre constatation notable a été la probabilité plus élevée d'abandon observée chez les patients plus jeunes (22,56). À cet égard, différentes trajectoires de réponse au fil du temps ont été décrites non seulement chez les patients adultes, mais aussi chez les jeunes. D'une part, chez la population adulte, cinq trajectoires ont été détectées. L'état émotionnel et les traits de personnalité étaient les facteurs les plus discriminants entre les trajectoires. La catégorie la plus importante montrait une progression positive vers la récupération pendant la période de suivi, bien qu'elle se caractérisât par la plus grande gravité du jeu au départ. Les autres trajectoires étaient composées de patients présentant une gravité élevée du trouble du jeu, mais une réponse thérapeutique allant de bonne à mauvaise, selon l'observance des directives thérapeutiques et la présence de rechute (27). D'autre part, trois trajectoires de réponse ont été identifiées chez les jeunes adultes (19–35 ans). La trajectoire composée de patients ayant connu une mauvaise évolution après la TCC se caractérisait par un trouble sévère au départ, une position sociale plus basse, une forte détresse émotionnelle et une structure de personnalité plus dysfonctionnelle (c.-à-d. scores élevés en évitement du danger et scores faibles en autodétermination) (26).

c. La figure du co-thérapeute

Les patients bénéficiant de l'implication de proches significatifs présentent une meilleure assiduité au traitement et un risque réduit d'abandon, l'absence de soutien familial constituant un bon prédicteur

d'un résultat thérapeutique plus défavorable (53). Néanmoins, l'implication d'un membre de la famille doit être soigneusement envisagée, car elle peut avoir un effet négatif sur la réponse au traitement si elle n'est pas gérée de manière adéquate (22). Par exemple, dans le cas particulier des conjoints ou partenaires, il n'est pas rare de rencontrer des problèmes de couple ou conjugaux liés au comportement de jeu, en tant que facteur précurseur, conséquence et/ou facteur de maintien des problèmes de jeu. Dans ce contexte, l'implication d'un partenaire ou d'un conjoint a été décrite comme un prédicteur de rechute dans le comportement de jeu (22). Ce fait ouvre le débat parmi les auteurs sur la nécessité d'intégrer des traitements du trouble du jeu qui abordent les difficultés relationnelles, telles que la thérapie de couple et la thérapie interpersonnelle, plutôt que de se concentrer exclusivement sur la symptomatologie du jeu.

4. CONCLUSION

Le protocole clinique développé à l'Unité des addictions comportementales de l'Hôpital universitaire Bellvitge (Barcelone, Espagne) représente une approche structurée et fondée sur des preuves pour le traitement du trouble du jeu (TJ). Fondé sur la TCC, ce programme thérapeutique standardisé comprend 16 séances hebdomadaires de groupe en ambulatoire intégrant la psychoéducation, le contrôle des stimuli, l'assertivité et d'autres entraînements aux compétences, des stratégies de prévention de la réponse, l'acquisition d'habitudes saines, des techniques de prévention de la rechute, la restructuration cognitive, la résolution de problèmes, ainsi que le renforcement et l'auto-renforcement. Des stratégies motivationnelles et une intervention familiale — liée à la participation de proches significatifs au traitement en tant que co-thérapeute — sont également incluses. L'intervention thérapeutique est encadrée par une phase diagnostique formelle initiale et une période de suivi post-traitement de deux ans. Notamment, diverses adaptations de cette approche ont été développées, incluant des formats individuels en ambulatoire et l'admission en hospitalisation, ainsi que la prise en compte de l'existence de profils cliniques hétérogènes dans la modalité de groupe. La mise en œuvre systématique de ce programme thérapeutique pendant plus de deux décennies sur un large échantillon clinique de plus de 5000 patients a permis d'obtenir des résultats cohérents en termes de réduction des symptômes, d'adhésion au traitement et de prévention de la rechute. Ces résultats soulignent la pertinence d'interventions protocolisées, multidisciplinaires et centrées sur la personne dans le TJ. Les efforts futurs devraient se concentrer sur une diffusion plus large et une adaptation continue aux profils cliniques en évolution.

Contribution des auteurs : Conceptualisation : IB, FFA, SJM ; rédaction de l'article : IB ; relecture et correction de l'article : IB, FFA, SJM ; supervision : FFA, SJM. Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Financements : Ce manuscrit et cette recherche ont été soutenus par des subventions de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2021I031), Ministerio de Sanidad y Política Social, Plan Nacional sobre Drogas, Fondos Europeos para Adicciones (2022/008847), Ministerio de derechos sociales, consumo y agenda 2030 (SUBV23/00009), et Ministerio de Ciencia e Innovación (PDI2021-124887OB-I00 soutenu par MCIN/AEI/10.13039/501100011033 et FEDER « Una manera de hacer Europa »). CI-BERObn est une initiative de l'ISCIII. FFA est soutenu par l'Institution catalane pour la recherche et les études avancées (ICREA-Academia, programme 2024). Un financement supplémentaire a été reçu du programme de recherche et d'innovation Horizon 2020 de l'Union européenne dans le cadre de l'accord de subvention n° 101080219 (eprObes) et de l'AGAUR-Generalitat de Catalunya (2021-SGR-00824). Les financeurs n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du manuscrit.

Remerciements : Nous remercions le programme CERCA/Generalitat de Catalunya pour son soutien institutionnel, l'Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), CIBERObn et le programme ICREA-Academia.

Conflits d'intérêts : Fernando Fernández-Aranda et Susana Jiménez-Murcia ont reçu des honoraires de consultation de Novo Nordisk, et Fernando Fernández-Aranda des honoraires éditoriaux en tant que rédacteur en chef (EIC) de Wiley.

5. REFERENCES

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.): DSM-5. Washington D.C.: American Psychiatric association; 2013.
2. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases, 11th edition (ICD-11). 2019.
3. Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). J Behav Addict. 2016 Dec;5(4):592–613.

4. Ordenacionjuego.es. Dirección General de Ordenación del Juego. Estudio sobre prevalencia, comportamiento y características de los usuarios de juegos de azar en España; 2015. Available from: <https://www.ordenacionjuego.es/es/estudio-prevalencia>
5. Ordenacionjuego.es. Dirección General de Ordenación del Juego. Estudio de prevalencia de juego 2022-2023. Resumen ejecutivo; 2023. Available from: <https://ordenacionjuego.es/es/not-est-prevalencia-2022-23>
6. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002 p. 487–99.
7. Brand M, Wegmann E, Stark R, Müller A, Wölfling K, Robbins TW, et al. The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Sep;104:1-10.
8. Solé-Morata N, Fernández-Aranda F, Baenas I, Gómez-Peña M, Moragas L, Lara-Huallipe ML, et al. Update on the neurobiological, clinical and treatment aspects of gambling disorder. *Spanish Journal of Legal Medicine*. 2023 Oct;49(4):157–63.
9. Granero R, Jiménez-Murcia S, del Pino-Gutiérrez A, Mena-Moreno T, Mestre-Bach G, Gómez-Peña M, et al. Gambling Phenotypes in Older Adults. *J Gambl Stud*. 2020;36(3):809–28.
10. Moragas L, Granero R, Stinchfield R, Fernández-Aranda F, Fröberg F, Aymamí N, et al. Comparative analysis of distinct phenotypes in gambling disorder based on gambling preferences. *BMC Psychiatry*. 2015 Apr;15:86.
11. Jiménez-Murcia S, Granero R, Fernández-Aranda F, Stinchfield R, Tremblay J, Steward T, et al. Phenotypes in gambling disorder using sociodemographic and clinical clustering analysis: An unidentified new subtype? *Front Psychiatry*. 2019 Mar;10:173.
12. Baenas I, Mora-Maltas B, Etxandi M, Lucas I, Granero R, Fernández-Aranda F, et al. Cluster analysis in gambling disorder based on sociodemographic, neuropsychological, and neuroendocrine features regulating energy homeostasis. *Compr Psychiatry*. 2024 Jan;128:152435.
13. Menchon JM, Mestre-Bach G, Steward T, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S. An overview of gambling disorder: From treatment approaches to risk factors. *F1000Res*. 2018 Apr;7:434.
14. Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J, Grant JE, Petry NM, Verdejo-Garcia A, et al. Gambling disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Jul 25;5(1):51.
15. Di Nicola M, De Crescenzo F, D'alò GL, Remondi C, Panaccione I, Moccia L, et al. Pharmacological and Psychosocial Treatment of Adults With Gambling Disorder: A Meta-Review. *J Addict Med*. 2020;14(4):E15–23.
16. Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov;11:CD008937.
17. Rash CJ, Petry NM. Psychological treatments for gambling disorder. *Psychol Res Behav Manag*. 2014 Oct;7:285-95.
18. Jiménez-Murcia, S., Aymamí-Sanromà, M., Gómez-Peña, M., Álvarez-Moya, E., & Vallejo J. *Protocolos de tractament cognitivoconductual pel joc patològic i d'altres addiccions no tòxiques [Protocols of cognitive-behaviour therapy for pathological gambling and other behavioural addictions]*. Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona; 2006.
19. Baño M, Mestre-Bach G, Granero R, Fernández-Aranda F, Gómez-Peña M, Moragas L, et al. Women and gambling disorder: Assessing dropouts and relapses in cognitive behavioral group therapy. *Addictive behaviors*. 2021 Dec;123:107085.
20. Jiménez-Murcia S, Tremblay J, Stinchfield R, Granero R, Fernández-Aranda F, Mestre-Bach G, et al. The Involvement of a Concerned Significant Other in Gambling Disorder Treatment Outcome. *J Gambl Stud*. 2017 Sep;33(3):937-953.
21. Álvarez-Moya EM, Ochoa C, Jiménez-Murcia S, Aymamí MN, Gómez-Peña M, Fernández-Aranda F, et al. Effect of executive functioning, decision-making and self-reported impulsivity on the treatment outcome of pathologic gambling. *J Psychiatry Neurosci*. 2011 May;36(3):165-75.
22. Jiménez-Murcia S, Granero R, Fernández-Aranda F, Arcelus J, Aymamí MN, Gómez-Peña M, et al. Predictors of Outcome among Pathological Gamblers Receiving Cognitive Behavioral Group Therapy. *Eur Addict Res*. 2015;21(4):169–78.
23. Mestre-Bach G, Steward T, Granero R, Fernández-Aranda F, del Pino-Gutiérrez A, Mallorquí-Bagué N, et al. The predictive capacity of DSM-5 symptom severity and impulsivity on response to cognitive-behavioral therapy for gambling disorder: A 2-year longitudinal study. *Eur Psychiatry*. 2019 Jan;55:67-73.
24. Mallorquí-Bagué N, Mestre-Bach G, Lozano-Madrid M, Fernandez-Aranda F, Granero R, Vintró-Alcazaz C, et al. Trait impulsivity and cognitive domains involving impulsivity and compulsivity as predictors of gambling disorder treatment response. *Addict Behav*. 2018 Dec;87:169-176.
25. Uríszar JC, Gaspar-Pérez A, Granero R, Munguía L, Lara-Huallipe ML, Mora-Maltas B, et al. Are there clinical, psychopathological and therapy outcomes correlates associated with self-exclusion from gambling? *J Behav Addict*. 2023 May;12(2):522-534.

26. Granero R, Valero-Solis S, Fernández-Aranda F, Gómez-Peña M, Moragas L, Mena-Moreno T, et al. Response trajectories of gambling severity after cognitive behavioral therapy in young-adult pathological gamblers. *J Behav Addict*. 2020 Apr 7;9(1):140–52.
27. Jiménez-Murcia S, Granero R, Fernández-Aranda F, Aymamí N, Gómez-Peña M, Mestre-Bach G, et al. Developmental trajectories of gambling severity after cognitive-behavioral therapy. *Eur Psychiatry*. 2019 Aug 1;60:28–40.
28. Granero R, Fernández-Aranda F, Lara-Huallipe ML, Gómez-Peña M, Moragas L, Baenas I, et al. Latent Classes for the Treatment Outcomes in Women with Gambling Disorder and Buying/Shopping Disorder. *J Clin Med*. 2022 Jul;11(13):3917.
29. Rizzo MFJ, Navas JF, Steward T, López-Gómez M, Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, et al. Impulsivity and problem awareness predict therapy compliance and dropout from treatment for gambling disorder. *Adicciones*. 2019 Apr;31(2):147–159.
30. Gómez-Peña M, Penelo E, Granero R, Fernández-Aranda F, Álvarez-Moya E, Santamaría JJ, et al. Correlates of Motivation to Change in Pathological Gamblers Completing Cognitive-Behavioral Group Therapy. *J Clin Psychol*. 2012 Jul;68(7):732–44.
31. Marlatt GA, Gordon JR, editors. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press; 1985.
32. D’Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol*. 1971 Aug;78(1):107–26.
33. Sauvaget A, Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Granero R, Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C, et al. A comparison of treatment-seeking behavioral addiction patients with and without Parkinson’s disease. *Front Psychiatry*. 2017 Nov;8:214.
34. Savvidou LG, Fagundo AB, Fernández-Aranda F, Granero R, Claes L, Mallorquí-Bagué N, et al. Is gambling disorder associated with impulsivity traits measured by the UPPS-P and is this association moderated by sex and age? *Compr Psychiatry*. 2017;72:106–13.
35. Valero-Solis S, Granero R, Fernández-Aranda F, Steward T, Mestre-Bach G, Mallorquí-Bagué N, et al. The contribution of sex, personality traits, age of onset and disorder duration to behavioral addictions. *Front Psychiatry*. 2018 Oct;9:497.
36. Granero R, Penelo E, Stinchfield R, Fernandez-Aranda F, Savvidou LG, Fröberg F, et al. Is Pathological Gambling Moderated by Age? *J Gambl Stud*. 2014;30(2):475–92.
37. Jiménez-Murcia S, Granero R, Giménez M, del Pino-Gutiérrez A, Mestre-Bach G, Mena-Moreno T, et al. Contribution of sex on the underlying mechanism of the gambling disorder severity. *Sci Rep*. 2020 Dec;10(1).
38. Granero R, Penelo E, Martínez-Giménez R, Álvarez-Moya E, Gómez-Peña M, Aymamí MN, et al. Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. *Compr Psychiatry*. 2009 Mar;50(2):173–80.
39. Gavriel-Fried B, Vana N, Mestre-Bach G, Granero R, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S. Differences in Gambling Disorder Recovery Capital Toolkits in Mothers Versus Childless Women. *Am J Orthopsychiatry*. 2024;94(2):113–126.
40. Lopez-Gonzalez H, Jimenez-Murcia S, Rius-Buitrago A, Griffiths MD. Do Online Gambling Products Require Traditional Therapy for Gambling Disorder to Change? Evidence from Focus Group Interviews with Mental Health Professionals Treating Online Gamblers. *J Gambl Stud*. 2022 Jun;38(2):681–697.
41. Estévez A, Rodríguez R, Díaz N, Granero R, Mestre-Bach G, Steward T, et al. How do online sports gambling disorder patients compare with land-based patients? *J Behav Addict*. 2017 Dec;6(4):639–647.
42. Hing N, Nuske E, Gainsbury SM, Russell AMT. Perceived stigma and self-stigma of problem gambling: perspectives of people with gambling problems. *Int Gambl Stud*. 2016 Jan;16(1):31–48.
43. Mestre-Bach G, Potenza MN. Features Linked to Treatment Outcomes in Behavioral Addictions and Related Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 7;20(4):2873.
44. Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya EM, Granero R, Aymami MN, Gómez-Peña M, Jaurrieta N, et al. Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*. 2007; 17:544–552.
45. Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ. Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clin Psychol Rev*. 2007 Dec;27(8):944–58.
46. Mestre-Bach G, Granero R, Steward T, Fernández-Aranda F, Baño M, Aymamí N, et al. Reward and punishment sensitivity in women with gambling disorder or compulsive buying: Implications in treatment outcome. *J Behav Addict*. 2016 Dec;5(4):658–665.
47. Mestre-Bach G, Steward T, Granero R, Fernández-Aranda F, Talón-Navarro MT, Cuquerella À, et al. Gambling and Impulsivity Traits: A Recipe for Criminal Behavior? *Front Psychiatry*. 2018 Jan 29;9.
48. Vintró-Alcaraz C, Mestre-Bach G, Granero R, Caravaca E, Gómez-Peña M, Moragas L, et al. Exploring the Association between Gambling-Related Offenses, Substance Use, Psychiatric Comorbidities, and Treatment Outcome. *J Clin Med*. 2022 Aug;11(16):4669.

49. Mena-Moreno T, Testa G, Mestre-Bach G, Miranda-Olivos R, Granero R, Fernández-Aranda F, et al. Delay Discounting in Gambling Disorder: Implications in Treatment Outcome. *J Clin Med*. 2022 Mar;11(6):1611.
50. Vintró-Alcaraz C, Munguía L, Granero R, Gaspar-Pérez A, Solé-Morata N, Sánchez I, et al. Emotion regulation as a transdiagnostic factor in eating disorders and gambling disorder: Treatment outcome implications. *J Behav Addict*. 2022;11(1):140–6.
51. Lucas I, Granero R, Fernández-Aranda F, Solé-Morata N, Demetrovics Z, Baenas I, et al. Gambling disorder duration and cognitive behavioural therapy outcome considering gambling preference and sex. *J Psychiatr Res*. 2023 Feb;158:341–9.
52. Mallorquí-Bagué N, Vintró-Alcaraz C, Verdejo-García A, Granero R, Fernández-Aranda F, Magaña P, et al. Impulsivity and cognitive distortions in different clinical phenotypes of gambling disorder: Profiles and longitudinal prediction of treatment outcomes. *Eur Psychiatry*. 2019 Sep;61:9-16.
53. Valenciano-Mendoza E, Fernández-Aranda F, Granero R, Gómez-Peña M, Moragas L, Pino-Gutierrez A del, et al. Suicidal behavior in patients with gambling disorder and their response to psychological treatment: The roles of gender and gambling preference. *J Psychiatr Res*. 2021 Nov;143:317-326.
54. Granero R, Fernández-Aranda F, Lara-Huallipe ML, Gómez-Peña M, Moragas L, Baenas I, et al. Latent Classes for the Treatment Outcomes in Women with Gambling Disorder and Buying/Shopping Disorder. *J Clin Med*. 2022 Jul 5;11(13):3917.
55. Lara-Huallipe ML, Granero R, Fernández-Aranda F, Gómez-Peña M, Moragas L, del Pino-Gutierrez A, et al. Clustering Treatment Outcomes in Women with Gambling Disorder. *J Gambl Stud*. 2022 Dec;38(4):1469-1491.
56. Aragay N, Jiménez-Murcia S, Granero R, Fernández-Aranda F, Ramos-Grille I, Cardona S, et al. Pathological gambling: Understanding relapses and dropouts. *Compr Psychiatry*. 2015 Feb;57:58-64.